

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Cirurgia Videolaparoscópica



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A27**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

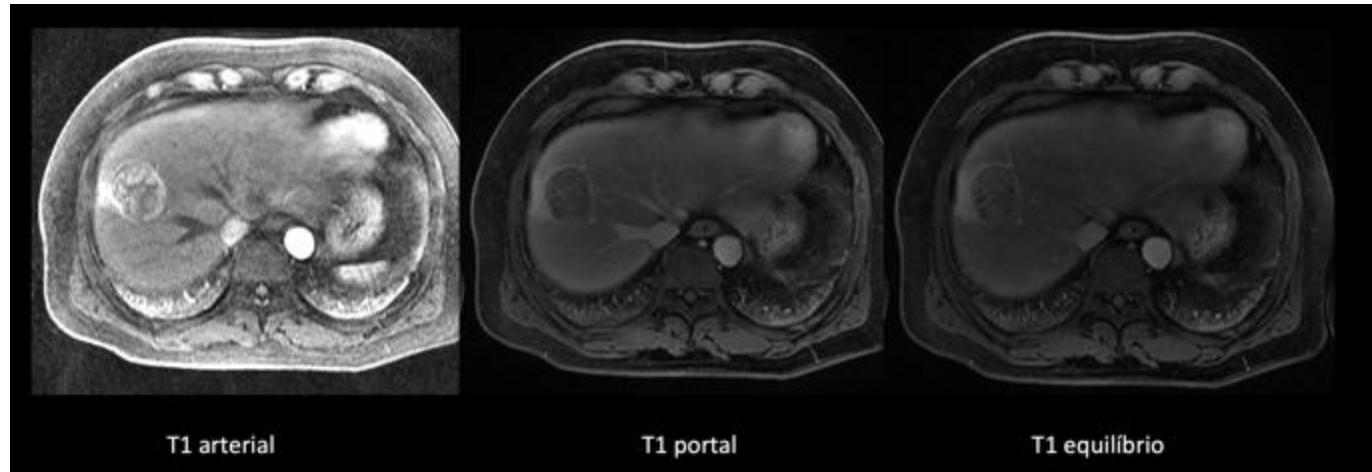
O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K ⁺ – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg ²⁺ – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	 Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

Texto para as questões 01 e 02

Homem, 61 anos de idade, com antecedente de hepatite C desde 2012, tratada na ocasião com resposta virológica sustentada. Apresentou, em seguimento ambulatorial, nódulo em lobo hepático direito à ultrassonografia, medindo 4,5 cm. Nega ascite, episódios de confusão mental ou hemorragia digestiva. Child-Pugh A6, *Model for End-Stage Liver Disease (MELD) = 7*. Alfafetoproteína de 5,5 µg/L (ref.: < 7,5 µL/L). Realizou ressonância magnética de abdome com contraste, a qual é mostrada abaixo:

**01**

Considerando a imagem, qual o diagnóstico do paciente e em qual segmento hepático está localizada a lesão?

- (A) Carcinoma hepatocelular, segmento 4a.
- (B) Colangiocarcinoma, segmento 5.
- (C) Carcinoma hepatocelular, segmento 7.
- (D) Carcinoma hepatocelular, segmento 8.

02

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e optado pela abordagem cirúrgica do paciente. São apresentadas fotos do aspecto final da cirurgia a seguir:



Qual a cirurgia realizada e quais estruturas são apontadas pelas setas 1 e 2, respectivamente?

- (A) Ressecção regrada do segmento 4, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (B) Setorectomia posterior direita, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (C) Setorectomia anterior direita, veia hepática direita, veia hepática média.
- (D) Mesohepatectomia não regrada, veia hepática média, veia hepática esquerda.

03

Homem, 53 anos de idade, tabagista e etilista de longa data, desenvolveu lesão em base de língua, investigada e tratada pela oncologia como carcinoma espinocelular com quimio e radioterapia. Na complementação diagnóstica, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão elevada avançada e infiltrativa em região de esôfago médio a 23 cm da arcada dentária superior. A biópsia mostrou ser um carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Durante o estadiamento, a tomografia de tórax evidenciou espessamento do esôfago médio com linfonodos adjacentes e enfisema pulmonar. Em seguida, realizou PET-CT com ¹⁸F-FDG (fluorodesoxiglicose) com achado de hipercaptação na região do esôfago médio e em pequeno linfonodo adjacente. Qual a melhor opção de tratamento para o paciente descrito?

- (A) Realizar ecoendoscopia para avaliar possibilidade de tratamento endoscópico.
 - (B) O paciente deverá ser submetido à esofagectomia pela técnica de Ivor Lewis para evitar anastomose cervical em área irradiada.
 - (C) O caso do paciente deve ser discutido em reunião multidisciplinar e, pelo estadiamento avançado, provavelmente deverá ser encaminhado para tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia.
 - (D) O tratamento com quimioterapia e radioterapia definitivas se impõe, uma vez que este paciente já foi irradiado.
- 

04

Homem, 45 anos de idade, refere disfagia progressiva para sólidos há 2 anos e, recentemente, para alimentos pastosos, com dificuldade de tomar água por vezes. Realizou endoscopia há 10 meses, cujo resultado foi normal. Nega ser de zona endêmica para doença de Chagas, refere ter perdido 5 kg no último ano. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Pela disfagia progressiva e perda de peso, trata-se de um câncer de esôfago, sendo necessário repetir a endoscopia o mais rápido possível.
 - (B) Confirmado-se o diagnóstico de acalasia pela manometria esofágica, deve-se encaminhar o paciente para uma cardiomiotomia endoscópica (POEM).
 - (C) Com a endoscopia normal e a epidemiologia negativa para chagas, fica afastada a hipótese de acalasia.
 - (D) Deve-se prosseguir a investigação diagnóstica com raio-X contrastado do esôfago e manometria esofágica.
- 

05

Qual a melhor conduta para um paciente de 67 anos de idade, com adenocarcinoma bem diferenciado de antro gástrico, com boa funcionalidade, estadiado clinicamente como cT2cN+ (lesão restrita à camada muscular e com 1 linfonodo suspeito perilesional)?

- (A) Quimioterapia perioperatória.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

06

Homem, 52 anos de idade, com história de regurgitação noturna importante e acompanhada de leve queimação há 6 meses. Refere que pela regurgitação estava comendo menos e perdeu 3 kg no período. Procurou atendimento médico que solicitou endoscopia digestiva alta, a qual apresentou achado de esofagite erosiva grau A. Tentou tratamento com inibidor de bomba de prótons por 3 meses sem resposta clínica satisfatória. De acordo com o histórico apresentado, foi indicado tratamento cirúrgico com funduplicatura total + hiatoplastia para tratamento de refluxo refratário, e o paciente evoluiu com disfagia importante no pós-operatório. Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) O paciente evoluiu com quadro de pseudoacalasia causada por possível hiato apertado.
 - (B) A indicação cirúrgica foi precipitada, pois não foram afastados diagnósticos diferenciais para o quadro clínico.
 - (C) A indicação está correta, pois trata-se de doença do refluxo refratária, sendo o tratamento cirúrgico a melhor opção.
 - (D) A esofagite grau A afasta o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, segundo os critérios do consenso de Lyon 2-0.
- 

07

Mulher, 65 anos de idade, assintomática, com achado incidental em ultrassonografia de abdome de cisto em cauda do pâncreas. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística na cauda do pâncreas, medindo 2,7 cm, com comunicação com o ducto pancreático principal, o qual tem calibre de 0,5 cm, não foram visualizados nódulos ou vegetações dentro do cisto. Realizou ecoendoscopia que confirmou os achados da ressonância, foi realizada punção do cisto para análise, a qual revelou presença de mucina e dosagem do Antígeno Carcinoembrionário (CEA) de 350 ng/mL. CA 19-9 sérico normal. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta para essa paciente.

- (A) Neoplasia Mucinosa Papilar Intraductal (IPMN) de ductos secundários, seguimento com exames de imagem.
 - (B) Neoplasia Mucinosa Papilar Intraductal (IPMN) de ductos secundários, pancreatectomia caudal com preservação esplênica.
 - (C) Neoplasia cística mucinosa, pancreatectomia caudal + esplenectomia.
 - (D) Neoplasia Mucinosa Papilar Intraductal (IPMN) do tipo misto, pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica.
- 

08

Assinale a alternativa que apresenta a etapa fundamental da cirurgia radical no tratamento do adenocarcinoma gástrico.

- (A) Omentectomia.
- (B) Bursectomia.
- (C) Margem de 2 cm nas lesões T1.
- (D) Coleta de citologia oncológica.

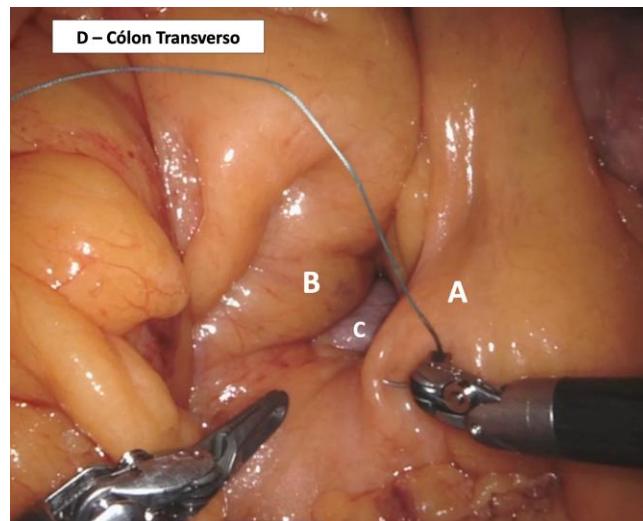
09

A respeito dos abscessos e fistulas, assinale a alternativa correta.

- (A) Raramente (menos de 1/10 dos casos) os abscessos crioglandulares evoluem para fistulas.
- (B) Para o tratamento cirúrgico eficaz e eficiente da fistula perianal interesfisteriana, o exame sob anestesia na sala cirúrgica é de menor valia que a tomografia de pelve.
- (C) As prioridades no manejo, geralmente, seguem a esta ordem de importância: cura sem recorrência, preservação da continência e por fim, controle da sepse.
- (D) O abscesso anorrectal deve ser tratado prioritariamente com drenagem cirúrgica, e não com antibioticoterapia.

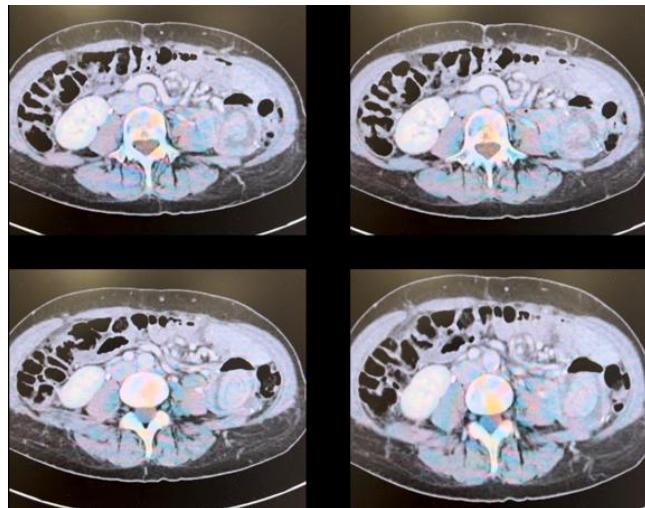
11

Em relação à condição clínica do paciente, foi indicada abordagem por cirurgia robótica. Na imagem a seguir, está demonstrado um dos passos cirúrgicos do procedimento realizado.



Texto para as questões 10 e 11

Mulher, 59 anos de idade, com obesidade mórbida, submetida à gastroplastia em Y de Roux minimamente invasiva há 2 anos. Procura o pronto-socorro por quadro de dor abdominal em epigástrico com irradiação para o dorso há 1 semana, refere quadro semelhante há alguns meses atrás, mas com melhora espontânea. Ao exame físico, apresentava-se desidratada 2+/4+, PA de 110×80 mmHg, FC de 85 bpm, FR de 18 irpm. Abdome flácido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Dados pré cirúrgicos: peso de 120 kg; altura de 160 cm; IMC de 46,9 kg/m². Atual: peso após a cirurgia de 65 kg; IMC de 25,4 kg/m². Prosseguiu a investigação com a tomografia mostrada a seguir:



Laudo descritivo: Ausência de líquido livre, pneumoperitônio ou coleções abdominais. Ausência de nível hidroáereo, contraste habitual das alças intestinais sem espessamento ou pneumatose. Presença de rotação dos vasos mesentéricos em mesogástrico com acúmulo de alças de delgado no hipocôndrio direito.

10

O exame complementar demonstra alteração presente na seguinte situação clínica:

- (A) Hérnia interna.
- (B) Volvo de sigmoide com obstrução colônica.
- (C) Pancreatite aguda.
- (D) Trombose mesentérica com isquemia de alças de delgado.

Considerando a imagem, assinale a alternativa que apresenta as estruturas nomeadas corretamente.

- (A) A – mesentério da alça alimentar; B – mesocolon transverso; C – primeira alça jejunal.
- (B) A – mesentério da alça biliopancreática; B – alça alimentar; C – jejunum.
- (C) A – mesentério da alça alimentar; B – mesentério da alça biliopancreática; C – alça alimentar.
- (D) A – epílon; B – alça biliopancreática; C – primeira alça jejunal.

12

Em relação à neoplasia de cólon, assinale a alternativa correta.

- (A) A quimio e radioterapia neoadjuvante total seguida de ressecção cirúrgica do adenocarcinoma de cólon esquerdo estágio III oferece a menor taxa de recidiva local e maior sobrevida.
- (B) Os objetivos da ressecção são obter margens circunferenciais negativas e remover a região do mesentério com maior risco de disseminação linfática.
- (C) A região do mesentério com maior risco de disseminação linfática a ser removido é pouco relacionada à sua embriologia, mas principalmente à fisiologia.
- (D) A extensão da colectomia é determinada pela profundidade, extensão e tamanho luminal do adenocarcinoma localmente avançado.

13

Homem, 68 anos de idade, com hipertensão e diabetes melito controlados, sedentário, tabagista, com pontuação 1 pela escala de desempenho do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Na endoscopia digestiva alta, foi observada lesão ulcerada de 8 mm na grande curvatura, junto à transição entre corpo e antrum gástrico. A biópsia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma gástrico tipo difuso de Lauren. Ecoendoscopia estadiou a lesão como cT1b (submucosa) cN0 (sem linfonodos suspeitos). Tomografia computadorizada normal. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
 - (B) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.
 - (C) Ressecção Endoscópica Submucosa (ESD).
 - (D) Gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.
- 

14

Homem, 62 anos de idade, sem comorbidades, refere quadro de icterícia e colúria há 15 dias. Realizou exame de ressonância magnética de abdome superior que demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e lesão compatível com colangiocarcinoma hilar Bismuth IIIa medindo 3,1 cm, com acometimento da artéria hepática direita. Tomografia de tórax sem evidência de doença à distância. Ao exame físico, bom estado geral, eutrófico, icterico ++/4+. Bilirrubina total de 14 mg/dL (0,2 a 1,1 mg/dL), bilirrubina direta de 12,3 mg/dL (0,0 a 0,3 mg/dL), CA 19-9 de 5.330 U/mL (< 37 U/mL). Volume calculado do remanescente hepático de 30% do volume hepático total. Qual a melhor conduta para o paciente neste momento?

- (A) Quimio e radioterapia de consolidação.
 - (B) Trissetorectomia esquerda + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.
 - (C) Drenagem transparieto-hepática do lobo esquerdo e embolização por radiologia intervencionista do ramo portal direito.
 - (D) Drenagem transparieto-hepática do lobo direito seguida de trissetorectomia direita + ressecção do segmento 1 + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.
- 

15

Com relação à classificação molecular do adenoma hepático, é correto afirmar:

- (A) O subtipo com presença de mutação da beta-catenina tem maior risco de rotura e sangramento.
- (B) É baseada em achados encontrados em cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina.
- (C) O subtipo inflamatório não tem associação com o uso de anticoncepcionais orais.
- (D) O subtipo *Hepatocyte Nuclear Factor 1 alpha* (HNF1 alfa) inativado, também conhecido como “adenoma esteatótico”, tem baixo risco de desenvolver complicações.

Texto para as questões 16 e 17

Homem, 65 anos de idade, no 5º dia pós-operatório de duodenopancreatectomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, apresenta mudança do débito do dreno, com aspecto turvo, associado a episódio de febre (temperatura axilar de 38 °C), sem instabilidade hemodinâmica. Os exames laboratoriais mostraram: leucócitos de 16.000/mm³ com desvio à esquerda (ref.: 3.400 a 8.300/mm³), proteína C reativa (PCR) de 8,3 mg/dL (ref.: 0,3 a 1,0 mg/dL) e amilase sérica de 92 U/mL (ref.: 28 a 100 UI/L). Foi realizada a coleta de amilase do líquido do dreno abdominal de 7.300 mg/dL. Foi encaminhado à tomografia com contraste endovenoso, que evidenciou pâncreas remanescente de aspecto preservado, drenos locados próximos à anastomose panreatojejunal, densificação local e lâminas de líquido peripancreático, sem coleções mensuráveis.

16

Com base nos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, qual o diagnóstico do paciente?

- (A) Fístula da anastomose biliar.
 - (B) Fístula pancreática grau B.
 - (C) Fístula pancreática grau C.
 - (D) Vazamento bioquímico (*biochemical leak*) da anastomose panreatojejunal.
- 

17

Qual a melhor conduta para o paciente nesse momento?

- (A) Jejum e observação clínica.
 - (B) Dieta oral e antibioticoterapia endovenosa.
 - (C) Jejum, nutrição parenteral e antibioticoterapia endovenosa.
 - (D) Encaminhamento para a radiologia intervencionista para redrenagem da loja cirúrgica.
- 

18

Com relação ao tratamento cirúrgico da doença inflamatória intestinal, pode-se afirmar:

- (A) Diferentes configurações de anastomose devem ser consideradas com base na gravidade e na localização da doença de Crohn.
- (B) A otimização pré-operatória do paciente, geralmente, não melhora as condições em que o paciente é operado.
- (C) A radicalidade cirúrgica com ressecção de todas as áreas acometidas é fundamental para diminuir a recidiva da doença de Crohn.
- (D) Para obter-se os melhores resultados com menor taxa de recidiva, o momento ideal da cirurgia da doença de Crohn do cólon é assim que o paciente comece a apresentar aumento do número de evacuações.

Texto para as questões 19 e 20

Mulher, 36 anos de idade, submetida a bypass gástrico em Y de Roux sem intercorrências, recebeu alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. Porém, iniciou quadro de forte dor abdominal no 7º dia, retornando ao pronto-socorro. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, afebril, FC de 120 bpm, FR de 20 irpm, PA de 70×50 mmHg, dor abdominal difusa à palpação profunda, DB +. Foi realizada tomografia de abdome total com contraste endovenoso e oral, cujos achados são mostrados a seguir:



19

Em relação ao quadro clínico e achados radiológicos, qual a principal hipótese diagnóstica para a paciente?

- (A) Trombose esplenomesentérica.
- (B) Estenose da gastroenteroanastomose.
- (C) Hemorragia digestiva.
- (D) Deiscência de anastomose ou da linha de grampeamento.

20

Qual o melhor tratamento para a paciente neste momento?

- (A) Dilatação endoscópica.
- (B) Endoscopia com passagem de sonda nasogástrica.
- (C) Laparotomia exploradora.
- (D) Observação clínica e antibioticoterapia de amplo espectro.

