



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNICAMP 2026

UNICAMP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 25

PARA INÍCIO DOS PROCEDIMENTOS DE DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (ME), SÃO NECESSÁRIO PRÉ-REQUISITOS, DENTRO OS QUAIS:

- A. Presença de lesão encefálica irreversível e capaz de causar ME, cuja causa e etiologia sejam conhecidas.
- B. Presença de encefalopatias metabólicas (por exemplo: urêmica) não impede a abertura dos procedimentos para determinação de ME.
- C. Tratamento e internação sob observação em hospital pelo período mínimo de 24 horas.
- D. Temperatura corporal $>35^{\circ}\text{C}$, saturação arterial de oxigênio $>94\%$ e PAM maior ou igual a 65mmHg.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliação de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Para iniciar os procedimentos de determinação de *morte encefálica*, é imprescindível confirmar uma *lesão encefálica irreversível*, de causa conhecida e capaz de causar *morte encefálica*, critério não atendido pelo gabarito oficial. Fonte: Nota Técnica CFM nº 5, 2017.

- **Requisito de causa conhecida e irreversível:** A identificação precisa da origem da lesão é condição prévia para a segurança dos testes de confirmação diagnóstica. Fonte: Nota Técnica CFM nº 5, 2017.
- **Parâmetros hemodinâmicos completos:** O suporte circulatório deve garantir pressão arterial média ≥ 65 mmHg ou pressão arterial sistólica ≥ 100 mmHg, não apenas PAM ≥ 65 mmHg como consta no gabarito oficial. Fonte: Resolução CFM nº 1.480, 1997.

Conclusão: Diante do exposto, solicitamos a **ampliação do gabarito para (A)**.

Referências:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNICAMP - 2026

- Conselho Federal de Medicina — Nota Técnica CFM nº 5, 2017
- Conselho Federal de Medicina — Resolução CFM nº 1.480, 1997



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNICAMP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 58

Menina, 5a, apresenta infecção urinária de repetição. Realizou ultrassonografia que mostrou ureterohidronefrose acentuada bilateral e uretrocistografia miccional (imagem Q58). A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A LEI QUE REGE A ALTERAÇÃO ANATÔMICA SÃO, RESPECTIVAMENTE:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNICAMP - 2026



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNICAMP - 2026



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

- A. Refluxo vesicoureteral bilateral; Lei de Paquin.
- B. Hidronefrose obstrutiva D; Lei de Goodsall-Salmon.
- C. Duplicidade pielocalinal completa; Lei de Weigert-Meyer.
- D. Bexiga neurogênica, Lei de Hoover.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para a alternativa **A**.

Síntese técnica do problema: Menina de 5 anos com infecção urinária de repetição apresenta ureterohidronefrose acentuada bilateral comprovada por ultrassonografia e refluxo vesicoureteral bilateral evidenciado na uretrocistografia miccional.

Fundamentação técnica:

- **Refluxo vesicoureteral (RVU):** fluxo retrógrado de urina da bexiga para pelve renal, responsável pela hidronefrose bilateral observada, e principal causa de infecções urinárias de repetição em crianças.
- **Lei de Paquin:** define a relação anatômica e o mecanismo do RVU, descrevendo a distância e o trajeto do ureter intramural que favorecem o refluxo quando alterados.
- Outras alternativas não se aplicam: duplicidade pielocalinal completa (Lei de Weigert-Meyer) apresenta inserções ureterais distintas e não causa refluxo bilateral isolado; bexiga neurogênica (Lei de Hoover) envolveria disfunção vesical e padrões urodinâmicos diferentes.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para a alternativa **A**.



@medway.residenciamedica



Medway



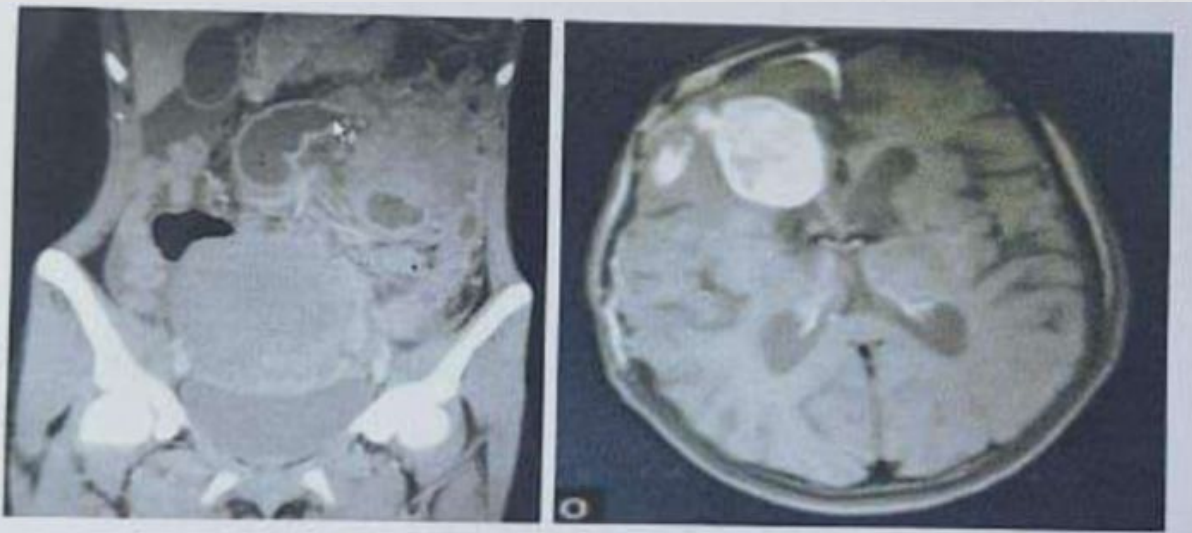
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 63

Mulher, 35a, tem antecedente de colectomia por pólipos intestinais. No seguimento apresentou queixas de dor e distensão abdominal, além de episódios de cefaleia intensa, tendo realizado os seguintes exames (imagem Q63). É POSSÍVEL AFIRMAR QUE A PACIENTE É PORTADORA DA SÍNDROME DE:



- A. Gardner.
- B. Turcot.
- C. Peutz-Jeghers.
- D. Muir-Torre.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliação do gabarito para Gardner.

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente portadora de polipose adenomatosa familiar já submetida a colectomia. A questão apresenta duas imagens de tomografia, sendo que na tomográfica abdominal pode-se considerar a possibilidade de *tumor desmoide* em região



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

de hipogastro, combinação típica da síndrome de Gardner. Fonte: NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Cancer, 2023.

Embora a segunda imagem demonstre uma massa intracraniana (sugestiva de neoplasia de SNC) e, diante do contexto de uma paciente portadora de PAF, esteja associada a síndrome de Turcot, a inclusão de uma imagem abdominal compatível com tumor desmóide, amplia as síndromes possíveis para a questão.

Fundamentação técnica:

- Na **síndrome de Gardner** ocorre associação de *tumores desmóides* e polipose adenomatosa. “Gardner syndrome is defined by the presence of desmoid tumors in patients with familial adenomatous polyposis.” Fonte: NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Cancer, 2023.
- Os *tumores desmóides* são manifestações extracolônicas exclusivas de Gardner, não descritas em Turcot ou Muir-Torre. Fonte: Sociedade Brasileira de Coloproctologia — Diretrizes para o manejo de polipose adenomatosa familiar, 2021.
- A dor e distensão abdominal decorrem do efeito de massa dos desmóides, reforçando variante Gardner. Fonte: NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Cancer, 2023.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos ampliação do gabarito para incluir a alternativa **A (Gardner)**.

Referências:

- National Comprehensive Cancer Network — NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Cancer, 2023
- Sociedade Brasileira de Coloproctologia — Diretrizes para o manejo de polipose adenomatosa familiar, 2021



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 75

Homem, 45a, apresentou quadro de dor abdominal e perda ponderal. Realizou ressonância magnética nuclear de abdome que demonstrou fígado com dimensões aumentadas, contornos rombos, aumento dos segmentos laterais esquerdos, apresentando formações expansivas hipovascularizadas e heterogêneas confluentes nos segmentos V, envolvendo a vesícula biliar com 3,5cm, e outra nos segmentos V e VIII medindo 5,1cm, além de linfonomegalias nas cadeias portocaval e no hilo hepático, de aspecto secundário. A ALTERNATIVA MAIS ADEQUADA PARA O CENÁRIO APRESENTADO É:

- A. Com base nos achados, é necessária realização de biópsia da lesão para confirmação do diagnóstico de carcinoma hepatocelular múltiplo, metastático, fora dos critérios de Milão para transplante hepático, sendo indicado tratamento quimioterápico exclusivo.
- B. O aspecto é indeterminado, porém a principal hipótese é um colangiocarcinoma intra-hepático metastático. Deve ser realizada biópsia para confirmação diagnóstica e encaminhamento para quimioterapia, já que não há benefício de tratamento cirúrgico nesse caso.
- C. Paciente jovem, com lesão hepática volumosa, cujo principal diagnóstico é o carcinoma hepatocelular variante fibrolamelar. Nesse caso, é possível ressecção cirúrgica através de hepatectomia direita com linfadenectomia ampla.
- D. O provável diagnóstico é colangiocarcinoma intra-hepático T2N1, havendo benefício na realização de hepatectomia direita e linfadenectomia.

Recurso:

À BANCA ORGANIZADORA - UNICAMP

A questão de número 75 apresenta um paciente com lesão em Segmento 5 de 3,5cm em contato com a vesícula biliar e outra lesão, sem continuidade anatômica com a primeira, em segmento 5 e segmento 8 de 5,1cm.

No enunciado, onde lê-se “ressonância magnética nuclear de abdome que demonstrou fígado com dimensões aumentadas, contornos rombos, aumento dos segmentos laterais esquerdos, apresentando formações expansivas hipovascularizadas e heterogêneas confluentes nos segmentos V, envolvendo a vesícula biliar com 3,5cm, e **outra** nos segmentos V e VIII medindo 5,1cm,” fica implícito a descontinuidade entre as duas lesões; nesta situação, teríamos um caso de metástase intra hepática.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

Considerando esta informação, a alternativa **B** seria a mais adequada, na qual realizamos biópsia da lesão e, confirmando o diagnóstico de colangiocarcinoma, encaminhamos o paciente para tratamento paliativo.

Reitero ainda que, mesmo considerando a possibilidade de colangiocarcinoma intrahepático multifocal, a própria presença de doença multifocal e a presença de linfonodos positivos pioram o prognóstico da lesão, e a ressecção cirúrgica deve ser restrita a casos selecionados. Doença hepática multifocal com acometimento nodal caracteriza doença sistêmica, sem indicação de tratamento cirúrgico isolado, recomendando-se biópsia para confirmação histológica e quimioterapia sistêmica. Fonte: Liver Imaging Reporting and Data System (LI-RADS), 2018.

Por fim, a realização de linfadenectomia para colangiocarcinoma intra hepático não tem nível de evidência suficiente para ser indicada de rotina, conforme sugere a alternativa D.

Considerando o acima exposto, solicito alteração do gabarito para alternativa **B** em detrimento da alternativa **D**

Referências:

1. Endo I, Gonen M, Yopp AC, Dalal KM, Zhou Q, Klimstra D, D'Angelica M, DeMatteo RP, Fong Y, Schwartz L, Kemeny N, O'Reilly E, Abou-Alfa GK, Shimada H, Blumgart LH, Jarnagin WR. Intrahepatic cholangiocarcinoma: rising frequency, improved survival, and determinants of outcome after resection. Ann Surg. 2008 Jul;248(1):84-96. doi: 10.1097/SLA.0b013e318176c4d3. PMID: 18580211.
2. de Jong MC, Nathan H, Sotiropoulos GC, Paul A, Alexandrescu S, Marques H, Pulitano C, Barroso E, Clary BM, Aldrighetti L, Ferrone CR, Zhu AX, Bauer TW, Walters DM, Gambin TC, Nguyen KT, Turley R, Popescu I, Hubert C, Meyer S, Schulick RD, Choti MA, Gijbels JF, Mentha G, Pawlik TM. Intrahepatic cholangiocarcinoma: an international multi-institutional analysis of prognostic factors and lymph node assessment. J Clin Oncol. 2011 Aug 10;29(23):3140-5. doi: 10.1200/JCO.2011.35.6519. Epub 2011 Jul 5. PMID: 21730269.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNICAMP - 2026

3. Farges O, Fuks D, Le Treut YP, Azoulay D, Laurent A, Bachellier P, Nuzzo G, Belghiti J, Pruvot FR, Regimbeau JM. AJCC 7th edition of TNM staging accurately discriminates outcomes of patients with resectable intrahepatic cholangiocarcinoma: By the AFC-IHCC-2009 study group. Cancer. 2011 May 15;117(10):2170-7. doi: 10.1002/cncr.25712. Epub 2010 Nov 29. PMID: 21523730.
4. Carpizo DR, D'Angelica M. Management and extent of resection for intrahepatic cholangiocarcinoma. Surg Oncol Clin N Am. 2009 Apr;18(2):289-305, viii-ix. doi: 10.1016/j.soc.2008.12.010. PMID: 19306813.
5. Sposito C, Ratti F, Cucchetti A, Ardito F, Ruzzenente A, Di Sandro S, Maspero M, Ercolani G, Di Benedetto F, Guglielmi A, Giuliente F, Aldrighetti L, Mazzaferro V. Survival benefit of adequate lymphadenectomy in patients undergoing liver resection for clinically node-negative intrahepatic cholangiocarcinoma. J Hepatol. 2023 Feb;78(2):356-363. doi: 10.1016/j.jhep.2022.10.021. Epub 2022 Oct 31. PMID: 36328332.
6. Singal AG, Llovet JM, Yarchoan M, Mehta N, Heimbach JK, Dawson LA, Jou JH, Kulik LM, Agopian VG, Marrero JA, Mendiratta-Lala M, Brown DB, Rilling WS, Goyal L, Wei AC, Taddei TH. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology. 2023 Dec 1;78(6):1922-1965. doi: 10.1097/HEP.0000000000000466. Epub 2023 May 22. Erratum in: Hepatology. 2023 Dec 1;78(6):E105. doi: 10.1097/HEP.0000000000000621. PMID: 37199193; PMCID: PMC10663390.



@medway.residenciamedica



Medway