



SEMANA

HIIT

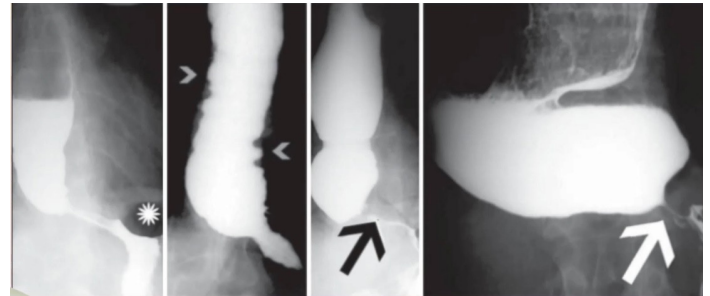
Cirurgia do Aparelho Digestivo

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

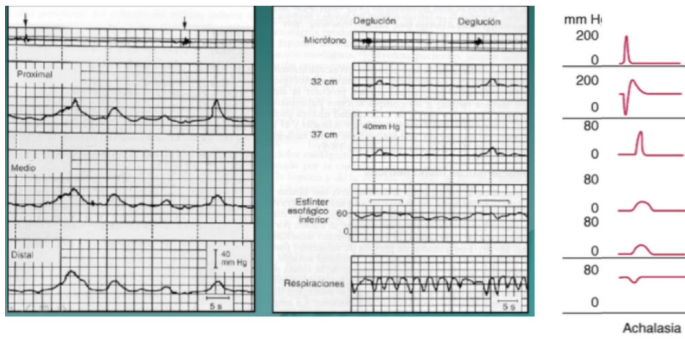
CAD – Semana HIIT

→ Esôfago:

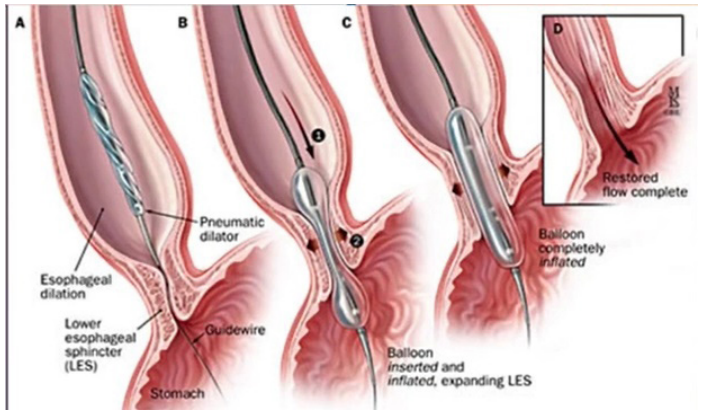
- Acalasia:
 - Principal distúrbio motor do esôfago;
 - Degeneração progressiva do plexo mioentérico (Auerbach);
 - Relaxamento incompleto do Esfíncter esofágico inferior;
 - Aperistalse do corpo esofágico.
 - Idiopática x Doença de Chagas (Brasil);
 - Sintomas:
 - Disfagia, regurgitação, coluna d'água, globus, emagrecimento (lento, o paciente vai se acostumando).
 - EDA:
 - Excluir neoplasia:
- Acalasia é fator de risco para CEC esofágico;
- Cromoscopia com lugol;
- Não é um exame adequado para o diagnóstico de acalasia.
 - EED (esofagograma):
 - Permite identificar o grau de dilatação do esôfago;
 - Importante para escolha do tratamento do paciente.
 - Manometria (padrão ouro):
 - Relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior;
 - Aperistalse do corpo esofágico;
 - Pode haver hipertonía do esfíncter esofágico inferior.
 - Biópsia das áreas iodo-negativas.
 - Achados do EED:



- Classificação de Rezende:
 - Grau I: Esôfago até 4 cm, trânsito lento, surtos de ondas terciárias, pequena retenção na radiografia tomada um minuto após a ingestão de sulfato de bário;
 - Grau II: Esôfago entre 4-7 cm, pequeno a moderado aumento de calibre, apreciável retenção de contraste, presença frequente de ondas terciárias, associadas ou não a hipertensão esofágica;
 - Grau III: Esôfago entre 7-10 cm, com grande aumento de diâmetro, atividade motora reduzida, hipotonia do esôfago inferior, grande retenção de contraste;
 - Grau IV: Esôfago maior que 10 cm, dolicoesôfago, com grande capacidade de retenção, atônico, alongado, dobrando-se sobre a cúpula diafragmática.
- Classificação de Pinotti:
 - Incipiente – grau I
 - Não avançada – grau II e III
 - Avançada – grau IV
- Manometria Megaesôfago:

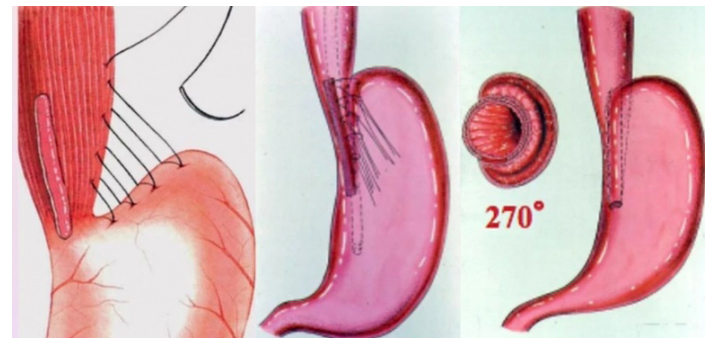


- Tratamento da Acalasia:
 - Clínico: Nitrato sublingual ou Bloqueador de canal de cálcio (Nefedipino):
- Efeito colateral: Hipotensão;
- Pode ser utilizado para pacientes com poucos sintomas e alto risco cirúrgico.
 - Dilatação endoscópica pneumática: Método de escolha para pacientes com alto risco cirúrgico.

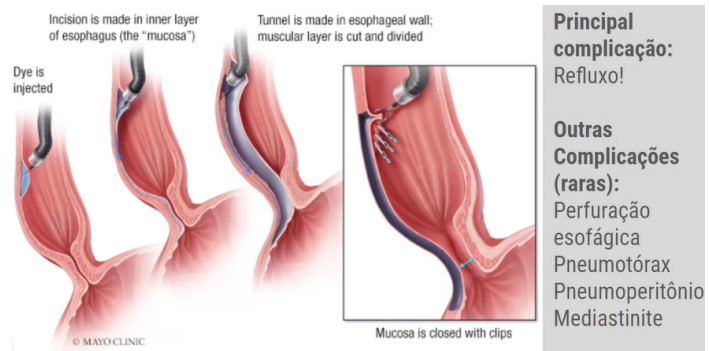


- Risco: Laceração do esôfago.
- Tratamento da Acalasia incipiente:
 - (Tratamento anterior) +
 - Injeção de Toxina botulínica: Melhora temporária dos sintomas (aproximadamente 6 meses).
- Tratamento da Acalasia não avançada:
 - Cardiomiectomia + funduplicatura (Heller-Pinotti / Tupet):
- Padrão ouro;
- Grau 2 e 3;

- Miotomia de 7 a 9 cm na TEG, pegando o EEI;
- Funduplicatura – diminui refluxo gastroesofágico.



- Miotomia Endoscópica PerOral (POEM):



Principal complicação: Refluxo!

Outras Complicações (raras): Perfuração esofágica, Pneumotórax, Pneumoperitônio, Mediastinite

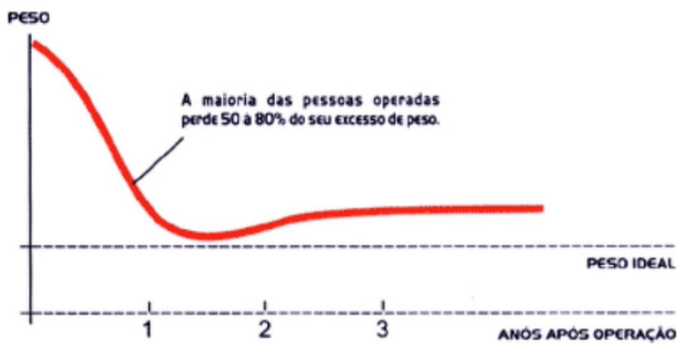
- Tratamento cirúrgico para formas avançadas:
 - Esofagectomia (VLP Transtorácica ou Transhiatal):
- Reconstrução com tubo gástrico.
 - Cirurgia Thal-Hatafuku (esofagogastroplastia):
- Abertura das camadas da parede, que se estende de 3 a 6 cm acima e 2 a 3 cm abaixo da cárdia em direção à grande curvatura gástrica. Resulta uma brecha, que é fechada rebatendo-se sobre ela a parede anterior do fundo gástrico.
 - Serra-Dória combinada à vagotomia:
- Anastomose látero-lateral entre esôfago terminal e o fundo gástrico, para facilitar o esvaziamento esofágico, associada a uma gastrectomia parcial em Y-de-Roux, prevenindo refluxo biliar.
 - Causas frequentes de Recidiva da disfagia:
 - Precoce:

- Miotomia curta/incompleta.
 - Tardia:
- Fibrose (cárdia)//Reaproximação das bordas;
- Refluxo intenso (estenose);
- Piora do grau Megaesôfago;
- Neoplasia (pseudoacalásia).
 - Realizar seguimento do paciente com EDA + Mantém risco de CEC mesmo após a cirurgia.

→ Bariátrica:

- Sucesso da cirurgia bariátrica:
 - Perda de 50% do excesso de peso e manutenção por 2 anos.
 - Nadir do peso ocorre entre 18-24 meses da cirurgia.
 - Tendência fisiológica de reganho de 10% do peso após cirurgia.

Perda de Peso após Tratamento Cirúrgico



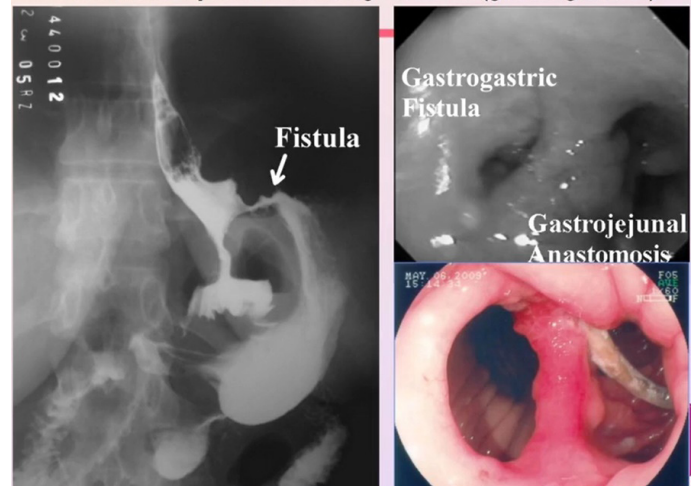
- Essa perda de peso grande no primeiro ano é importante porque é quando o paciente tem maior chance de formar cálculos de colesterol na vesícula, então é necessário realizar o segmento cuidadoso.
- Reganho pós cirurgia bariátrica:
 - Ganho de 50% do excesso de peso perdido.
 - Causas funcionais:
 - Comportamento alimentar (beliscador);
 - Perda tardia do estímulo êntero-hormonal (menor metabolismo): análogo do glp-1 (LIRAGLUTIDE) e tratamento da compulsão alimentar (TOPIRAMATO).
- Êntero-hormônios:

- Grelina – Produzida no fundo gástrico, células oxínticas. Principal hormônio hiperoxígeno. Diminui com a cirurgia bariátrica;
- GLP-1 – Produzido pelo íleo. Possui efeito incretínico, diminui resistência a insulina e aumenta sua produção, aumenta a saciedade;
- Peptídeo Y – Produzido no íleo e cólon (cels L), diminui o esvaziamento gástrico, promove saciedade e diminui a grelina.

○ Reganho:

- Causas anatômicas:
 - Tubo gástrico com excesso de fundo;
 - Fístula gastro-gástrica (Pouch gástrico e estômago excluído);
 - Remanescente gástrico grande;
 - Alça comum larga.
- Investigação:
 - EDA;
 - EED;
 - TC com volumetria gástrica;
 - Cintilografia de esvaziamento gástrico.

Fístula entre pouch e estômago excluído (gastro-gástrica)

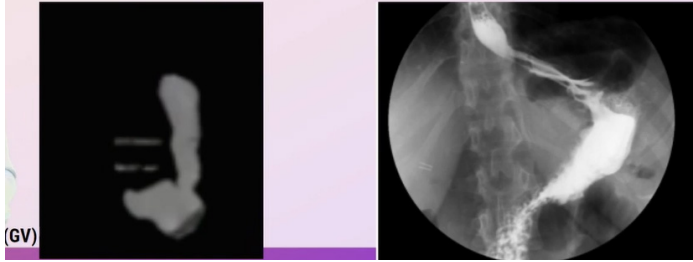


Excesso de Fundo e Antro após Gastrectomia Vertical



tardia Revisional surgery for high suspicion fistula Mercedes Sánchez Sánchez (1), Tini Teixeira (1)

→ Remanescente Gástrico grande (esvaziamento do estômago lentificado)

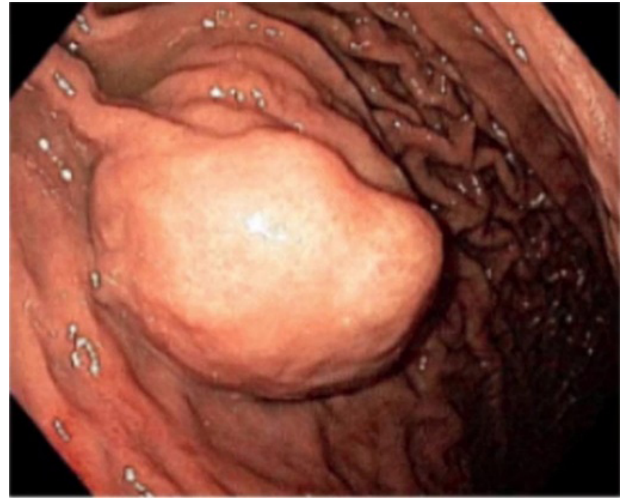


- Possíveis tratamentos para causas anatômicas:
 - Tubo gástrico com excesso de fundo:
 - Reconfecção de tubo gástrico;
 - Bypass.
 - Fístula gastro-gástrica (Pouch gástrico e estômago excluído):
 - Cirurgia, com secção e rafia da fístula.
 - Remanescente gástrico grande:
 - Bypass;
 - Repouch.
 - Alça comum longa:
 - Recontagem da alça e enteroanastomose distal.

→ Estômago:

- GIST
 - Tumores derivados da Célula de Cajal;
 - Mais comum no estômago (60 a 70%), mas pode também ocorrer no intestino delgado (20 a 25%), cólon e reto (5%) e esôfago (menos de 5%).
 - Sintomatologia:
 - HDA;
 - Massa epigástrica;
 - Saciedade precoce.
 - Subepiteliais:
 - Mais comum a camada muscular (4ª camada da ecoendoscopia);
 - Muscular da mucosa (2ª camada na ecoendoscopia).
 - Diagnósticos diferenciais:
 - Leiomioma;
 - Leiomiossarcoma;
 - Lipoma;
 - Schwvanomas;

- Tumor glômico;
- Pâncreas ectópico.
- Maioria esporádico:
 - Síndromes genéticas;
 - Neurofibromatose tipo 1;
 - Síndrome Carney-Stratakis;
 - Síndromes familiares relacionadas a GIST.

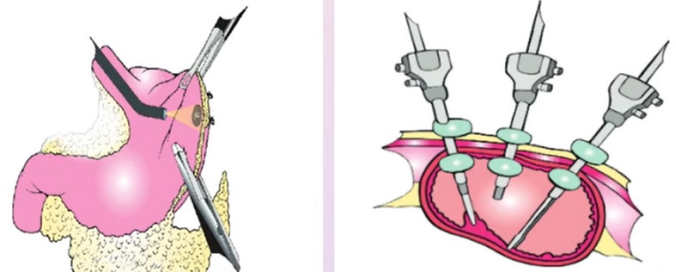


- Lesões recobertas por mucosa normal, umbilicadas.
- Diagnóstico:
 - EDA;
 - EcoEndoscopia + PAAF (Não fazer biópsia! Não romper a cápsula!).
- Lesões hipoeóicas e homogêneas com margens bem definidas:

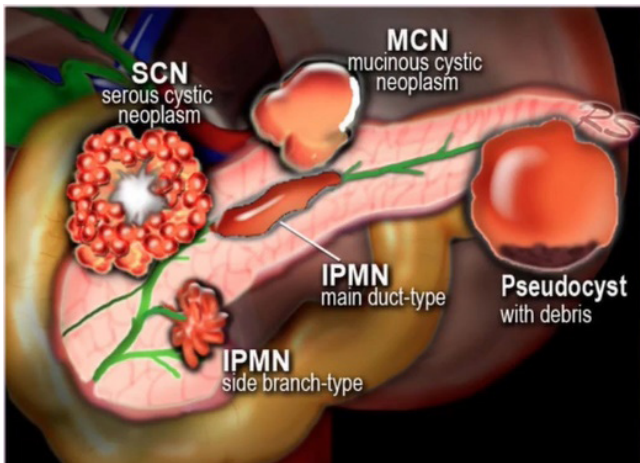


Type	CD117	DOG-1	PKC-theta	CD34	SMA*	S100 protein	Desmin
GISTs	+	+	+	+	+/-	-	Very rare
	(>95%)	(97%)	(72%)	(60 to 70%)	(30 to 40%)	(5% +)	
Leiomyoma	-	-	-	+	-	-	+
				(10 to 15%)			
Leiomyosarcoma	-	-	+	-	-	-	+
			(10%)				
Schwannoma	-	-	+	-	-	+	-
			(10%)				

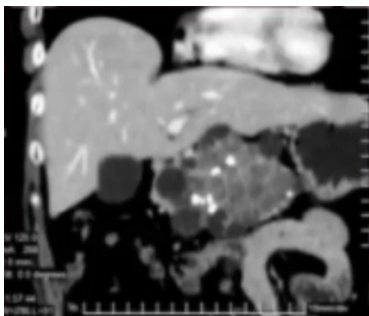
- Padrão de Imuno-histoquímica GIST:
 - > 90% apresentam mutação do gene c-kit (CD 117);
 - Outros marcadores: CD 34, DOG-1 e o PKC-teta;
 - Se o c-kit negativo → pesquisar PDGFRA (fator crescimento plaquetas);
 - Pode haver formas selvagens, sem expressão.
- Estadiamento:
 - TC TAP;
 - Se reto ou fígado = RM.
- Principal sítio de metástases – disseminação hematogênica (fígado, peritônio, pulmão).
- Dificilmente metástase linfonodal.
- Fatores prognósticos GIST:
 - Tamanho do tumor;
 - Idade;
 - Número de mitoses por campo;
 - Ki-67;
 - P53;
 - Rotura da cápsula.
- Tratamento:
 - < 2 cm = observação clínica;
 - > 2 cm = cirurgia – ressecção com margens livres, sem linfadenectomia.
- Modalidade de cirurgia:
 - Ressecção em cunha;
 - Endogastro cirurgia;
 - Ressecção combinada (VLP + EDA);
 - Tumores grandes em antro = gastrectomia subtotal.



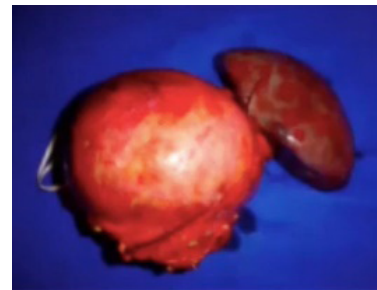
- Adjuvância – imatinibe – Ckit+:
 - Tumor extra gástrico;
 - Tamanho maior que 10 cm;
 - Tumor com > 10 mitoses por campo de 50 aumento;
 - Tumor < 5 cm + 5 mitoses por campo de 50 aumento;
 - Rotura da cápsula;
 - Recidiva/Metastático.
 - Tempo – 3 anos.
 - Cirurgia de resgate indicada:
 - Metastasectomia hepática.
 - Neoadjuvância – tumores borderlines ou irressecáveis.
- Fígado, pâncreas e VB:
- Neoplasias Císticas Pancreáticas:
 - Neoplasia Cística Serosa (Cistoadenoma seroso) – (16%);
 - Neoplasia Cística Mucínica (Cistoadenoma mucinoso) – (23%);
 - IPMN (Neoplasia Intraductal Papilífera Mucínica) – (38%);
 - Tumor de Frantz (Neoplasia sólida pseudopapilífera) – (3%).



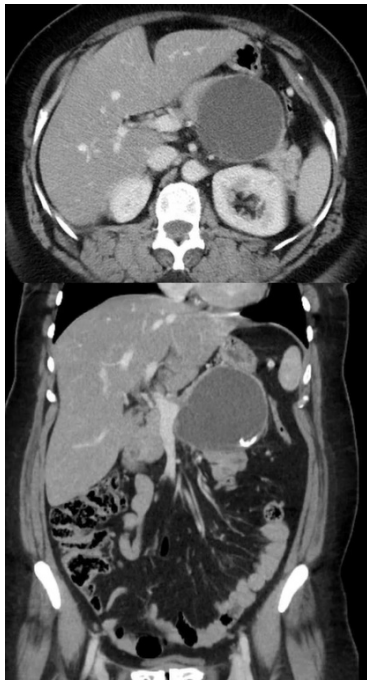
- Neoplasia Cística serosa:
 - Mais comum em mulheres (3:2);
 - Senhoras (>60 anos);
 - Sem localização preferencial;
 - Múltiplos pequenos cistos;
 - CEA do cisto – negativo.
 - “**SE**rosa; **SE**nhora, **SE**m elevar marcadores, cuja imagem pode revelar uma **SE**atriz **SE**ntral e uma imagem de **favo de mel**”
 - Benigno;
 - Tratamento:
 - Conservador na grande maioria dos casos;
 - Cirurgia para poucos casos, nos quais o cisto é grande e causa sintomas, podendo ocorrer degeneração para cistoadenocarcinoma seroso > 6 cm em cabeça de pâncreas.



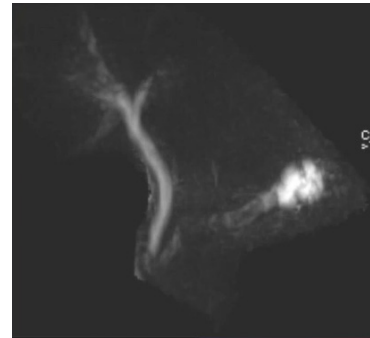
- Neoplasia Cística Mucinoso:
 - Mulheres (estroma ovariano) > 40 anos;
 - Cauda do pâncreas;
 - Septos, vegetações e calcificações na periferia;
 - CEA cisto: Elevado;
 - Risco de Malignização;
 - Tratamento: Cirurgia: Pancreatectomia corpocaudal + esplenectomia.



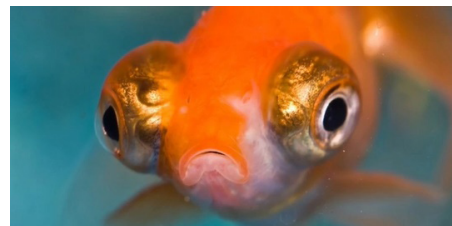
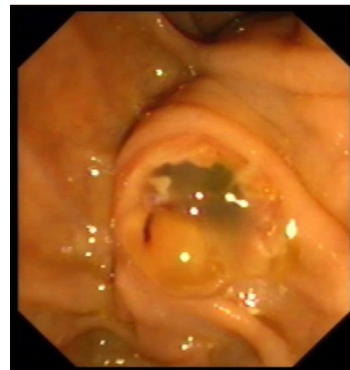
- “Neoplasias císticas mucinosas em CCCCC”
 - Corpo e Cauda;
 - Calcificação exCêntrica;
 - Cea elevado.



- IPMN – Neoplasia Intraductal Papilífera Mucínica:
 - Não tem predileção por gênero;
 - Ducto principal x Ducto secundário x Mista → dilatação do ducto preenchido por mucina;
 - Cabeça do pâncreas;
 - Maioria assintomático;
- Pancreatite aguda recorrente;
- Diarreia e dor abdominal (pancreatite crônica/ obstrução do ducto pancreático principal);
 - CEA e Amilase elevados.



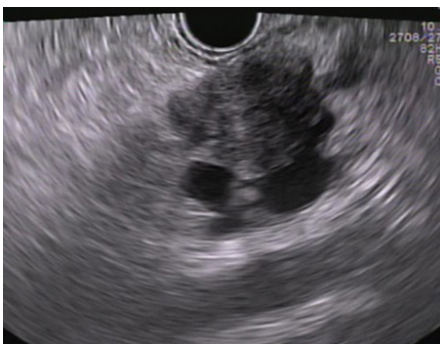
- Papila em olho de peixe – muito cobrado!



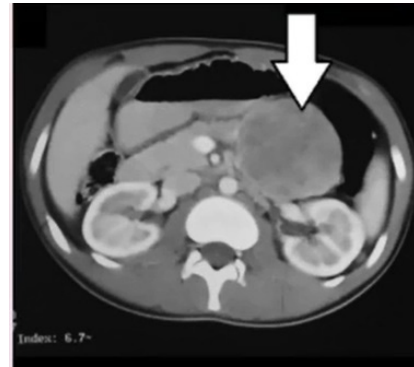
- Tratamento cirúrgico reservado a pacientes de alto risco de que o IPMN se transforme em um adenocarcinoma, conforme critérios de Fukuoka.
- Cirurgia:
 - Icterícia + lesão na cabeça do pâncreas;
 - Dilatação do ducto pancreático principal > 10 mm;
 - Nódulos intramurais: 5 mm;



- Citologia positiva para adenocarcinoma.
 - Características preocupantes → (Podemos solicitar EcoEDA antes):
 - Pancreatite aguda prévia;
 - Ducto pancreático principal dilatado;
 - Nódulo mural;
 - Cisto > 3 cm;
 - Elevação Ca 19.9 sérico.
- Acompanhamento:
- Ducto secundário;
 - Cistos pequenos.



- Tumor de Frantz (Neoplasia sólida pseudopapilífera):




- Mulheres Jovens (<40 anos);
- Cauda do pâncreas;
- Potencial maligno;
- TC / abdome – massa sólido-cística de grandes proporções.
- Tratamento = Cirurgia:
 - Pancreatectomia corpocaudal + esplenectomia.
 - Resumo das Neoplasias Císticas Pancreáticas:

	Seroso	Mucinoso	IPMN ducto 1	IPMN ducto 2	Frantz
Idade	>50 anos	>40 anos	>50 anos	>50anos	20/30 anos
Homem vs Mulher	Mulher > Homem	MULHER	=	=	MULHER
Imagem	Favo de mel, microcisto	Cisto septado, calcificação periférica Corpo e cauda	Dilatação ducto Nódulos murais	Dilatação ducto Nódulos murais	Massa Sólido e cística na cauda
CEA	baixo	alto	alto	alto	?
Malignidade	Baixo	Moderado/Alta	Alta	Baixa / moderada	Alto
Tratamento	Observação	CIRURGIA	CIRURGIA	Depende	CIRURGIA

→ Coloproctologia:

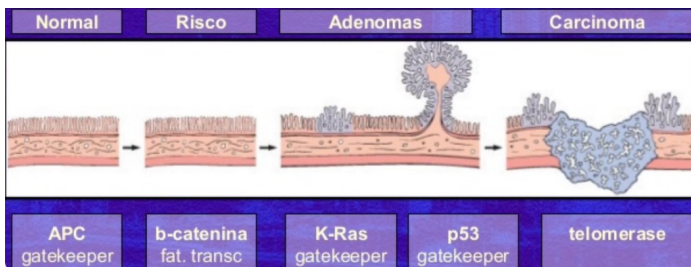
- Câncer Colorretal:
- Epidemiologia:

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	Casos	%		Localização primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%		Mama feminina	66.280	29,7%
Colón e Reto	20.540	9,1%		Colón e Reto	20.470	9,2%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9%		Colo do útero	16.710	7,5%
Estômago	13.360	5,9%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6%
Cavidade Oral	11.200	5,0%		Glândula Tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%		Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%		Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%		Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%		Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%		Sistema Nervoso Central	5.230	2,3%

* Números arredondados para múltiplos de 10

○ Carcinogênese:



○ Rastreamento:

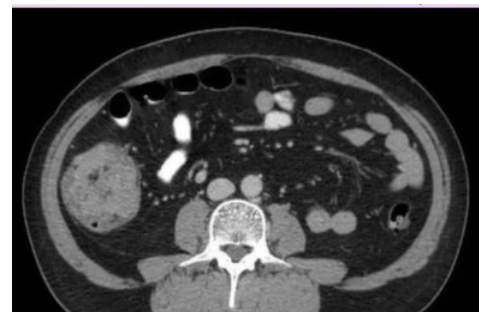
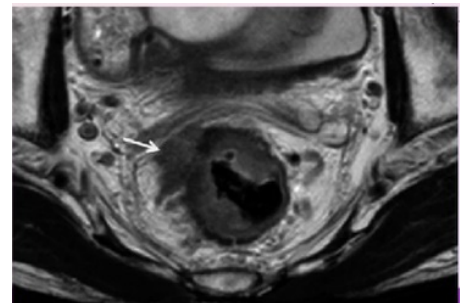
- Baixo Risco: a partir dos 45 anos – exames:
 - Colonoscopia a cada 10 anos;
 - Teste imunológico fecal (TIF) para sangue oculto, anualmente;
 - Colonografia por tomografia computadorizada (CTC) a cada 5 anos;
 - Teste de DNA de fezes multitarefas com DNA-FIT (DNA-DTM-MT, também conhecido como teste imunológico DNA fecal) a cada 3 anos;
 - Teste de sangue oculto nas fezes baseado em Guaiac (Gfobt), anualmente;
 - Sigmoidoscopia sozinha a cada 5 anos.
- Moderado Risco: (familiares de primeiro grau com câncer colorretal). A partir de 40 anos de idade ou pelo menos 10 anos antes que o familiar apresentou câncer colorretal:
 - Sempre Colonoscopia.
- Alto Risco: (PAE, Lynch, RCU, D. Chohn):
 - A depender do protocolo.

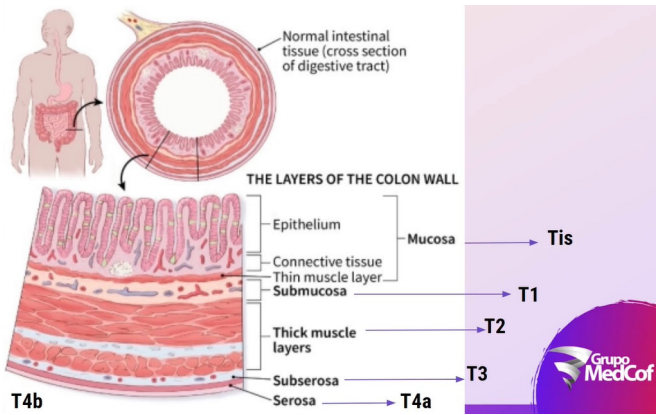
○ Sintomas:

- Cólon direito (pior prognóstico) → Anemia, fadiga, massa palpável. Dificilmente obstrução intestinal, sangue oculto nas fezes;
- Cólon esquerdo → Hematoquezia, alteração do hábito intestinal e consistência das fezes, obstrução;
- Reto → Tenesmo, dor e calibre diminuído de fezes, obstrução.

○ Estadiamento → Câncer de Reto x Câncer de Cólon:

Reto	Cólon
▪ Tomografia de Tórax e Abdome superior	▪ Tomografia de Tórax e abdome superior
▪ Ressonância Magnética de Pelve	▪ Tomografia de pelve
▪ CEA (antígeno carcinoembrionário)	▪ CEA (antígeno carcinoembrionário)
▪ Colonoscopia completa (exclusão de outras lesões sincrônicas)	▪ Colonoscopia completa (exclusão de outras lesões sincrônicas)





Nx	Linfonodos não avaliados
N0	Sem linfonodos comprometidos
N1	1 a 3 linfonodos +
N2	4 ou + linfonodos +
M0	Sem metástase
M1	Metástase presente
0	TisN0M0 (in situ)
I	T1-T2N0M0
II	T3-T4N0M0
III	TxN+M0
IV	TxNxM1

- Tratamento:
 - Câncer de cólon e reto intraperitoneal: o tratamento indicado é a cirurgia direto. A margem utilizada é de 5cm.
 - Câncer de reto extraperitoneal:
 - Neoadjuvância: para T3 ou T4, para tumores linfonodo positivo, tumores distais que envolvem o esfíncter anal (tentativa de preservação esfíncteriana) e envolvimento da fásia mesorretal (tentativa de melhora da margem circunferencial).
 - O que é feito: 5-Fluoracil + Leucovorin, associado a 5040cG radioterapia.
 - Os benefícios da neoadjuvância são: *Downstaging*, preservação do esfíncter, diminuição das taxas de recidiva local do tumor e resposta patológica completa.
 - Câncer de reto: cirurgia para excisão total

do mesorreto (liga-se a artéria mesentérica inferior na origem e se faz a ressecção total do mesorreto).

- Câncer de reto + acometimento de esfíncter externo: amputação abdominoperitoneal de reto.
- Critérios de quimioterapia adjuvante:
 - Presença de linfonodos positivos (III).
 - Presença de menos de 12 linfonodos ressecados com a peça cirúrgica.
 - Tumor T4.
 - Cirurgia de urgência em tumores obstruídos e perfurados.
 - Tumores pouco diferenciados.
 - Invasão angiolinfática e perineural

Questões

- 1) (USP - SP - CIRURGIA GERAL) Paciente de 40 anos, proveniente do interior de Minas Gerais, procura serviço médico por disfagia e regurgitação há mais de 10 anos. Refere que no início o sintoma que mais incomodava era pirose acompanhada de dor torácica em aperto após se alimentar. Evoluiu com dificuldade progressiva para ingestão de alimentos e regurgitação que foram se agravando. Atualmente, refere que tem dificuldade em se alimentar com líquidos e pastosos. Realizou eletromanometria do esôfago que demonstrou ausência de abertura do esfíncter inferior do esôfago (EIE) com aperistalse e atonia do corpo esofágico. Realizou o seguinte exame. Qual é a conduta
 - A- Cardiomitomia e funduplicatura
 - B- Dilatação endoscópica
 - C- Esofagectomia
 - D- Aplicação de toxina botulínica
- 2) (SURCE-CE) Paciente, 55 anos, há 5 anos com histórico de disfagia tanto para sólidos como para líquidos. No último ano, o quadro piorou com regurgitações frequentes, perda de peso e dois episódios de pneumonia. Realizou endoscopia cujo laudo foi: moderada dilatação esofágica, estase alimentar e alguma dificuldade em transpor o

esfíncter esofágico inferior. Sobre a patologia em questão, sua abordagem diagnóstica e terapêutica, o que seria mais adequado como próxima conduta?

- A- A phmetria deve ser solicitada, uma vez que é o exame padrão ouro para a confirmação diagnóstica da
- B- Megaesôfago é consequência da acalasia, e pode ser diagnosticado e classificado a partir do
- C- Solicitar nova endoscopia com biópsias múltiplas aleatórias, principalmente para afastar a possibilidade
- D- A miotomia endoscópica peroral (Peroral Endoscopic Miotomy - POEM) tem surgido como nova opção terapêutica, menos mórbida que a cirurgia, principalmente com relação aos índices de refluxo gastroesofágico. Está indicado como a melhor opção terapêutica para o caso.

3) (UNESP-2021) Com relação à acalasia, assinale a alternativa correta.

- A- O risco aumentado para câncer esofágico existe, porém o risco absoluto é baixo, não sendo recomendado screening.
- B- O POEM (Miotomia Endoscopia Perioral) é um dos tratamentos propostos, sendo a sequência correta do procedimento: tunelização, formação de bolha de submucosa com injeção, miotomia e fechamento de mucosa.
- C- A dilatação pneumática com balão é um procedimento pouco eficaz no tratamento da acalasia.
- D- O refluxo gastroesofágico é uma complicação pouco comum após o POEM.

4) (USP-SP-2020) Mulher, natural e procedente de São Paulo, 27 anos, internada no setor de psiquiatria por suspeita de transtorno alimentar com dificuldade progressiva para deglutição, vômitos recorrentes e regurgitação. Qual a principal suspeita e qual exame, a ser solicitado no momento da avaliação dessa paciente, possibilitaria o diagnóstico?

- A- Refluxo gastroesofágico e teste de esvaziamento gástrico.
- B- Megaesôfago chagásico e manometria esofágica de alta resolução.

- C- Acalasia idiopática e endoscopia digestiva alta.
- D- Acalasia de etiologia a esclarecer e estudo radiológico contrastado de esôfago e estômago.

5) (SURCE-CE) Paciente, 55 anos, há 5 anos com histórico de disfagia tanto para sólidos como para líquidos. No último ano, o quadro piorou com regurgitações frequentes, perda de peso e dois episódios de pneumonia. Realizou endoscopia cujo laudo foi: moderada dilatação esofágica, estase alimentar e alguma dificuldade em transpor o esfíncter esofágico inferior. Sobre a patologia em questão, sua abordagem diagnóstica e terapêutica, o que seria mais adequado como próxima conduta?

- A- A phmetria deve ser solicitada, uma vez que é o exame padrão ouro para a confirmação diagnóstica da patologia descrita.
- B- Megaesôfago é consequência da acalasia, e pode ser diagnosticado e classificado a partir do esofagograma com ingestão de b: portanto é um exame fundamental a ser solicitado.
- C- Solicitar nova endoscopia com biópsias múltiplas aleatórias, principalmente para afastar a possibilidade de neoplasia, uma vez que a incidência de câncer do esôfago, notadamente o adenocarcinoma, aumenta na situação em questão.
- D- A miotomia endoscópica peroral (Peroral Endoscopic Miotomy - POEM) tem surgido como nova opção terapêutica, menos mórbida que a cirurgia, principalmente com relação aos índices de refluxo gastroesofágico. Está indicado como a melhor opção terapêutica para o caso.

6) (USP-SP-2019) Paciente em pós-operatório tardio (10 anos) de gastroplastia em Y de Roux (bypass) para tratamento da obesidade mórbida apresenta ganho de peso importante no último ano. Realizou tomografia de abdome com contraste por via oral que evidencia estômago excluído repleto de contraste. Assinale a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta para o caso.

- A. Fístula gastro-gástrica e cirurgia para correção de fístula.
- B. Não há alterações na tomografia, devendo prosseguir na investigação do ganho de peso.

- C. O reganho de peso no pós-operatório tardio é comum, não devendo ser realizado qualquer tratamento cirúrgico.
- D. Dilatação da anastomose gastro-jejunal e endoscopia para esclerose com plasma de argônio.
- 7) Paciente submetido a by-pass gástrico em Y de Roux para tratamento de obesidade mórbida há 6 anos. Antes da cirurgia pesava 132kg. Após dois anos do procedimento, pesava 92kg e no momento está pesando 127kg. Qual é a conduta recomendada a ser indicada neste momento?
- A- Solicitar endoscopia digestiva alta e radiografia contrastada para avaliação anatômica.
- B- Indicar revisão da cirurgia para encurtamento da alça comum para 1 metro.
- C- Reavaliar paciente em 6 meses, já que ainda não se encontra no critério de reganho de peso.
- D- Iniciar tratamento clínico com antidepressivos.
- 8) (SES – PE – PE) No que se refere ao tratamento cirúrgico da obesidade com a gastrectomia vertical (Sleeve), assinale a alternativa CORRETA.
- A. A cirurgia inclui a ressecção do corpo e do antro com preservação do fundo gástrico.
- B. A redução do reservatório gástrico e a diminuição na produção de grelina são alguns dos mecanismos de ação dessa cirurgia.
- C. Fístula, sangramento da linha de grampeamento e hérnia de Peterson são complicações pós-operatórias.
- D. Esse procedimento cirúrgico está indicado, preferencialmente, em pacientes obesos com doença do refluxo gastroesofágico e nos superobesos.
- E. Essa intervenção apresenta efeitos restritivos e disabsortivos importantes.
- 9) Mulher de 37 anos com queixa de empachamento e vômitos pós-prandiais, realizou endoscopia digestiva alta que mostrou lesão subepitelial gástrica em grande curvatura de antro, de 7 cm, sugestiva de tumor estromal. Tomografia de tórax, abdome e pelve não apresentam outras lesões. Qual a conduta recomendada para o caso?
- A- Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- B- Gastrectomia subtotal sem linfadenectomia.
- C- Ressecção segmentar da lesão.
- D- Terapia neoadjuvante com quimioterapia.
- 10) (SURCE- CE) Mulher, 60 anos, realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que observou lesão submucosa de aproximadamente 2,0 cm ao nível do corpo gástrico na grande curvatura. Foi solicitado tomografia computadorizada de abdome que comprovou uma lesão nodular intramural de 2,5 cm ao nível da grande curvatura do corpo gástrico, sem nenhum achado adicional. Diante desse caso, qual a melhor conduta a ser adotada?
- A- Proceder com tratamento expectante, realizando EDA a cada 4 meses.
- B- Encaminhar paciente para terapia coadjuvante com mesilato de imatinib.
- C- Realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia a DII e gastroenteroanastomose.
- D- Realizar gastrectomia em cunha com biopsia de congelação no momento da ressecção.
- 11) (SES-PE) Sobre os GISTs (Gastrointestinal Stromal Tumors), assinale a alternativa INCORRETA.
- A- Predominam no estômago e, depois, no delgado.
- B- Metastizam, predominantemente, para o fígado e o peritônio.
- C- A mutação do fator de crescimento derivado das plaquetas é encontrada em mais da metade dos casos, e o estante possui mutação da tirosina quinase (c-KIT).
- D- Geralmente são resistentes a radio e quimioterapia convencionais.
- E- O imatinib tem indicações nos casos inoperáveis, metastáticos ou como adjuvante do tratamento cirúrgico, quando o tumor é c-KIT (CD 117) positivo e o risco de recorrência é significativo.
- 12) (UNICAMP-SP) Sobre os tumores estromais do estômago, pode-se afirmar que:

- A- São considerados originados das células intersticiais de Cajal.
 B- Apresentam positividade na imuno-histoquímica para a Desmina.
 C- Em ordem de frequência, ocorrem em segundo lugar, depois do esôfago.
 D- Os critérios prognósticos são: tamanho, número de mitoses e ki-67 negativo.
- 13) (ABC 2021) Paciente de 58 anos de idade, com dor epigástrica e plenitude pós-prandial há 1 ano, sem melhora com uso de omeprazol - 40 mg/dia. Nega perda de peso. Etilismo social. Exame físico geral e abdominal sem alterações. Solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) para investigação, com achado de lesão subepitelial de 4cm na grande curvatura do corpo médio, recoberta por mucosa íntegra e regular. Realizada punção ecoguiada, com diagnóstico de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST). Em relação ao caso, é correto afirmar que:
- A- Tamanho e índice mitótico não são fatores prognósticos importantes deste tipo de lesão.
 B- Está indicado tratamento cirúrgico, com ressecção em cunha da lesão encontrada.
 C- O tratamento consiste na ressecção do tumor com margem livre associado à linfadenectomia D2, seguido de uso de imatinibe.
 D- À ultrassonografia endoscópica, a lesão tipicamente é hipoeoica e homogênea, com origem na segunda camada da parede gástrica.
- 14) (UNIFESP – 2021) Mulher, 60 anos de idade, apresenta sintomas dispépticos discretos há 1 ano. Nega comorbidades. Endoscopia digestiva alta: sem alterações. Ultrassonografia de abdômen: dilatação do ducto pancreático principal. Ressonância de abdômen: dilatação de ducto de Wirsung de 7 mm no corpo e cabeça do pâncreas e outras dilatações de ductos secundários de até 2 cm de diâmetro na cabeça, sendo uma delas de paredes espessadas. Qual é o tipo de neoplasia mucinosa papilar intraductal e a conduta mais adequada?
- A- Tipo I; a duodenopancreatectomia está indicada.
 B- Tipo II; acompanhamento clínico em 3 meses.
 C- Tipo misto; pancreatectomia total indicada.
 D- Tipo misto; eco endoscopia com punção biópsia.
- 15) Paciente de 48 anos apresenta crises de pancreatite aguda de repetição. Ressonância nuclear magnética de abdome mostra lesão de 4 cm em região do corpo do pâncreas, sugestiva de tumor intraductal papilar mucinoso com acometimento de ducto pancreático principal. Qual a melhor conduta para o caso?
- A- Pancreatectomia corpo-caudal.
 B- Repetir ressonância nuclear magnética em 6 meses.
 C- Derivação pancreato-jejunal.
 D- Enucleação de tumor intraductal papilar mucinoso.
- 16) Mulher de 64 anos evolui com episódios recorrentes de dor epigástrica intensa associada a vômitos, necessitando medicação sintomática. Ao exame físico, apresenta dor epigástrica moderada. A dosagem de amilase sérica foi de 3150 U/L e da lipase 1480 U/L. A tomografia de abdome realizada 48 horas após a internação, evidenciou uma massa cística irregular de 4,5 cm no corpo do pâncreas associada à dilatação ductal e edema na cauda. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada?
- A- Tumor neuroendócrino pancreático - duodenopancreatectomia.
 B- Pseudocisto de pâncreas - CPRE com esfínterectomia.
 C- Cistoadenoma seroso pancreático - observação clínica.
 D- Neoplasia mucinosa intraductal - pancreatectomia corpo-caudal.
- 17) (SURCE – CE) Durante o ambulatório de cirurgia, você atende um senhor de 74 anos, com história de desconforto abdominal vago e perda ponderal de 10 % do seu peso em 4 semanas. Nesse período, realizou exames que identificaram uma lesão cística na cabeça do pâncreas compatível com neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) através de ressonância nuclear magnética de abdome. O paciente decidiu procurar serviço especializado para pedir opinião

quanto à realização da cirurgia de ressecção do tumor. Na neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas, deverá ser considerado a duodenopancreatectomia, EXCETO em que circunstância?

- A- Calibre do ducto principal for maior que 10 mm.
- B- Presença de componente sólido dentro da neoplasia.
- C- Mudança abrupta do calibre do ducto pancreático em sua porção distal.
- D- Presença de icterícia obstrutiva associada à lesão cística na cabeça do pâncreas.

18) (UNICAMP – SP) Mulher, 32a, assintomática, traz ultrassonografia abdominal solicitada por clínico geral com achado incidental de lesão cística no pâncreas. Assinale a alternativa correta:

- A- A neoplasia cística serosa predomina em pacientes jovens do sexo masculino.
- B- A neoplasia papilar intraductal mucinosa de ducto principal é mais comum na cabeça do pâncreas.
- C- A elevação da alfafetoproteína no conteúdo do cisto é característica da neoplasia cística serosa.
- D- A neoplasia cística mucinosa se apresenta mais comumente na cabeça do pâncreas.

19) (UNIFESP – SP) Homem, 73 anos de idade, com queixa de enterorragia há 30 dias, sem alteração do apetite ou perda de peso. Realizou colonoscopia que identificou lesão vegetante e ulcerada no reto, a 8 cm da borda anal. Assinale a alternativa correta.

- A- Na cirurgia de neoplasia de reto em homens a dissecação do mesorreto por via transanal é alternativa válida e pode ser utilizada.
- B- Para o estadiamento da neoplasia, deve-se realizar tomografia de abdome e torác, mas no estadiamento local, o exame de escolha é o ultrassom endoanal
- C- A conduta na neoplasia de reto no homem é a amputação abdomino-perineal do reto, pois a bacia óssea é mais estreita que a da mulher.
- D- O tratamento neoadjuvante não deve ser realizado pois posterga o tratamento cirúrgico,

além de determinar impotência sexual na maioria dos doentes.

E- Nas neoplasias de reto a 8 cm da borda anal não é necessária a dissecação do mesorreto, sendo importante nas neoplasias de reto baixo.

20) (SES-PE – PE) Em relação à linfadenectomia que deve ser feita nas ressecções do câncer colorretal, assinale a afirmativa CORRETA.

- A- Há um consenso (American Joint Committee of Cancer) AJCC de que o número mínimo de gânglios ressecados deve ser 6.
- B- Há um consenso (AJCC) de que o número mínimo de gânglios ressecados deve ser 12.
- C- Há um consenso (AJCC) de que o número mínimo de gânglios ressecados deve ser 18.
- D- Embora com melhores resultados estéticos, a linfadenectomia feita por via laparoscópica ou robótica resseca, de um modo geral, menos gânglios do que a cirurgia aberta.
- E- Nos tumores do reto médio, a linfadenectomia deve incluir os gânglios obturadores e hipogástricos.

21) Paciente de 58 anos, vem ao pronto atendimento com quadro de dor abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias. Ao exame físico apresenta distensão abdominal importante, sem peritonismo e ao toque retal encontra-se lesão endurecida tocável a 5 cm da borda anal. Realizada tomografia de abdome total que mostra distensão importante de cólon até altura de reto médio, onde se vê massa concêntrica na luz do órgão. Qual a melhor conduta?

- A- Colostomia em alça e encaminhamento para quimio e radioterapia e posterior programação de retossigmoidectomia.
- B- Retossigmoidectomia com anastomose colorretal com ligadura de veia mesentérica inferior em sua origem.
- C- Retossigmoidectomia com anastomose colorretal sem ligadura de veia mesentérica inferior em sua origem.
- D- Colostomia em alça e programação para ressecção transanal da lesão.

22) (USP-SP – SP) Homem de 48 anos com queixa de afilamento de fezes há 6 meses associado a sangramentos eventuais durante às evacuações. Realizou colonoscopia que demonstrou pólipó hiperplásico de 5 mm no ceco e lesão ulcerada em cólon sigmoide a 17 cm da borda anal, cuja biópsia revelou ser adenocarcinoma. Os exames realizados não demonstraram haver sinal de lesão à distância. Qual a conduta terapêutica recomendada nesse caso?

A- Colectomia total com anastomose primária.
 B- Quimio e radioterapia neoadjuvantes seguida de retossigmoidectomia com anastomose primária.
 C- Retossigmoidectomia com anastomose primária.
 D- Retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento de coto retal.

23) Paciente de 45 anos com queixa de sangramento eventual às evacuações há 3 anos, vem encaminhada de Unidade Básica de Saúde com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, identificada pela colonoscopia. O estadiamento evidenciou lesão T3N1 e descartou metástases à distância. Assinale a alternativa correta:

A- O tratamento cirúrgico é indicado nesse momento
 B- O tratamento cirúrgico deve ser realizado precedido de neoadjuvância
 C- O tratamento endoscópico é indicado, devendo ser precedido de ultrassonografia endoanal.
 D- O tratamento cirúrgico com ressecção transanal é indicado

24) (SURCE- CE) Homem de 58 anos apresenta hematoquezia há 3 meses. Ao exame proctológico, apresenta lesão vegetante, friável ao toque em parede anterior do reto com mobilidade parcial. Retosigmoidoscopia flexível mostra lesão vegetante a 5 cm da borda anal, estenosante (50% da luz). O histopatológico da biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Qual a conduta adequada para esse paciente?

A- O tratamento “padrão ouro” seria a quimiorradioterapia neoadjuvante + ressecção retal com excisão total do mesorreto.

B- A cirurgia que apresenta melhor chance de cura é a amputação abdomino-perineal do reto com linfadenectomia pélvica.
 C- Por apresentar neoplasia de reto médio, acessível ao toque, a excisão local transanal é uma excelente opção para esse paciente.
 D- Realizar uma colonoscopia para excluir tumores sincrônicos no cólon e definir de forma precisa a localização da neoplasia retal.

Gabarito

1- C
 2- B
 3- A
 4- D
 5- B
 6- A
 7- A
 8- B
 9- B
 10- D
 11- C
 12- A
 13- B
 14- D
 15- A
 16- D
 17- C
 18- B
 19- A
 20- B
 21- A
 22- C
 23- B
 24- A