

[ERRATA]

SUS SP – questões 81 a 100.

81. (Prova SUS SP 2017) Um homem de 45 anos sofreu queimadura de segundo grau abrangendo aproximadamente 30% da superfície corpórea. Suas necessidades calóricas basais estão aumentadas em cerca de 70%. Para atender a estas necessidades, é recomendado:

- [A] Administrar precocemente nutrição parenteral total.
- [B] Iniciar precocemente dieta enteral, por sonda em posição pós-pilórica.
- [C] Passar sonda nasogástrica, que deve ser aspirada intermitentemente até que a reanimação esteja completada, e só então iniciar dieta, por via oral.
- [D] Não deixar que se alimente por via oral, pelo elevado risco de aspiração.
- [E] Administrar bloqueador de receptor H2, associado a dieta enteral.

Grau de dificuldade: Moderado

Alternativa A: INCORRETA. A nutrição parenteral é utilizada em casos que a dieta oral ou enteral está proscrita ou impossibilitada de ser realizada. Mesmo em pacientes graves ou intubados a dieta enteral via sonda nasoenteral pode ser realizada.

Alternativa B: CORRETA. A nutrição enteral por sonda pode ser realizada mesmo em pacientes graves. Só devemos pausar a dieta caso o paciente evolua com distensão abdominal e vômitos, como em casos de íleo paralítico secundário a SIRS ou obstrução intestinal.

Alternativa C: INCORRETA. Em um primeiro momento, ainda no atendimento inicial do paciente, o grande queimado deve ser abordado como um doente

politraumatizado, segundo o ATLS. Por isso, a sonda nasogástrica deve ser passada na sala de trauma, a fim de evitar vômitos e broncoaspiração. Após o atendimento inicial e estabilidade do paciente não é necessário deixar a SNG em aspiração contínua.

Alternativa D: INCORRETA. Caso o paciente tenha nível de consciência suficiente, não há contra-indicação para a dieta oral

Alternativa E: CORRETA. A profilaxia de úlcera gástrica está indicada nas seguintes situações:

- Coagulopatia
- Ventilação mecânica por mais de 48 horas
- Grande queimado
- TCE grave ou trauma raquimedular
- História prévia de úlcera gástrica

82. (Prova SUS SP 2017) Vítima de queda de motocicleta, um paciente de 35 anos fez, entre outros estudos radiológicos, tomografia multislice da região cervical com reconstrução coronal e sagital.

O radiologista não detectou nenhuma lesão no exame. O paciente foi internado na unidade de terapia intensiva, por conta de lesão cerebral traumática grave. Responde a estímulos dolorosos movendo todas as extremidades. O colar cervical:

[A] Só poderá ser removido se nova tomografia, em 1 semana, não mostrar edema de medula.

[B] Deve ser mantido até que o paciente seja extubado.

[C] Pode ser retirado, se o doente fizer radiografias cervicais em flexão e em extensão que excluam lesões ligamentares.

[D] Pode ser removido; não é necessária mais investigação ou observação.

[E] Deve ser mantido até que o paciente acorde ou faça ressonância magnética.

Grau de dificuldade: Fácil.

Comentários: Sempre temos que lembrar do risco de lesão medular em pacientes politraumatizados, pois aproximadamente 5% dos pacientes com TCE apresentam TRM associado. A maioria dos traumas medulares acometem a região cervical (55%), enquanto a coluna torácica, lombar e lombosacral são acometidas em 15% das vezes, respectivamente.

A proteção da colunar cervical com imobilização é uma das prioridades no atendimento da vítima de trauma. Uma vez que a coluna esteja imobilizada e devidamente segura, a avaliação e o diagnóstico das lesões raquimedulares devem ser deixadas para um segundo momento e o médico deve focar em causas iminentes de morte como alterações respiratórias e hemodinâmicas.

Após a avaliação primária e estabilidade do doente, pode-se remover o colar cervical para avaliação. Em pacientes sem déficit neurológico focal, dor cervical, tanto a palpação quanto a mobilização, sem evidência de intoxicação exógena ou lesões distrativas, a exclusão de trauma vertebro-medular é segura.

Por outro lado, esse diagnóstico passa a ser um desafio em pacientes comatosos, confusos, intoxicados ou com lesões distrativas e exames de imagem passam a ser obrigatórios. A tomografia computadorizada de coluna cervical é o método padrão ouro para avaliação de trauma raquimedular. Caso não esteja disponível, a radiografia cervical lateral, antero-posterior e transoral (boca aberta) podem ser realizadas.

83. (Prova SUS SP 2017) Um senhor de 66 anos de idade foi assaltado e agredido com um taco de madeira. No atendimento inicial, a via aérea está pérvia e a ventilação diminuída na base do hemitórax esquerdo. Pulso: 138 bpm, pressão arterial: 70 X 30 mmHg. Tem escoriações no abdome, à esquerda, com muita dor à palpação local. O

FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), feito logo à chegada, mostrou apenas fina lâmina de líquido em espaço subfrênico esquerdo. A reanimação com 2 litros de solução cristalóide não melhorou a condição hemodinâmica de admissão. O paciente continua consciente, com Glasgow 15. A radiografia de tórax mostra fraturas das costelas inferiores (10º e 11º arcos costais), à esquerda, sem derrame pleural.

Além de receber sangue, este paciente deve:

- [A] Ser operado imediatamente.
- [B] Fazer angiografia, para possível embolização esplênica.
- [C] Fazer tomografia de corpo inteiro.
- [D] Fazer laparoscopia diagnóstica.
- [E] Receber droga vasoativa por cateter central.

Grau de dificuldade: Moderado.

Dica do Autor: Estamos frente a um paciente vítima de trauma que está taquicárdico e hipotenso. Até que se prove o contrário, o choque hemorrágico é o principal tipo de choque em um cenário de trauma! Sempre que estamos frente a um paciente politraumatizado que apresente hipotensão devemos procurar uma fonte de sangramento (tórax, abdome/pelve e fratura de ossos longos) e dentre as causas de choque hemorrágico, o abdome é a principal fonte de sangramento!

Alternativa A: CORRETA. Choque hemorrágico, instável, sem resposta a ressuscitação volêmica e com FAST positivo = laparotomia exploradora.

Alternativa B: INCORRETA. A arteriografia para embolização esplênica ou hepática é uma técnica factível quando temos certeza da fonte de sangramento e o paciente tem estabilidade hemodinâmica, mesmo que transitória, para o procedimento.

Alternativa C: INCORRETA. A estabilidade hemodinâmica é condição obrigatória para a realização de tomografia computadorizada.

Alternativa D: INCORRETA. A instabilidade hemodinâmica é uma contraindicação relativa para a realização da videolaparoscopia, visto que a confecção do pneumoperitônio irá piorar o padrão hemodinâmico do paciente.

Alternativa E: INCORRETA. Estamos frente a um choque hemorrágico, de provável etiologia abdominal. A prioridade nesse caso é controlar a fonte de sangramento!

84. (Prova SUS SP 2017) Uma menina de 17 anos apresenta tumoração de 4 cm em região lombar baixa, na linha média, na altura da transição entre o sacro e o cóccix, com ponto de supuração (drenagem eficiente). Tem intensa inflamação associada. Diz que vem tendo dor há 4 dias e que há 2 dias começou a sair pus.

Conduta neste momento:

- [A] Internação para antibioticoterapia intravenosa.
- [B] Ressecção cirúrgica completa.
- [C] Antibiótico por via oral, anti-inflamatório e seguimen- to ambulatorial.
- [D] Biópsia da borda da tumoração e conduta guiada pelo resultado.
- [E] Antibioticoterapia tópica e reavaliação em 1 semana.

Grau de dificuldade: Fácil.

Alternativa A: INCORRETA. A antibioticoterapia venosa é uma conduta de exceção e fica reservada para casos em que há repercussões sistêmicas, com disfunção orgânica após falha do tratamento clínico com antibiótico oral.

Alternativa B: INCORRETA. A ressecção cirúrgica completa da lesão, com curetagem do leito faz parte do tratamento eletivo do cisto pilonidal, uma vez que não esteja infectado.

Alternativa C: CORRETA. Temos uma ferida infectada, com saída de secreção purulenta e inflamação associada. O tratamento preconizado nesses casos consiste na

drenagem eficiente do ponto de flutuação, antibiótico oral e analgésicos/anti-inflamatórios.

Alternativa D: INCORRETA. O diagnóstico do cisto pilonidal se faz clinicamente e, em alguns casos, com o auxílio de exames de imagem.

Alternativa E: INCORRETA. Devemos tratar a infecção do cisto pilonidal da mesma forma que tratamos abscessos, com drenagem local, analgesia e antibiótico oral.

85. (Prova SUS SP 2017) Um senhor de 45 anos de idade refere diarreia há 3 meses. Diz que tem cerca de 4 a 5 evacuações diárias, com fezes líquidas. Emagreceu 2 kg no período. Nega náuseas, vômitos, febre ou viagens recentes. Nega sangramento intestinal. É hipertenso, usando enalapril há 4 anos. Tem também diabetes, que trata com metformina, há 4 meses. Traz consigo resultado de colonoscopia recente, que é normal.

Hipótese diagnóstica mais provável:

- [A] Doença celíaca.
- [B] Intolerância a lactose.
- [C] Insuficiência pancreática exócrina.
- [D] Colite infecciosa.
- [E] Efeito colateral de medicamentos.

Grau de dificuldade: Difícil

Alternativa A e B: A doença celíaca e a intolerância a lactose são doenças que se apresentam na adolescência ou início da idade adulta (Alternativas A e B incorretas).

Alternativa C: INCORRETA. A insuficiência pancreática exócrina costuma ser secundária a uma causa base, geralmente de etiologia alcóolica e o paciente apresenta esteatorréia (fezes espumosas/oleosas, com odor fétido e acinzentadas/claras).

Alternativa D: INCORRETA. A colite infecciosa é um quadro mais agudo, geralmente associada a sintomas sistêmicos como febre, prostração e dor abdominal. Além disso, a diarréia costuma ser acompanhada de sangue e muco.

Alternativa E: CORRETA. A diarréia como efeito colateral de medicações é um diagnóstico frequente na prática médica. Até 25% dos pacientes que fazem uso de metformina apresentam efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, gastroparesia, diarréia). O diagnóstico é feito com a melhora dos sintomas após a suspensão da medicação e tratamento consiste na troca da droga por outra classe de medicamento.

86. (Prova SUS SP 2017) Um homem de 39 anos de idade, tabagista e hipertenso, é operado por abdome agudo perfurativo. No intraoperatório, é achada úlcera perfurada em antro gástrico, com 2 cm de diâmetro, e peritonite purulenta difusa.

Melhor conduta:

- [A] Sutura da úlcera e epiplonplastia.
- [B] Antrectomia com vagotomia seletiva.
- [C] Gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux.
- [D] Gastrectomia subtotal e reconstrução à BII.
- [E] Antrectomia com vagotomia troncular.

Grau de dificuldade: Fácil.

Resolução: A sutura primária da úlcera gástrica é a melhor conduta neste caso, a rafia de omento sobre a lesão também pode ser realizada (epiplonplastia ou patch de

omento). As ressecções (gastrectomia subtotal ou antrectomia) também são opções factíveis, mas são cirurgias de maior porte, com maior morbimortalidade. Além disso, temos que lembrar que estamos frente a um quadro de peritonite purulenta difusa e, nessas situações, temos que evitar grandes ressecções e anastomoses. (Alternativa A correta). A via pode ser aberta ou laparoscópica a depender da disponibilidade técnica de material e experiência do cirurgião. Outro ponto essencial é a biópsia dos bordos da lesão, temos que suspeitar de neoplasia perfurada em todo caso de úlcera gástrica!

A vagotomia troncular ou seletiva foi, já foi o padrão ouro no manejo das úlceras gastroduodenais perfuradas. O nervo vago é o grande responsável pelo controle da secreção gástrica e, portanto, sua secção reduz secreção ácida. Vale lembrar que quando realizada, a inervação pilórica também é afetada e o esvaziamento gástrico fica prejudicado. A piloroplastia a Heineke-Mikulicz geralmente é o procedimento de escolha associado a piloroplastia para facilitar o esvaziamento gástrico.

87. (Prova SUS SP 2017) Um paciente de 39 anos de idade é internado por distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 6 dias. Nega episódios anteriores parecidos. Nega febre.

Nega emagrecimento. Refere náuseas e vômitos biliosos. É hipertenso e já foi submetido a cirurgia abdominal, na sequência de queda de moto, com necessidade de esplenectomia. A radiografia simples de abdome mostra níveis hidroaéreos e sinal de empilhamento de moedas. A ampola retal e o cólon estão murchos.

Abordagem inicial:

[A] Passagem de sonda retal.

[B] Lavagem intestinal com clister.

[C] Colonoscopia.

[D] Passagem de sonda gástrica e hidratação intravenosa. [E] Laparotomia exploradora.

Grau de dificuldade: Fácil.

Resolução: Estamos frente a um quadro de abdome agudo obstrutivo em um paciente que já foi submetido a cirurgia. Nesses casos, nossa principal hipótese diagnóstica é brida! A conduta inicial nesses casos é sempre expectante, com jejum por via oral, passagem de SNG, soro de manutenção, hidratação venosa a critérios médico e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. A cirurgia nesses casos pode ser indicada se houver falha do tratamento clínico após 36-72 horas.

88. (Prova SUS SP 2017) Um senhor de 63 anos de idade, ex-tabagista e etilista, tem queixa de perda ponderal e disfagia progressiva. É feito o diagnóstico de adenocarcinoma de transição esofagogástrica. Está emagrecido, tem gânglio palpável, endurecido e fixo, em fossa supraclavicular esquerda e o toque retal mostra prateleira de Blumer.

Abordagem mais indicada:

[A] Gastrectomia total com quimioterapia adjuvante; se margem comprometida, radioterapia adjuvante também.

[B] Biópsia do gânglio palpável e quimioterapia paliativa.

[C] Biópsia de fundo de saco e radioterapia.

[D] Gastrectomia total com quimioterapia adjuvante.

[E] Gastrectomia total após quimioterapia neoadjuvante.

Grau de dificuldade: Difícil.

Comentários: O tratamento cirúrgico do câncer de esôfago e estômago está contra- indicado em casos de doença metastática pois sabemos que não há ganho de sobrevida nesses doentes. No caso em questão, o autor nos dá o diagnóstico clínico de doença disseminada por meio de dois achados no exame físico: (i) linfonodo supraclavicular esquerdo (linfonodo de Virchow) e prateleiras de Blumer (metástase peritoneal palpável pelo toque retal, em fundo de saco).

Alternativa A: INCORRETA. A gastrectomia total está contra-indicada pela presença de lesões metastáticas.

Alternativa B: CORRETA. A biópsia do linfonodo supra-clavicular é menos invasiva e, uma vez confirmado o diagnóstico de lesão metastática, a quimioterapia paliativa é a opção de tratamento. Caso esse paciente evolua com disfagia grave, impossibilitando-o de aceitar dieta por via oral, podemos passar uma sonda nasoenteral, uma prótese esofágica ou realizar uma gastrostomia.

Alternativa C: INCORRETA. A biópsia de fundo de saco é mais invasiva e pode trazer mais complicações do que a biópsia do linfonodo supraclavicular. Além disso, a opção radioterapia pode ser utilizada em associação da quimioterapia paliativa, mas não exclusivamente.

Alternativa D: INCORRETA. A gastrectomia total com quimioterapia adjuvante é a opção de tratamento para tumores avançados, ressecáveis e sem lesões a distância.

Alternativa E: INCORRETA. A quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia é uma conduta aceita em casos selecionados de câncer gástrico, especialmente em tumores maiores (T3, T4 e/ou com doença linfonodal associada/ N+). Entretanto, no caso em

questão temos uma paciente com doença metastática (estadio IV) e, portanto, o tratamento paliativo está indicado.

89. (Prova SUS SP 2017) Um paciente de 49 anos de idade apresenta tumor de reto acessível ao toque. A biópsia confirma a hipótese de adenocarcinoma. O estadiamento sugere tratar-se de provável T3N X M0. O paciente já apresenta sintomas claros de suboclusão intestinal.

Melhor conduta neste momento:

- [A] Ileostomia em alça, seguida de quimioterapia neoadjuvante.
- [B] Colostomia em alça, seguida de quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes.
- [C] Proctocolectomia com anastomose coloanal.
- [D] Cirurgia de Hartmann.
- [E] Radioterapia e quimioterapia, apenas.

Grau de dificuldade: Fácil.

Comentários: Todo paciente com neoplasia de reto deve ser estadiado com tomografia computadorizada de abdome, ressonância magnética de pelve, colonoscopia e CEA. Diferentemente do adenocarcinoma de cólon, existe a opção de neoadjuvância em lesões de reto. A quimio e radioterapia (QRT) neoadjuvante reduz a taxa de recidiva local e aumenta a chance de preservação esfíncteriana. A QRT neoadjuvantes está indicada para todo paciente com tumores grandes (T3 e T4) e/ou com doença linfonodal (N+). Após 8 semanas do término da neoadjuvância, os pacientes devem ser reestadiados com nova colonoscopia (ou retoscopia), TC de abdome e RM de pelve. A retosigmoidectomia com excisão total do mesorreto (ETM) é a cirurgia de escolha após reestadiamento.

Alternativa A: INCORRETA. Apesar de pouco usual, a ileostomia em alça é uma opção de derivação do trânsito em pacientes subocluídos e que serão submetidos a QRT neoadjuvantes. O autor não indicou radioterapia nesse caso.

Alternativa B: CORRETA. A colostomia em alça (sigmoide ou transverso) é a principal forma de derivação do trânsito intestinal, antes do início da QRT neoadjuvante em pacientes com sintomas subocluídos.

Alternativa C: INCORRETA. A cirurgia indicada nesses casos é a retosigmoidectomia com excisão total do mesorreto, após QRT neoadjuvante para pacientes com lesões T3, T4 e/ou N+.

Alternativa D: INCORRETA. A cirurgia de Hartmann é a opção em pacientes subocluídos, em caráter de urgência, somente para pacientes que não se beneficiariam de neoadjuvância (tumores de sigmoide ou tumores de reto pequenos ou sem doença linfonodal: T1, T2, N-).

Alternativa E: INCORRETA. A QRT neoadjuvante está claramente indicada nesse caso. Entretanto, o autor nos informa que o paciente apresenta sinais claros de obstrução e sabemos que a cirurgia deve ser realizada após 8 semanas do início do tratamento. Temos que paliar os sintomas obstrutivos desse paciente, visto que existe o risco real de obstrução completa durante o tratamento neoadjuvante: a derivação de trânsito pode ser cirúrgica (colostomia) ou em alguns casos, via prótese retal.

90. (Prova SUS SP 2017) Uma senhora de 92 anos de idade, acamada e dependente para as atividades básicas de vida, está internada por neoplasia de cabeça de pâncreas que invade a artéria mesentérica superior. Tem múltiplas metástases pulmonares. Está

ictérica (bilirrubina total: 12,2 mg/dL), discretamente dispneica e afebril. Não se queixa de prurido.

Conduta mais apropriada:

- [A] Derivação biliodigestiva cirúrgica.
- [B] Quimioterapia e drenagem transparieto-hepática.
- [C] Radioterapia pulmonar e colestiramina.
- [D] Colestiramina e prótese biliar endoscópica.
- [E] Cuidados paliativos clínicos.

Grau de dificuldade: Moderado.

Comentários: Questão bastante direta: paciente idosa, oligosintomática com câncer de prognóstico muito ruim, irresecável e metastático. Não devemos brigar com a questão, devemos oferecer conforto a essa paciente. Resposta correta: E- cuidados paliativos exclusivos.

Mas vamos aproveitar a questão para discutir sobre o tema: o tratamento cirúrgico com intenção curativa nos casos de tumores periampulares está contraindicado caso existe invasão vascular e/ou metástases a distância. Em casos irresecáveis ou estágio IV com obstrução da via biliar temos 3 opções de derivação paliativa. Infelizmente, a sobrevida de pacientes com icterícia obstrutiva secundária a tumores periampulares é de 3 meses e, por este motivo, a palição com conforto deve ser prioridade!

Prótese biliar (plástica ou metálica) passada por endoscopia: é a primeira opção na maioria dos serviços no mundo, pois é menos invasiva. Entretanto, existe o risco de migração da prótese e necessidade de revisões frequentes da mesma, além do risco de colangite, pancreatite e sangramento. A prótese metálica apresenta melhores resultados sobre a prótese plástica em pacientes paliativos, com menor necessidade de

revisão (prótese plástica é mais barata, apresenta maiores taxas de obstrução e tem durabilidade menor: 2-5 meses vs 8-12 meses.

Drenagem transparieto-hepática: possui resultados muito semelhantes as da prótese biliar, com boa drenagem da via biliar, queda da bilirrubina e melhora do prurido. Entretanto, pode trazer mais desconforto ao paciente devido a presença do dreno na pele, com o risco de tração e deslocamento no dreno. Assim como a prótese, existe a necessidade de revisões, colangite e sangramento.

O DTPH fica reservado para casos em que a prótese por CPRE não pode ser passada, como em lesões altas da via biliar (confluência dos ductos hepáticos), obstrução duodenal por invasão tumoral ou pós by-pass gástrico em Y-roux.