

Residência Médica PUC-SP 2026

Resposta aos recursos

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

Questão: 1 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Os sinais e sintomas observados (diminuição da saturação de dióxido de carbono e oxigênio expirados e taquicardia) na ausência de pneumoperitônio estabelecido sugerem uma complicaçāo grave, muito provavelmente uma embolia gasosa devido à colocação intravascular (em um vaso sanguíneo) da agulha de Veress e início da insuflação. A conduta imediata e crucial nesse cenário é: interromper imediatamente a insuflação de CO₂ e remover a agulha de Veress para prevenir a entrada contínua de gás na corrente sanguínea.

Questão: 2 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A lesão de um vaso abdominal, especialmente os da parede abdominal como os vasos epigástricos inferiores, durante a colocação do trocarte pode ser identificada por: sangramento visível escorrendo pela cânula ou a olho nu se o local da incisão for visualizado.

Questão: 5 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Diante da recusa do tratamento pela paciente que está incapacitado de decidir e se o médico considerar o tratamento essencial para a saúde ou a vida da paciente, é crucial buscar formalmente uma segunda opinião médica. Esta opinião deve ser emitida por outro profissional, que analisará o prontuário completo e examinará o paciente com o objetivo de confirmar o diagnóstico e a indicação do tratamento, garantindo que a recusa não decorra de um mal-entendido ou de uma única visão clínica. A decisão de intervir em um paciente sem discernimento deve ser robustamente documentada e, idealmente, compartilhada.

Questão: 7 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A prática médica exige que o profissional de saúde tome todas as medidas necessárias para garantir a segurança do paciente e minimizar riscos. No caso de um cirurgião diagnosticado com HIV no dia, a carga viral não controlada ($> 5 \times 10$ cópias/mL) apresenta um risco de transmissão do vírus à paciente durante procedimentos invasivos. Como o cirurgião acabou de receber o diagnóstico de HIV positivo [no dia] é importante considerar que ele ainda não iniciou o tratamento antirretroviral e não tem acompanhamento de sua carga viral. Portanto, é recomendado que o cirurgião aguarde até ter uma avaliação especializada antes de realizar cirurgias, seguindo protocolos de segurança e ética médica. Profissionais de saúde com HIV podem continuar a exercer suas funções, incluindo procedimentos invasivos, desde que estejam sob tratamento antirretroviral eficaz e sua carga viral esteja indetectável ou muito baixa, essa conduta está alinhada com as diretrizes de saúde pública e proteção ao paciente.

Questão: 8 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A escassez de treinamento e educação em cuidados paliativos entre os cirurgiões pode levar a uma maior propensão para a escolha de intervenções cirúrgicas agressivas, mesmo quando tais procedimentos podem não ser do melhor interesse do paciente ou não se alinham com os seus objetivos de cuidado, especialmente no final da vida. A falta de conhecimento ou conforto com as técnicas de comunicação e gestão de sintomas paliativos pode ser um fator contribuinte. A literatura sugere que a integração precoce de cuidados paliativos pode levar a menos tratamentos agressivos no final da vida.

Questão: 10 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O primeiro passo no tratamento desta paciente é a cessação de fumar e perda de peso. A paciente já está em uso de um inibidor da bomba de prótons (IBP) duas vezes ao dia, e seus sintomas persistem. Embora o manejo do refluxo refratário a IBP envolva otimização da terapia e investigações adicionais (como endoscopia e monitoramento do pH esofágico), a modificação do estilo de vida é um pilar fundamental do tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e tem forte evidência de eficácia, especialmente em pacientes com obesidade mórbida e histórico de tabagismo. A perda de peso reduz a pressão intra-abdominal, o que diminui a frequência dos episódios de refluxo. A cessação do tabagismo melhora a função do esfíncter esofágico inferior e a depuração ácida esofágica.

Questão: 11 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A migração da fundoplicatura para o tórax indica que houve um encurtamento do esôfago ou uma falha na técnica cirúrgica inicial, resultando em uma hérnia hiatal recorrente. A gastroplastia a Collis é indicada nesses casos, pois ela cria um esôfago intra-abdominal funcional ao alongar o esôfago, permitindo uma fundoplicatura adequada e reduzindo o risco de recorrência.

Questão: 13 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Estudos comparativos, incluindo revisões de literatura, mostram consistentemente que a cirurgia robótica para hérnia inguinal, embora minimamente invasiva, geralmente apresenta um tempo operatório mais longo em comparação com a abordagem laparoscópica tradicional. Isso se deve, em parte, ao tempo adicional necessário para a montagem e acoplamento do sistema robótico e à maior complexidade da técnica.

Questão: 16 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O diagnóstico de apendicite aguda é primariamente clínico na maioria dos casos. Em pacientes com apresentação clínica típica (sintomas e sinais clássicos, como dor na fossa ilíaca direita, náuseas, febre baixa), o diagnóstico pode ser feito sem a necessidade de exames de imagem confirmatórios e o tratamento cirúrgico pode ser iniciado diretamente. Os exames de imagem são mais usados em casos atípicos, duvidosos ou em grupos específicos de pacientes, como crianças e gestantes.

Questão: 18 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A fratura do esterno pode estar associada a lesões cardíacas ou mediastinais, mesmo que os exames iniciais não mostrem alterações significativas. A taquicardia sinusal pode ser um sinal de estresse fisiológico ou indicar complicações como contusão cardíaca ou tamponamento. Por isso, o monitoramento contínuo em uma unidade de terapia intensiva é essencial para detectar e tratar precocemente possíveis complicações, como arritmias ou insuficiência cardíaca. A fratura do esterno por si só não é uma indicação absoluta para indicar o ecocardiograma, que deve ser solicitado com base em sinais e sintomas específicos.

Questão: 19 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O paciente apresenta sinais de tamponamento cardíaco: taquicardia, hipotensão e derrame pericárdico identificado no exame FAST. Em casos de trauma penetrante no tórax com evidência de derrame pericárdico, a abordagem cirúrgica imediata é essencial para evacuar o sangue acumulado no pericárdio e tratar possíveis lesões cardíacas. A esternotomia mediana é o procedimento indicado, pois permite acesso direto ao coração e ao pericárdio, possibilitando o controle de sangramentos e reparação de lesões cardíacas. O uso da pericardiocentese é limitado, pois o sangue pode coagular no saco pericárdico, dificultando a drenagem completa e o procedimento não permite o reparo definitivo da lesão.

Questão: 20 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O tratamento inicial foca no controle da dor e na hidratação, permitindo a expulsão espontânea do cálculo, que ocorre na maioria das gestantes. Medidas conservadoras incluem: hidratação adequada, analgésicos e antieméticos, considerados seguros durante a gestação e observação cuidadosa dos sintomas.

Questão: 22 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A reconstrução cirúrgica com retalho é tipicamente indicada para úlceras de pressão profundas, estágios III e IV, que não cicatrizam com tratamento conservador. O paciente ideal deve ter suas comorbidades controladas e estar em condições clínicas otimizadas para suportar o procedimento cirúrgico e o pós-operatório. A cooperação do paciente e/ou cuidador é crucial para o sucesso a longo prazo, pois a cirurgia não elimina o risco de recorrência sem mudanças comportamentais.

Questão: 24 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Se o paciente fosse *H. pylori*-negativo, a terapia padrão para linfoma MALT gástrico de baixo grau e localizado (estágio I/II) consistiria em radioterapia. A erradicação do *H. pylori* é o tratamento de primeira linha para a maioria dos casos, mesmo para pacientes inicialmente *H. pylori*-negativos (devido à possibilidade de resultados falso-negativos). No entanto, se a infecção estiver ausente ou o tratamento falhar, a radioterapia de campo envolvido é o tratamento preferencial e altamente eficaz, com taxas de remissão completa de 93% a 100%.

Questão: 26 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A junção pancreatobiliar anômala é um fator de risco conhecido e significativo para o desenvolvimento de carcinoma da vesícula biliar, pois permite o refluxo de suco pancreático para a vesícula, causando inflamação crônica e metaplasia, o que aumenta o risco de câncer.

Questão: 27 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O padrão de imagem tomográfico de uma camada interna espessa com forte realce e uma camada externa com fraco realce ou sem realce da parede da vesícula biliar (um padrão de realce bifásico ou "duas camadas") na fase portal é um achado que sugere fortemente malignidade, especificamente carcinoma de vesícula biliar. Embora o espessamento da parede da vesícula biliar difuso possa ocorrer em condições benignas e inflamatórias, o padrão de realce específico é um preditor significativo para uma causa maligna.

Questão: 29 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Um adenoma adrenal primário produtor de cortisol (causa de Síndrome de Cushing ACTH-independente) produz excesso de cortisol, o qual, por feedback negativo, inibe a produção e liberação de ACTH pela hipófise, resultando em níveis plasmáticos de ACTH baixos. Embora o tamanho da massa adrenal seja um fator de risco para malignidade (massas maiores que 4-6 cm têm risco aumentado), a paciente apresenta uma massa de exatamente 4 cm, o que está na faixa limítrofe, mas o risco não é automaticamente alto apenas por esse tamanho.

Questão: 31 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O caso descrito (sintomas hipoglicêmicos recorrentes, glicose 44 mg/dl, peptídeo C \geq 200 pmol/l, jejum de 72h positivo) é altamente sugestivo de um insulinoma, que é o PNET funcionante mais comum e, em 90% dos casos, é um tumor único e benigno, frequentemente menor que 2 cm, tornando-o um candidato ideal para a enucleação. Portanto, a abordagem cirúrgica menos invasiva (enucleação) é preferível para tumores pequenos e apropriados, devido aos resultados oncológicos equivalentes e menor risco cirúrgico em comparação com a ressecção formal.

Questão: 32 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A afirmação verdadeira em relação ao provável diagnóstico é a Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) devido ao quadro de úlceras duodenais recorrentes, H. pylori negativo e pregas gástricas hipertróficas, e que um nível sérico de gastrina em jejum superior a 1.000 pg/ml (normal é <100 pg/ml) é considerado diagnóstico de gastrinoma. Níveis de gastrina em jejum, maiores que 1000 pg/ml na presença de hipersecreção ácida gástrica (pH gástrico baixo, geralmente <2), são considerados diagnósticos de SZE/gastrinoma.

Questão: 34 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A complicação mais comum (precoce ou tardia) após o bypass gástrico laparoscópico é a ulceração marginal, com uma prevalência média relatada de cerca de 4,6%, tornando-a a complicação mais frequente em geral, ocorrendo principalmente no pós-operatório tardio.

Questão: 38 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

As maiores taxas de mortalidade em fraturas pélvicas deslocadas são vistas em fraturas pélvicas abertas. Embora fraturas instáveis de alta energia, como APC III, LC III e VS (todas consideradas instáveis, ou tipo C na classificação AO/OTA), estejam associadas a taxas de mortalidade significativas (variando de 8% a 32% em estudos recentes, e até 40% em casos de choque hemorrágico, as fraturas pélvicas abertas apresentam as taxas mais elevadas, podendo chegar a 50% em algumas séries de casos.

Questão: 39 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A colostomia de proteção é um procedimento fundamental e, frequentemente obrigatório no manejo de lesões retais complexas, especialmente quando associadas a lesões vaginais e fraturas pélvicas. Seu principal objetivo é o desvio temporário do trânsito fecal para permitir a cicatrização adequada das lesões distais e prevenir complicações graves.

Questão: 41 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Em casos de suspeita de ruptura brônquica, a broncoscopia é a ferramenta de escolha para confirmar a localização e a extensão exata da lesão. Sinais clínicos como pneumotórax persistente ou escape aéreo maciço, que não melhoram com a drenagem pleural, indicam fortemente a necessidade de uma investigação broncoscópica. A broncoscopia permite ao médico posicionar um tubo endotraqueal seletivamente no brônquio saudável, isolando o pulmão lesado.

Questão: 42 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A paciente apresenta um caso de hemotórax retido (presença de sangue residual na cavidade pleural após a drenagem inicial com dreno torácico). A drenagem inicial foi de apenas 150 mL seguida por apenas 100 mL em 24 horas, e uma TC no terceiro dia confirmou a persistência do sangue. O hemotórax retido apresenta riscos significativos de complicações graves e tardias, como empiema e fibrotórax. As diretrizes atuais recomendam a intervenção precoce para evacuar o hemotórax retido e prevenir essas complicações. A abordagem preferencial para pacientes estáveis, como a descrita (admitida na UTI para observação e reanimação, mas sem sinais de sangramento contínuo maciço que indicaria toracotomia de emergência), é a cirurgia torácica videoassistida (VATS - Video-Assisted Thoracoscopic Surgery).

Questão: 44 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Pacientes com cólica renal aguda que chegam ao pronto-socorro geralmente necessitam de analgesia parenteral. Nesse contexto, a terapia combinada com AINEs e opioides intravenosos é mais eficaz do que o uso isolado de qualquer um dos agentes.

Questão: 47 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A paciente apresenta estenose de 60% na artéria carótida interna direita. Embora ela tenha tido um episódio de fraqueza no lado direito há dois anos, esse evento (um ataque isquêmico transitório - AIT) ocorreu de forma remota (mais de 6 meses antes da apresentação atual) e, portanto, a estenose é considerada assintomática no contexto das diretrizes de revascularização atuais. O tratamento primário para a estenose carotídea assintomática é a melhor gestão médica intensiva dos fatores de risco.

Questão: 48 - Decisão do Recurso: Indeferido.*Parecer da Banca Examinadora:*

Este paciente apresenta agora a Síndrome do Coto Carotídeo, que é a única indicação para intervenção carotídea na artéria carótida interna ocluída extra cranialmente. No contexto de oclusão da artéria carótida interna esquerda, a circulação cerebral esquerda é suprida pelo polígono de Willis, juntamente com colaterais da artéria carótida externa do lado afetado. O tratamento da síndrome do coto inclui endarterectomia carotídea esquerda comum e carotídea externa, angioplastia com patch e obliteração do lúmen da ACI para prevenir embolização adicional.

Questão: 49 - Decisão do Recurso: Indeferido.*Parecer da Banca Examinadora:*

É razoável realizar uma angiografia cerebral ou um ultrassom Doppler de carótida ao término do procedimento, a fim de garantir uma revascularização adequada. A seguir, todos os pacientes submetidos à revascularização da carótida devem ser despertados na sala de cirurgia e submetidos a um exame para avaliar a presença de novos déficits neurológicos. Caso seja identificado um novo déficit, a incisão deve ser imediatamente aberta e a artéria avaliada com Doppler para confirmar o fluxo.