



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ENARE - 2026

ENARE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 1

Você recebe, em seu hospital, um paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, que é encaminhado por médico assistente de uma clínica da família, após queixas inespecíficas de desconforto abdominal e sensação de massa no flanco esquerdo. Ao exame físico, apresenta abaulamento em flanco esquerdo, indolor, profundo e mal delimitado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia massa retroperitoneal de grandes dimensões, heterogênea, com áreas de necrose central, deslocando estruturas adjacentes, sem sinais claros de invasão de órgãos. Não há metástases à distância identificadas. Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- A. biópsia percutânea guiada por TC para diagnóstico histológico e posterior quimioterapia.
- B. ressecção cirúrgica ampla com margens negativas, sem biópsia prévia.
- C. início de radioterapia externa com controle radiológico seriado
- D. quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- E. ressecção cirúrgica limitada ao tumor visível, poupando estruturas adjacentes

Recurso:

Paciente com massa retroperitoneal heterogênea e áreas de necrose sugere sarcoma de partes moles. A confirmação histológica pré-operatória é essencial para orientar o tratamento cirúrgico e multidisciplinar.

Fundamentação técnica:

- O diagnóstico por *biópsia percutânea guiada por TC* permite subclassificar o sarcoma e planejar margens cirúrgicas, evitando ressecções inadequadas. Fonte: Clinical Practice Guidelines for soft tissue and visceral sarcomas.
- Ressecções sem confirmação histológica prévia podem resultar em tratamentos desnecessários ou insuficientes, elevando risco de recidiva local. Fonte: Clinical Practice Guidelines for soft tissue and visceral sarcomas.
- Diretrizes internacionais recomendam obtenção de amostra tumoral antes de qualquer intervenção extensa, assegurando abordagem oncológica adequada. Fonte: Clinical Practice Guidelines for soft tissue and visceral sarcomas.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Conclusão: Diante do exposto, não há um gabarito correto. A letra A está incorreta pois a quimioterapia não é a melhor conduta frente a um sarcoma ressecável. Já a letra pula uma etapa fundamental que é a biópsia antes do tratamento definitivo.

Referências:

- ESMO — Clinical Practice Guidelines for soft tissue and visceral sarcomas



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 50

Paciente submetida à colecistectomia videolaparoscópica difícil, com opção por deixar dreno cavitário tubular; no primeiro dia de pós-operatório, notou-se saída de cerca de 300 mL de bile. No terceiro dia de pós-operatório, foi realizada colangiorressonância que revelou lesão de vias biliares extra-hepáticas tipo E5 de Strasberg, e moderada quantidade de líquido no espaço de Morrison, contemplada pelo dreno. O leucograma é de 14.000 leucocitos, com discreto desvio à esquerda. Bilirrubina direta pouco aumentada. A melhor conduta a ser adotada nesse momento, além de antibioticoterapia, é

- A. manejo conservador da fístula e reconstrução biliar eletiva.
- B. colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com prótese biliar..
- C. anastomose término-terminal do ducto hepático com colocação de dreno de Kehr.
- D. hepaticojejuno anastomose com implante separado dos ductos hepáticos.
- E. cirurgia de Hepp-Couinaud com implante dos ductos hepáticos em conjunto.

Recurso:

A questão nos apresenta um paciente em 3o pós operatório de colecistectomia com diagnóstico de lesão biliar Strasberg E5

No enunciado, não temos informações sobre complexidade do serviço no qual o paciente se encontra ou sobre disponibilidade de cirurgião experiente em cirurgia hepatobileopancreática.

No mais, as correções das lesões de via biliar podem ser realizadas precocemente (até 2 semanas da data da lesão) ou tardiamente (após 6 semanas da data da lesão); as correções realizadas neste período intermediário entre 2 e 6 semanas da data da lesão estão associadas a maiores índices de complicações e mortalidade e comparação com as correções precoces ou tardias. Na data de hoje, não há consenso sobre qual o melhor timing de correção, porém há vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Para a correção precoce, a principal vantagem seria a redução da morbidade geral da lesão, por evitar longa exposição do fígado à colestase e lesão hepatocelular secundária. Já a grande vantagem da correção tardia seria a dilatação da via biliar até o ponto de parada do



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

fluxo biliar, facilitando a técnica cirúrgica e reduzindo a chance de estenose de anastomose bileodigestiva.

Em suma, temos duas premissas básicas para a solicitação deste recurso:

- 1) A possibilidade respaldada em literatura de corrigir a lesão biliar de modo precoce ou de modo tardio;
- 2) A insuficiência de informações sobre a falta de recursos humanos e tecnológicos no centro de cuidado no qual o paciente se encontra.

Sob esta ótica, solicito gentilmente à banca que considere como corretas:

- Alternativa A: Correção eletiva da lesão e manejo conservador da fístula (tipicamente após 6 semanas da data da lesão)
- Alternativa D: Hepaticojejunostomia com implante independente do ducto direito aberrante lesionado e do restante da árvore biliar de modo precoce (antes de 2 semanas da data da lesão).

Fontes

- 1, Manivasagam SS, Chandra J N, Khera D, Aradhya PS, Hiremath AM. Optimal Timing of Surgical Repair After Bile Duct Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2024 Feb 3;16(2):e53507. doi: 10.7759/cureus.53507. PMID: 38440011; PMCID: PMC10911473.
2. de'Angelis, N., Catena, F., Memeo, R. et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World J Emerg Surg* **16**, 30 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00369-w>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 67

Sobre a pancreatite aguda induzida por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), é correto afirmar que

- A. pode ocorrer a despeito da técnica utilizada ou da indicação.
- B. é uma complicação rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos.
- C. é uma complicação cuja prevenção primária é possível.
- D. é mais comum nas situações com finalidade diagnóstica do que quando é feita com intuito terapêutico
- E. é mais comum em pacientes masculinos e idosos.

Recurso:

A pancreatite aguda pós CPRE é a complicação mais frequente deste procedimento, com incidência relatada ao redor de 10% ao longo da literatura. Alguns fatores de risco são reconhecidos para esta complicação, dentre eles:

- Dificuldade de canalização da árvore biliar
- Manipulação excessiva
- Múltiplas injeções de contraste
- Papilotomia
- Dilatação com balão
- Sexo feminino
- Idade <55 anos

A prevenção primária da pancreatite pós CPRE tem sido realizada com o uso de AINEs via retal, com redução importante desta complicação, além da hidratação venosa, seleção adequada de pacientes, implante de prótese pancreática para casos de alto risco.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Todavia, mesmo com todas as medidas realizadas de modo adequado, no caso mais favorável e sem fatores de risco, a pancreatite pós CPRE ainda é uma complicação possível, sendo sua incidência diferente de 0%, uma vez que a fisiopatologia da pancreatite aguda após CPRE está pautada em:

- I) Lesão mecânica ou térmica da papila duodenal com edema e obstrução da drenagem pancreática;
- II) Injúria relacionada à injeção de contraste no ducto pancreático principal, com ativação de enzimas proteolíticas.

Reitero que a manipulação da papila duodenal e a injeção de contraste são etapas fundamentais da CPRE, sem as quais o exame não é realizado de forma adequada. Ou seja, qualquer paciente submetido à CPRE, mesmo sem os fatores de risco listados acima, podem potencialmente desenvolver pancreatite aguda após o procedimento.

Sob esta ótica, solicito gentilmente à banca que considere como corretas as alternativas:

- A: pode ocorrer a despeito da técnica utilizada ou da indicação. Mesmo em casos selecionados com técnica adequada, a ocorrência de pancreatite aguda pós CPRE é possível.
- C: É uma complicação cuja prevenção primária é possível. O uso de AINEs via retal, hidratação vigorosa e stent pancreático em casos selecionados sustentam esta alternativa.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Fontes:

1. Parekh PJ, Majithia R, Sikka SK, Baron TH. The "Scope" of Post-ERCP Pancreatitis. Mayo Clin Proc. 2017 Mar;92(3):434-448. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.028. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28160947.
2. Freeman ML, Guda NM. Prevention of post-ERCP pancreatitis: a comprehensive review. Gastrointest Endosc. 2004 Jun;59(7):845-64. doi: 10.1016/s0016-5107(04)00353-0. PMID: 15173799.
3. Nakai Y, Isayama H, Sasahira N, Kogure H, Sasaki T, Yamamoto N, Saito K, Umeforme G, Akiyama D, Kawahata S, Matsukawa M, Saito T, Hamada T, Takahara N, Mizuno S, Miyabayashi K, Mohri D, Hirano K, Tada M, Koike K. Risk factors for post-ERCP pancreatitis in wire-guided cannulation for therapeutic biliary ERCP. Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):119-26. doi: 10.1016/j.gie.2014.06.005. Epub 2014 Nov 5. PMID: 25442080.
4. Lee TH, Park DH. Endoscopic prevention of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis. World J Gastroenterol. 2014 Nov 28;20(44):16582-95. doi: 10.3748/wjg.v20.i44.16582. PMID: 25469026; PMCID: PMC4248201.

