

## Residência Médica PUC-SP 2025

### Resposta aos recursos

#### PROVA: Especialidade com Pré-Requisito em **Cirurgia Geral**

##### **Questão: 1 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Recomendação WSES: “Doentes com abscessos periapendiculares devem ser tratados por punção percutânea guiada por métodos de imagem (Rec. 1B). Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery 2013, 8:3. Na nova revisão: “Sugerimos tratamento não operatório com antibióticos e, se disponível, drenagem percutânea para apendicite complicada com abscesso periapendicular, em locais onde a experiência laparoscópica não está disponível (Rec. 2B), também consta: “Os pacientes tratados com drenagem percutânea e antibióticos tiveram uma taxa significativamente menor de recorrência de AA, chance significativamente menor de receber uma apendicectomia de intervalo e significativamente menos complicações pós-operatórias. Além disso, os pacientes tratados com drenagem percutânea foram significativamente menos indicados para receber uma apendicectomia de intervalo posteriormente”. Di Saverio et al. World Journal of Emergency Surgery 2020, 15:27, assim a nova revisão tem recomendação (2B) FRACA e não superou o grau de recomendação anterior (1B) FORTE. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

##### **Questão: 5 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

A questão solicita o próximo passo do tratamento e na alternativa A está grafado APENAS corticosteróides intravenosos e repouso intestinal, quando o enunciado sugere possível megacolon tóxico de tratamento cirúrgico, tornando mandatória a alternativa C: “consulta cirúrgica de emergência para POSSÍVEL colectomia. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

##### **Questão: 7 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

“Indicações do plasma fresco congelado:...Tratamento de HEMORRAGIA EM HEPATOPATAS com déficits de múltiplos fatores e alterações de testes da coagulação.:Usualmente, considera-

se como alteração significativa TP ou TTPa com razão superior a 1,5 vezes o valor normal. O uso de complexo protrombínico associado pode aumentar a eficácia do tratamento com o PFC na correção da coagulopatia". FMRP-USP Protocolos transfusionais II: Transfusão de plasma fresco congelado. Dos componentes apresentados a escolha é o PFC. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 9 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

"O status nutricional de pacientes submetidos a cirurgias abdominais influencia diretamente no desfecho pós-operatório (PO). Sempre que possível, deve-se optar pela via alimentar mais fisiológica para aporte calórico, sendo a via enteral (VE) escolhida na impossibilidade da via oral (VO). No entanto, a tolerabilidade da VE é muitas vezes limitada APÓS CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE, o que restringe o aporte calórico ofertado por essa via. Nesse contexto, principalmente em pacientes com ELEVADO RISCO NUTRICIONAL, é necessário instituir meios complementares de aporte calórico, a exemplo da NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP)". A questão é clara: "grande cirurgia abdominal" e "alto risco de desnutrição", o que indica a nutrição parenteral pela impossibilidade de administração por outras vias. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 12 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Conhecer as indicações para a intervenção cirúrgica é essencial para cuidar de pacientes com lesões traumáticas graves. Para o trauma torácico penetrante, a toracotomia de reanimação imediata (a chamada toracotomia de emergência) é indicada para a atividade elétrica sem pulso testemunhada (sobrevida global 4% a 5% para feridas por arma de fogo e 18% a 24% para as por arma branca). A toracotomia urgente (dentro de 1 a 4 horas após a admissão) é indicada para: drenagem inicial do tubo torácico > 1.500 mL, evidência de sangramento em andamento a uma taxa de 200 a 300 mL/h, vazamento maciço de ar ou tamponamento cardíaco. Para o trauma abdominal, as indicações para laparotomia incluem instabilidade hemodinâmica, peritonite no exame físico ou evisceração. Também deve ser considerada a exploração para aqueles pacientes com abdome que não pode ser avaliado clinicamente (por exemplo, devido ao estado mental alterado, à lesão distrativa e administração de sedativos). Durante a avaliação das extremidades, os sinais maiores de lesão arterial incluem hemorragia pulsátil, hematoma expansivo/pulsátil, pulsos distais ausentes ou evidências sugerindo isquemia de extremidade (palidez, paralisia). Os chamados sinais menores incluem hematoma não expansivo, déficit do nervo periférico, histórico de hemorragia pulsátil no momento da lesão e hipotensão inexplicável. Qualquer paciente que apresenta sinais maiores de lesão vascular deve passar por uma exploração imediata, pois o valor preditivo positivo do exame físico para lesões arteriais se aproxima de 100%. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 13 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

A maioria das lesões torácicas pode ser tratada com toracostomia drenagem fechada; apenas 10% a 15% dos traumas torácicos requerem intervenção cirúrgica. A fisiologia do tamponamento classicamente requer apenas 50mL de sangue no espaço pericárdico e é caracterizada clinicamente pela Tríade de Beck (distensão venosa jugular, sons cardíacos abafados, hipotensão), ocasionalmente com pressão de pulso estreitada e presença de derrame no exame FAST. Pacientes com fisiologia de tamponamento devem receber administração agressiva de volume porque dependerão de sua pré-carga para gerar débito cardíaco. A pericardiocentese descompressiva pode ser realizada em caso de trauma, mas muitas vezes é uma medida temporizadora. O manejo cirúrgico definitivo neste cenário de trauma envolve uma janela pericárdica. A incidência relatada de lesão de grandes vasos em trauma torácico penetrante é de apenas 4%, já que a maioria desses pacientes sangra antes da apresentação. Ferimentos por arma de fogo no mediastino devem levantar suspeita e o diagnóstico pode ser confirmado com angiotomografia. Se presente, a exploração urgente é necessária. Lesão pulmonar que requer intervenção cirúrgica é mais comumente encontrada em trauma penetrante. A maioria dessas lesões pode ser tratada com tractotomia pulmonar (para lesões penetrantes não hilares) ou ressecções grampeadas não anatômicas. O hemotórax evacuado inadequadamente pode resultar em infecção secundária (empiema pós-traumático) ou fibrotórax. Infelizmente, os antibióticos profiláticos não parecem prevenir o desenvolvimento secundário de infecção neste cenário. Os drenos torácicos muitas vezes não têm sucesso na remoção do sangue coagulado e deve-se considerar a exploração cirúrgica para pacientes com hemotórax retido. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 15 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Os shunts intravasculares temporários têm servido como um complemento valioso no trauma vascular há décadas. Com evidências crescentes para apoiar uma abordagem de controle de danos ao trauma, os shunts oferecem a capacidade de temporizar uma lesão que de outra forma exigiria ligadura (e morbidade associada) ou uma reconstrução cirúrgica demorada. Com o aumento do uso em traumas civis e militares, descobriu-se que os shunts melhoram as chances de salvamento de membros com tempo operatório mínimo adicional e sem morbidade adicional. Neste cenário, a ligadura colocaria o paciente em risco significativo de isquemia crítica do membro e aumentaria drasticamente a chance de eventual amputação. As outras modalidades discutidas provavelmente aumentariam o tempo operatório e potencialmente piorariam o distúrbio fisiológico existente do paciente. Em geral, o cirurgião deve utilizar o maior shunt possível e não anticoagular rotineiramente esses pacientes. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

## **Questão: 19 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Pacientes estáveis, sem sinais graves de lesão vascular ou das vias aéreas, podem ser tratados com observação, com testes diagnósticos apropriados. A tomografia computadorizada tem sensibilidade semelhante à exploração operatória para identificar lesões vasculares e de tecidos moles. A tomografia computadorizada também pode fornecer informações valiosas sobre possíveis lesões no esôfago ou na traqueia, que podem orientar o uso seletivo de estudos adicionais para avaliar essas estruturas. As lesões esofágicas são frequentemente assintomáticas e a morbidade aumenta significativamente se o reparo for adiado além de 24 horas. A esofagografia com contraste ou esofagoscopia é recomendada para todas as lesões da Zona II que rompem o platisma e apresentam resultados de exame físico ou tomografia computadorizada relativos a uma lesão esofágica. Da mesma forma, a broncoscopia flexível pode ser usada seletivamente com base em qualquer exame ou achado de tomografia computadorizada relativo a lesão das vias aéreas. Com a precisão da TC, a broncoscopia e a endoscopia digestiva alta não são obrigatórias. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

## **Questão: 20 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

O RECURSO REFERE À QUESTÃO 23: A VATS é um procedimento pouco invasivo, que permite a lavagem e remoção da fibrina da cavidade pleural, bem como a colocação de um dreno torácico bem-posicionado sob visão direta e, quando utilizada precocemente, reduz a necessidade de outros procedimentos cirúrgicos. Deve ser o procedimento inicial de escolha se a ultrassonografia de tórax evidenciar septações ou loculações. REVISTA MEDICA DE MINAS GERAIS 2014, 24:suppl. Parapneumonic pleural effusion: the clinical-surgical aspects and literature review. Pereira, RR et al. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

## **Questão: 22 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

O gás subcutâneo observado em radiografias simples é um achado específico, mas não sensível. Foi documentado que o gás subcutâneo nas radiografias é encontrado em apenas 25% dos casos e sua ausência não deve excluir o diagnóstico de fascíte necrosante. O diagnóstico de fascíte necrosante muitas vezes pode ser tardio e confundido com celulite ou abscesso. Dado que muitos dos sinais e sintomas iniciais são inespecíficos, tanto os achados clínicos como os valores laboratoriais, além de exames de imagem avançados, se necessário, devem ser usados em conjunto para ajudar no diagnóstico precoce. Em 2004, Wong et al. desenvolveram um sistema de pontuação LRINEC, que classifica os pacientes em categorias de risco que determinam a probabilidade de fascíte necrosante. As pontuações LRINEC  $\geq 6$  têm um valor preditivo positivo (VPP) de 92% e um valor preditivo negativo (VPN) de 96% para fascíte necrosante. A ressonância magnética (RM) tem sido documentada como a técnica de imagem mais útil para diferenciar infecções necrosantes de não necrosantes. Foi relatado que a tomografia computadorizada é mais sensível do que as radiografias simples, com capacidade

de identificar abscessos e outras alterações inflamatórias, com sensibilidade de até 80%.  
RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 24 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

A questão descreve um caso de síndrome compartimental e FASCIOTOMIA é um procedimento cirúrgico realizado como tratamento da síndrome compartimental. O método tem como objetivo aliviar a pressão nos músculos quando ela aumenta demasiadamente e impede que chegue sangue no músculo, situação esta que provoca isquemia e necrose nos membros.  
RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 32 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Este cenário descreve um GIST de tipo selvagem. Esses tumores constituem até 10% de todos os GISTs. Eles frequentemente demonstram mutações em SDH, NF1 ou BRAF, para as quais o tecido deve ser testado, se for negativo para mutações KIT e PDGFRa. Infelizmente, estes tumores são geralmente resistentes aos TKIs porque não possuem a mutação de ganho de função do c-KIT ou PDGFRa. Por causa disso, a doença progressiva generalizada é comum e, após a ressecção primária, parece não haver benefício em procedimentos extensos e repetidos de citorredução, uma vez que não levam à sobrevivência a longo prazo. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 36 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Em qualquer paciente traumatizado, a primeira prioridade é garantir ABC, vias aéreas, respiração e circulação estáveis, o que pode incluir intervenções de emergência (por exemplo, toracostomia com drenagem fechada). Neste paciente com sinais vitais estáveis, o passo inicial é realizar uma avaliação primária e secundária – um breve exame físico da cabeça aos pés. Um erro comum no cenário de trauma penetrante é a falha na identificação de lesões múltiplas. Os locais comuns para lesões penetrantes perdidas podem ser nas costas, na axila ou no períneo, portanto, uma pesquisa completa da cabeça aos pés é fundamental. A maioria dos pacientes pode estar estabilizada o suficiente para ser submetida a uma avaliação secundária, mas quaisquer problemas identificados na avaliação primária devem ser resolvidos imediatamente. Uma vez identificadas todas as lesões, elas podem ser encaminhadas para diagnóstico por imagem ou reparo operatório. Tanto a radiografia de tórax quanto o FAST podem ser usados como complementos à avaliação, mas não substituem a necessidade de uma avaliação do paciente da cabeça aos pés. Na avaliação inicial de um paciente traumatizado, as prioridades são: 1. identificar todas as feridas, 2. determinar se uma intervenção urgente para salvar a vida está indicada e 3. determinar se são necessários testes adicionais. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 41 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Este paciente desenvolveu crise carcinóide. Quantidades significativas de serotonina, histamina e outros mediadores causam as características de rubor profundo, alterações extremas na pressão arterial, broncoconstrição, arritmias e alterações do estado mental. Se a condição estiver associada à hipotensão, geralmente é refratária à reposição volêmica, mas pode ser tratada com infusão de plasma e uso de octreotida. Se o diagnóstico de carcinóide for feito no pré-operatório, podem ser tomadas medidas para reduzir o risco de crise carcinóide, incluindo a administração de anti-histamínicos e octreotida. A octreotida é um análogo da somatostatina de ação prolongada. Além de reduzir a liberação de hormônios gastrointestinais (GI), reduz a quantidade de serotonina liberada pelas células tumorais. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 43 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Foi demonstrado que a cirurgia para doença carcinóide metastática alivia os sintomas relacionados à obstrução intestinal e isquemia. Vários estudos demonstraram que a cirurgia proporciona um melhor controle dos sintomas da síndrome carcinóide. Além disso, a cirurgia citorrredutora, incluindo metástases hepáticas, demonstrou melhorar a sobrevida quando comparada à observação, quimioterapia sistêmica e embolização da artéria hepática. Em 2006, Osborne et al. demonstraram que pacientes submetidos à ressecção citorrredutiva para tumor carcinóide metastático tiveram melhor alívio completo dos sintomas (69% vs. 59%) e sobrevida média significativamente maior (43 vs. 24 meses) quando comparados aos pacientes submetidos à embolização. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 44 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Os inibidores da triptofano hidroxilase demonstraram reduzir significativamente os movimentos intestinais quando comparados ao placebo. Os sequestrantes de ácidos biliares podem beneficiar pacientes com história de carcinóide que foram submetidos a ressecção ileal terminal. Opiáceos, antidiarreicos e ondansetrona podem melhorar os sintomas de diarreia refratária. No entanto, existem dados limitados sobre estes tratamentos em pacientes com carcinóides refratários. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 46 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

Há muito tempo foi estabelecido que o reparo direto por sutura para hérnia ventral tem uma taxa de recorrência inaceitavelmente alta, com exceção de pequenas hérnias primárias de 1–2 cm. Tem havido especulação de que, no momento da operação primária, o tipo de sutura utilizada para fechamento se correlaciona com a taxa de formação de hérnia incisional; no entanto, não há evidências conclusivas para apoiar esta noção. Acredita-se que as hérnias ventrais primárias tenham uma predisposição genética, cujas hérnias secundárias ou incisoinais estão provavelmente relacionadas a proporções anormais de colágeno dos tipos I e III, bem como à quantidade de expressão de metaloprotease. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 48 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

As infecções do sítio cirúrgico são comuns após a correção da hérnia ventral e são definidas como infecções superficiais, profundas e do espaço do órgão. O nível intraoperatório de contaminação da ferida com base nos critérios do CDC inclui limpo, limpo-contaminado, contaminado e sujo correlaciona-se com a taxa de infecções do sítio cirúrgico. Os casos limpos têm uma taxa de infecção de 0–12%; enquanto os contaminados limpos e os contaminados apresentam taxas de infecção que chegam a 34%. O CDC define infecções de tela como ocorrendo até 1 ano após a implantação da tela. O organismo mais comum cultivado a partir de tela infectada é o *Staphylococcus aureus* e é observado em até 81% dos casos. Isto sugere uma possível contaminação da flora cutânea no momento da implantação da tela. Embora organismos gram-negativos estejam presentes na infecção da tela, eles ocorrem apenas em 17% das vezes. Seromas são comuns após hérnia ventral e drenos são recomendados para diminuir o espaço morto. Embora possam causar contaminação bacteriana retrógrada, não há recomendação definitiva de tempo para remoção e muitas vezes são necessárias por até 4–6 semanas. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.

### **Questão: 49 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

O tempo operatório prolongado e ASA >2 foram associados a complicações operatórias maiores, mas não se mostrou preditor de morbidade. As comorbidades específicas identificadas foram: obesidade, tabagismo, hipertensão, diabetes e anemia. O uso do curativo à vasculo pode ser bem sucedido no tratamento de infecções de sítio cirúrgico, incluindo infecções de tela que levam à recuperação da tela. Uma meta-análise incluindo 60 estudos de Bellows et al. mostraram uma infecção de sítio cirúrgico de 17% e uma taxa de recorrência de 15% em campos contaminados de grau 3 após reparo de tela biológica. RECURSO NEGADO / CURATIVO MANTIDO.

## **Questão: 50 - Decisão do Recurso: Indeferido.**

*Parecer da Banca Examinadora:*

A incisão para separação do componente anterior é feita 1–2 cm lateralmente à bainha do reto ou linha semilunar e a fáscia oblíqua externa é incisada. Após a divisão 1–2 cm lateralmente à linha semilunar, as fibras oblíquas externas são liberadas e um plano é desenvolvido entre os músculos oblíquos interno e externo (avascular). A liberação completa pode permitir avanço fascial medial de 3 a 5 cm na parte superior do abdome, 7 a 10 cm no umbigo e 1 a 3 cm na região suprapúbica para cada lado. RECURSO NEGADO / GABARITO MANTIDO.