



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES - 2026

SES - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 3

No que se refere à pancreatite aguda, é correto afirmar que:

- A. a TC deve ser realizada sempre nas primeiras 12 horas.
- B. a principal causa no Brasil é o álcool.
- C. critérios de Ranson só são aplicados na admissão
- D. a reposição volêmica agressiva inicial reduz complicações.

Recurso:

À Banca examinadora,

No Uptodate vemos o seguinte (https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatite&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H226)

Embora as diretrizes anteriores recomendassem hidratação agressiva inicialmente (250 a 500 mL/hora de fluidos durante as primeiras 24 a 48 horas [5 a 10 mL/kg/hora]), evidências de ensaios randomizados sugerem que um volume menor é mais seguro em pacientes com pancreatite aguda leve [7,19-21]. Em um ensaio, 249 pacientes foram randomizados para ressuscitação volêmica agressiva (bolus de solução de [Ringer lactato](#) de 20 mL/kg seguido de 3 mL/kg/hora) versus ressuscitação moderada (1,5 mL/kg/hora com um bolus de 10 mL/kg apenas em pacientes com hipovolemia) [19]. A ressuscitação guiada por metas foi ajustada em 12, 24, 48 e 72 horas com base no estado volêmico. Embora não tenha havido diferença na incidência de pancreatite moderadamente grave ou grave (22% versus 17%; RR ajustado [RRA] 1,30, IC 95% 0,78-2,18) ou na duração da hospitalização entre os dois grupos, o ensaio foi encerrado precocemente devido a taxas mais elevadas de sobrecarga hídrica no grupo de ressuscitação agressiva (20% versus 6%; RRA 2,85; IC 95% 1,36-5,94).





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Além disso, no artigo International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society, <https://doi.org/10.1016/j.pan.2025.04.020>

IV. Fluid therapy

10. Recommendation: Lactated Ringer's solution should be used for fluid therapy in patients with acute pancreatitis. (Strong recommendation; moderate quality evidence)

11. Recommendation: A moderate fluid infusion rate of 1.5 ml/kg/h is recommended. A fluid bolus is recommended if the patient has hypovolemia or hypotension at presentation. Additional fluids may be given depending on hematocrit and clinical signs of hypovolemia. (Strong recommendation; moderate quality evidence)

12. Good Practice Statement: Both clinical signs and laboratory parameters should be considered when assessing fluid status. A mean arterial pressure between 65 and 85 mm Hg (8.7–11.3 kPa), a urine output ≥ 0.5 ml/kg/h, a blood urea nitrogen (BUN) < 20 mg/dL (or blood urea < 40 mg/dL), and a hematocrit $< 44\%$ are reasonable targets which may reflect adequate fluid status. Invasive monitoring should be reserved for patients in an intensive care unit setting.

Fluid therapy in acute illnesses must be adapted to the patient's needs and can be summarized in four phases [106,107]: i) Rescue: in case of shock, fluid resuscitation should be based on fluid bolus therapy; ii) Optimization: when the shock has improved, but the patient is still at risk of circulatory dysfunction, any additional fluid therapy should be given cautiously, and titrated to optimize cardiac function to improve tissue perfusion, iii) Stabilization: when the patient is in a steady state so that fluid therapy is now only used for ongoing maintenance and iv) De-escalation: when the patient has fluid overload and a negative balance needs to be promoted.

Por isso, solicito, respeitosamente, anulação da questão



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 7

A principal indicação de cirurgia na doença diverticular aguda é

- A. presença de quadro febril prolongado.
- B. abscesso pericólico > 4 cm.
- C. dor persistente por menos de 24 horas.
- D. sangramento diverticular autolimitado.

Recurso:

À banca examinadora;

Na doença diverticular aguda complicada, a presença de **abscesso pericólico** é um divisor de águas no manejo. As diretrizes atuais (WSES <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>) estabelecem que **abscessos $\geq 3-4$ cm** não devem ser tratados apenas com antibióticos. A conduta indicada é **intervenção**, preferencialmente **drenagem percutânea guiada por imagem**, sempre que tecnicamente possível.

No Uptodate, vemos o seguinte, com destaque próprio:

Abscesso grande (≥ 4 cm) — O benefício da drenagem percutânea é maior para abscessos maiores. À medida que o tamanho do abscesso aumenta de ≤ 3 cm para 3 a 10 cm e 3 a 18 cm, a taxa de sucesso da terapia apenas com antibióticos diminui de 100% para 82% e 66%, respectivamente [37]. Por outro lado, 80% dos abscessos diverticulares >4 cm se resolvem após drenagem percutânea [27]. Para maximizar a taxa de sucesso do tratamento não cirúrgico, sugerimos a drenagem percutânea de abscessos diverticulares ≥ 4 cm, sempre que possível, em adição à antibioticoterapia.

A drenagem guiada por TC é realizada para abscessos passíveis de drenagem percutânea. A abordagem pela parede abdominal anterior é preferida para a maioria dos abscessos, en-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

quanto abscessos profundos na pelve ou obscurecidos por outros órgãos são drenados por via transglútea. Abordagens transretais ou transvaginais para drenagem de abscessos também foram descritas, mas são raramente utilizadas [43,44]. Uma vez inserido o cateter de drenagem, ele permanece no local até que o débito seja mínimo, um processo que pode ser demorado [45].

Após a drenagem percutânea de um abscesso diverticular, os pacientes geralmente apresentam melhora da febre em 24 a 48 horas. **A intervenção cirúrgica deve ser considerada para pacientes que não apresentarem melhora em 48 horas ou cuja doença não seja passível de drenagem percutânea.**

Na 21ª edição do Sabiston, temos:

Abscess. Signs and symptoms will depend on the size and location of the abscess, with diagnosis usually provided on imaging. Smaller abscesses can often be treated successfully with antibiotics alone. Larger abscesses will require drainage. Following recovery, elective surgery is generally recommended; however, some of these patients, especially those with smaller abscesses that were treated without drainage, can probably be managed nonoperatively. Patients with abscesses not amenable to percutaneous drainage and unresponsive to treatment require urgent surgery.

Frente ao exposto, solicito, respeitosamente, a anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 71

Qual é o tratamento de escolha para uma paciente de 45 anos que apresenta dor em hipocôndrio direito, febre, leucocitose e sinal de Murphy positivo, cuja USG mostra vesícula com paredes espessadas e cálculos?

- A. Colecistectomia eletiva em seis semanas
- B. Colecistectomia laparoscópica imediata (na admissão)
- C. Tratamento com dissolução oral dos cálculos
- D. Punção percutânea e drenagem imediata

Recurso:

À banca examinadora;

A **colecistectomia laparoscópica** representa o padrão-ouro atual para o tratamento da colecistite aguda. A cirurgia deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas, conforme os Guidelines de Tokyo (DOI: 10.1002/jhbp.516). Contudo, o guideline - reproduzido parcialmente abaixo - afirma não haver vantagens na abordagem dentro das primeiras 24 horas em relação à abordagem dentro de 72 horas





RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SES - 2026

A comparison of early surgery performed within 24 h of symptom onset and early surgery performed within 72 h shows that the outcomes from the former group were not superior to those in the latter group [57]. Even if there are benefits to early surgery, this does not mean that urgent surgery after hours should be performed. Ideally, surgery should be performed by surgeons experienced in laparoscopy or at facilities with a long history of laparoscopic procedures [58].

Compared with delayed cholecystectomy, early cholecystectomy performed within 72 h if possible and even within 1 week may reduce costs, as the overall hospital stays are shorter and there is less chance the patient will require additional treatments or emergency surgery due to symptoms suddenly recurring during the waiting period.

Além disso, não foram dadas informações necessárias para estratificar o paciente dentro dos Graus de Gravidade do Guideline (<https://doi.org/10.1002/jhbp.515>), o que tem implicação no tempo de abordagem cirúrgica do paciente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Caso o paciente se enquadre como um Tokyo III, o guideline preconiza:

Grade III AC is accompanied by organ dysfunction. Appropriate organ support such as ventilatory/circulatory management (noninvasive/invasive positive pressure ventilation and use of vasopressors, etc) in addition to initial medical treatment is necessary. Early or urgent cholecystectomy can be possible under intensive care, when the judgment of cholecystectomy is made using predictive factor, FOSF, CCI and ASA-PS. The predictive factors in Grade III are jaundice (TBil ≥ 2), neurological dysfunction, and respiratory dysfunction. As early operation is best in those patients who have rapidly reversible failure of cardiovascular and/or renal failure, we advocate FOSF. FOSF means cardiovascular or renal organ system failure which is rapidly reversible after admission and before early Lap-C in AC. Because Grade III patients have one or more organ dysfunction, CCI 6 is too high score and not cutoff value of high risk for cholecystectomy. CCI 4 or greater and ASA-PS 3 or greater are eligible high risk factor for cholecystectomy in Grade III. If not, urgent or early gallbladder drainage should be performed. Elective cholecystectomy may be performed after the improvement of acute illness has been achieved by gallbladder drainage. Lap-C in Grade III of AC should be performed by expert surgeon who often completed additional training beyond their basic general surgical education under intensive care. If not, transfer to advanced center should be considered.

Como não existem informações suficientes para estratificar o paciente, o tempo - bem como a intervenção adequada - nada se pode afirmar sobre qual a melhor conduta para este paciente.

De forma respeitosa, solicito anulação da questão



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 78

Para um paciente de 40 anos de idade com dor epigástrica intensa em cólica, níveis de amilase e lipase quatro vezes o normal e história de alcoolismo crônico, qual é a previsão de manejo inicial?

- A. Internação, jejum, hidratação endovenosa vigorosa, analgésicos e monitorização para complicações.
- B. Alta com analgesia oral e dieta sólida
- C. Colectomia eletiva
- D. Antibióticos de largo espectro profiláticos

Recurso:

À Banca examinadora;

No Uptodate vemos o seguinte (https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatite&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H226)

Embora as diretrizes anteriores recomendassem hidratação agressiva inicialmente (250 a 500 mL/hora de fluidos durante as primeiras 24 a 48 horas [5 a 10 mL/kg/hora]), evidências de ensaios randomizados sugerem que um volume menor é mais seguro em pacientes com pancreatite aguda leve [7,19-21]. Em um ensaio, 249 pacientes foram randomizados para ressuscitação volêmica agressiva (bolus de solução de [Ringer lactato](#) de 20 mL/kg seguido de 3 mL/kg/hora) versus ressuscitação moderada (1,5 mL/kg/hora com um bolus de 10 mL/kg apenas em pacientes com hipovolemia) [19]. A ressuscitação guiada por metas foi ajustada em 12, 24, 48 e 72 horas com base no estado volêmico. Embora não tenha havido diferença na incidência de pancreatite moderadamente grave ou grave (22% versus 17%; RR ajustado [RRA] 1,30, IC 95% 0,78-2,18) ou na duração da hospitalização entre os dois grupos, o ensaio foi encerrado precocemente devido a taxas mais elevadas de sobrecarga hídrica no grupo de ressuscitação agressiva (20% versus 6%; RRA 2,85; IC 95% 1,36-5,94).





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Além disso, no artigo International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society, <https://doi.org/10.1016/j.pan.2025.04.020>

IV. Fluid therapy

10. Recommendation: Lactated Ringer's solution should be used for fluid therapy in patients with acute pancreatitis. (Strong recommendation; moderate quality evidence)

11. Recommendation: A moderate fluid infusion rate of 1.5 ml/kg/h is recommended. A fluid bolus is recommended if the patient has hypovolemia or hypotension at presentation. Additional fluids may be given depending on hematocrit and clinical signs of hypovolemia. (Strong recommendation; moderate quality evidence)

12. Good Practice Statement: Both clinical signs and laboratory parameters should be considered when assessing fluid status. A mean arterial pressure between 65 and 85 mm Hg (8.7–11.3 kPa), a urine output ≥ 0.5 ml/kg/h, a blood urea nitrogen (BUN) < 20 mg/dL (or blood urea < 40 mg/dL), and a hematocrit $< 44\%$ are reasonable targets which may reflect adequate fluid status. Invasive monitoring should be reserved for patients in an intensive care unit setting.

Fluid therapy in acute illnesses must be adapted to the patient's needs and can be summarized in four phases [106,107]: i) Rescue: in case of shock, fluid resuscitation should be based on fluid bolus therapy; ii) Optimization: when the shock has improved, but the patient is still at risk of circulatory dysfunction, any additional fluid therapy should be given cautiously, and titrated to optimize cardiac function to improve tissue perfusion, iii) Stabilization: when the patient is in a steady state so that fluid therapy is now only used for ongoing maintenance and iv) De-escalation: when the patient has fluid overload and a negative balance needs to be promoted.

Por isso, solicito, respeitosamente, anulação da questão



@medway.residenciamedica



Medway