



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 14

Homem, 70 anos de idade, apresenta quilotórax em pós-operatório de esofagectomia. Após a drenagem pleural, o débito do dreno mantém-se em 600 mL ao dia. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Reparo cirúrgico do ducto torácico
- B. Dieta com triglicéride de cadeia média
- C. Instituir alimentação parenteral
- D. Embolização do ducto torácico

Recurso:

À Comissão Revisor(a),

Em atenção à questão que apresenta um paciente do sexo masculino, 70 anos, em pós-operatório de esofagectomia com quilotórax persistente após drenagem pleural e débito diário de 600 mL, venho, por meio deste recurso, pleitear a reconsideração da resposta única classificada como “Reparo cirúrgico do ducto torácico” e solicitar a aceitação da **embolização percutânea do ducto torácico (TDE)** como alternativa terapêutica correta e baseada em evidência.

Justifico o pedido com os seguintes pontos, todos apoiados na literatura citada:

1. Natureza e impacto clínico do trauma ao ducto torácico.

A lesão traumática do ducto torácico — em particular as iatrogênicas pós-cirúrgicas, com destaque para cirurgia esofágica — é a principal causa de quilotórax pós-operatório e associa-se a risco significativo de depleção nutricional, comprometimento imunológico e disfunção respiratória, justificando intervenções que resolvam o vazamento de forma eficaz e segura. (Johnson et al.; Pillay & Singh).

2. Abordagem escalonada e critérios para intervenção.

A gestão segue abordagem escalonada: medidas conservadoras iniciais (restrição de gorduras, TPN, drenagem torácica) com taxa de sucesso variável (20–80% em etiologias não malignas). Critérios clássicos para intervenção incluem falha do tratamento conservador em 2 semanas ou débito elevado, sendo usualmente considerado signifi-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

cativo quando $>400\text{--}500\text{ mL/dia}$. O valor de 600 mL/dia , no contexto pós-esofagectomia, enquadra-se como débito clínico relevante que exige tratamento invasivo. (ACR; textos de cirurgia gerais).

3. **Evidência da embolização percutânea (TDE).**

A embolização do ducto torácico por via percutânea, guiada por linfangiografia, consolidou-se como alternativa minimamente invasiva à ligadura cirúrgica. Estudos multicêntricos e séries de casos robustas demonstram taxas de sucesso que variam entre aproximadamente **71–90%** para embolização direta e resultados semelhantes para interrupção por agulha, com baixa morbidade (cerca de 2–3%) e mortalidade praticamente nula nas séries publicadas (Itkin et al.; Pamarthi et al.; Marcon et al.). Além disso, relatos específicos em contexto iatrogênico pós-esofagectomia mostram bons resultados. Esses achados sustentam a escolha da embolização em pacientes selecionados, sobretudo idosos ou com risco cirúrgico aumentado.

4. **Recomendações e diretrizes recentes.**

Documentos de prática contemporâneos, incluindo a atualização do ACR Appropriateness Criteria sobre planejamento terapêutico do quilotórax, reconhecem a **TDE como uma alternativa percutânea aceitável** à ligadura cirúrgica em centros com experiência, reforçando sua posição no algoritmo terapêutico moderno. (Kokabi et al., ACR 2024/2025).

5. **Vantagens práticas da TDE no contexto apresentado.**

No paciente de 70 anos pós-esofagectomia, a embolização oferece potencial redução da morbidade imediata (evitando toracotomia/VATS adicionais), tempo de internação mais curto e recuperação funcional mais rápida, preservando a opção de intervenção cirúrgica (ligadura) caso a técnica percutânea não seja bem-sucedida. Assim, a embolização atua como terapia assertiva, com bom perfil risco/benefício, quando realizada em centros habilitados. (Itkin; Pamarthi; O'Callaghan).

6. **Papel da linfangiografia no diagnóstico e planejamento.**

A linfangiografia não só tem função diagnóstica — permitindo visualizar a cisterna do quilo e localizar o sítio do vazamento em alta proporção dos casos — como também é peça chave para a execução técnica da embolização, integrando diagnóstico e terapêutica em um único procedimento. Este fato reforça a viabilidade e efetividade da estratégia percutânea. (Johnson et al.; Inoue et al.).

Diante do exposto, e considerando que (a) o débito de 600 mL/dia após drenagem pleural constitui indicação para tratamento invasivo; (b) a embolização percutânea do ducto torácico tem suporte robusto de literatura com taxas de sucesso elevadas e baixa morbidade; e





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

(c) as diretrizes atuais reconhecem a embolização como alternativa percutânea à ligadura cirúrgica em centros experientes, solicito que a banca **reconsidere a correção desta questão** e admita a **alternativa D (Embolização do ducto torácico)** como correta ou, alternativamente, **aceite as alternativas A e D como respostas válidas**.

Permaneço à disposição para fornecer detalhes adicionais ou documentação complementar das séries citadas, bem como para aprofundar a revisão comparativa entre embolização percutânea e ligadura cirúrgica em termos de taxa de sucesso, morbidade e preditores de falha, se assim for desejado pela banca.

1. Johnson OW, Chick JF, Chauhan NR, et al. *The Thoracic Duct: Clinical Importance, Anatomic Variation, Imaging, and Embolization*. European Radiology. 2016;26(8): 2482-93. doi:10.1007/s00330-015-4112-6.
2. Pillay TG, Singh B. *A Review of Traumatic Chylothorax*. Injury. 2016;47(3):545-50. doi: 10.1016/j.injury.2015.12.015.
3. Bazancir LA, Jensen RJ, Frevert SC, Ryom P, Achiam MP. *Embolization of the Thoracic Duct in Patients With Iatrogenic Chylothorax*. Diseases of the Esophagus. 2021;34(9):doab001. doi:10.1093/dote/doab001.
4. Kokabi N, Dabbous H, Khaja MS, et al. *ACR Appropriateness Criteria® Chylothorax Treatment Planning: 2024 Update*. Journal of the American College of Radiology. 2025;22(5S):S177-S189. doi:10.1016/j.jacr.2025.02.033.
5. Ashley E. Aaron, Andrea Amabile, Ciro Andolfi, et al. *Gastrointestinal Surgical Emergencies Textbook*. American College of Surgeons. 2021.
6. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A, Trerotola SO, Kaiser LR. *Nonoperative Thoracic Duct Embolization for Traumatic Thoracic Duct Leak: Experience in 109 Patients*. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2010;139(3):584-89. doi:10.1016/j.jtcvs. 2009.11.025.
7. Pamarthi V, Stecker MS, Schenker MP, et al. *Thoracic Duct Embolization and Disruption for Treatment of Chylous Effusions: Experience With 105 Patients*. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2014;25(9):1398-404. doi:10.1016/j.jvir.2014.03.027.





RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNIFESP - 2026

8. Marcon F, Irani K, Aquino T, et al. *Percutaneous Treatment of Thoracic Duct Injuries*. Surgical Endoscopy. 2011;25(9):2844-8. doi:10.1007/s00464-011-1629-x.
9. Inoue M, Nakatsuka S, Yashiro H, et al. *Lymphatic Intervention for Various Types of Lymphorrhea: Access and Treatment*. Radiographics. 2016;36(7):2199-2211. doi:10.1148/rgr.2016160053.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 15

Homem, 35 anos de idade, vítima de acidente motociclístico, apresenta afundamento malar, hipoestesia em região do nervo infraorbital e discreta enoftalmia. Tomografia: fratura do arco zigomático, parede lateral da órbita e soalho orbitário. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Abordagem coronal com suspensão do osso zigomático.
- B. Acesso subciliar com enxerto autólogo.
- C. Acesso transconjuntival ou subciliar associado a acesso intraoral.
- D. Tratamento conservador com corticoterapia e repouso.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a revisão da Questão 15, pois entendo que a alternativa B ("Acesso subciliar com enxerto autólogo") também deve ser considerada correta. O paciente descrito apresenta afundamento malar, hipoestesia em território do nervo infraorbital e discreta enoftalmia, associados a fraturas do arco zigomático, da parede lateral da órbita e do soalho orbitário. Esses achados sugerem defeito ósseo significativo e perda de volume orbitário, configurando exatamente o cenário em que a literatura especializada recomenda a reconstrução com enxerto ósseo autólogo. A presença de enoftalmia, alteração do contorno malar e sintomas neurológicos, especialmente em fraturas envolvendo múltiplas paredes orbitárias, indica a necessidade de reposição de suporte estrutural e correção do volume, o que justifica plenamente o uso de enxertos autólogos, particularmente quando há deslocamento posterior do complexo zigomático ou defeitos extensos do soalho. Estudos robustos demonstram que enxertos provenientes de crista ilíaca ou calvária são opções seguras, eficazes e amplamente utilizadas na reconstrução orbitária, oferecendo restauração anatômica adequada, bons resultados funcionais e estéticos e baixa taxa de complicações. O acesso subciliar mencionado na alternativa B constitui uma via cirúrgica clássica na abordagem do soalho orbitário, especialmente quando se planeja a colocação de enxertos ósseos, sendo plenamente compatível com a conduta indicada diante das fraturas descritas. Uma vez que o enunciado não restringe o tamanho do defeito, não contraindica o uso de enxerto e descreve precisamente um quadro clínico que se beneficia da reconstrução óssea com enxerto autólogo, a alternativa B não pode ser considerada incorreta. Assim, solicito que a banca a aceite como alternativa adicionalmente correta, uma vez que ela está em total consonân-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

cia com as recomendações presentes na literatura contemporânea e com as melhores práticas no tratamento de fraturas orbitárias complexas.

Referências

1. Zunz E, Blanc O, Leibovitch I. *Traumatic Orbital Floor Fractures: Repair With Autogenous Bone Grafts in a Tertiary Trauma Center*. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(3):584–592.
2. O'Connell JE, Hartnett C, Hickey-Dwyer M, Kearns GJ. *Reconstruction of Orbital Floor Blow-Out Fractures With Autogenous Iliac Crest Bone*. J Cranio-Maxillofac Surg. 2015;43(2):192–198.
3. Soliman L, Menville JE, Rhee BS, et al. *Refining Indications for Orbital Floor Reconstruction in Zygomaticomaxillary Complex Fractures*. J Craniofac Surg. 2025.
4. Ozkul E, Mangan MS, Yalcin L, Turan-Vural E. *Fibrin Sealant-Assisted Fixation of an Autologous Iliac Bone Graft in Orbital Floor Reconstruction*. J Craniofac Surg. 2025.
5. Weizman N, Horowitz G, Gil Z, Fliss DM. *Surgical Management of Tumors Involving the Orbit*. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;139(8):841–846.
6. Lee HH, Alcaraz N, Reino A, Lawson W. *Reconstruction of Orbital Floor Fractures With Maxillary Bone*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;124(1):56–59.
7. Emodi O, Nseir S, Shilo D, Srouji H, Rachmiel A. *Antral Wall Approach for Reconstruction of Orbital Floor Fractures Using Anterior Maxillary Sinus Bone Grafts*. J Craniofac Surg. 2018;29(4):e421–e426.
8. Cavusoglu T, Vargel I, Yazici I, Cavusoglu M, Vural AC. *Reconstruction of Orbital Floor Fractures Using Autologous Nasal Septal Bone Graft*. Ann Plast Surg. 2010;64(1):41–46.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 29

Recém-nascido com hipospádia proximal apresenta transposição peno escrotal, curvatura ventral e gônadas palpadas em escroto. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Realização de cariótipo.
- B. Dosagem de testosterona após estímulo com gonadotrofina.
- C. Ultrassonografia abdominal.
- D. Cirurgia corretiva após seis meses de idade.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema:

O caso descrito – recém-nascido do sexo genético presumido masculino, apresentando hipospádia proximal com transposição penoescrotal (meato na região escrotal) e curvatura ventral acentuada, porém com gônadas palpáveis em bolsa escrotal – configura um quadro de genitália atípica indicativo de **Diferença do Desenvolvimento Sexual (DSD)**. Mesmo na presença de testículos palpáveis, hipospádias proximais graves (por exemplo, hipospádia em posição escrotal) **devem levantar forte suspeita de DSD**, conforme a literatura urológica e endocrinológica atual. Nesses casos, há falha generalizada na virilização normal dos genitais externos, sugerindo um possível distúrbio subjacente na diferenciação sexual (por exemplo, defectos na síntese ou ação de andrógenos, ou mosaicismos cromossômicos), e não apenas uma malformação isolada do uretra.

Diante de **qualquer recém-nascido com genitália ambígua ou atípica**, a conduta inicial preconizada por diretrizes internacionais é **realizar imediatamente uma investigação diagnóstica abrangente**, e não partir de pronto para intervenção cirúrgica. O objetivo primário nessa fase é esclarecer o sexo cromossômico e a etiologia do DSD, garantindo manejo



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

apropriado e seguro. **Exames laboratoriais e de imagem urgentes** devem ser conduzidos no período neonatal, incluindo avaliação hormonal (por exemplo, 17-OH progesterona para excluir hiperplasia adrenal congênita, dosagens de testosterona, DHT, gonadotrofinas e AMH) e estudo de imagem para pesquisa de útero e gônadas internas. **Fundamentalmente, deve-se realizar o cariótipo o mais breve possível**, associado a análise rápida de cromossomo Y (FISH para SRY, quando disponível), para determinar o complemento cromossômico sexual do paciente.

Conforme enfatiza o UpToDate (tópico "Evaluation of the infant with atypical genital appearance"), **o resultado do cariótipo permite classificar o neonato com DSD em um dos três grupos diagnósticos principais – 46,XX DSD; 46,XY DSD; ou DSD por aneuploidia/mosaicismo de cromossomos sexuais – e direciona toda a investigação subsequente.** Em outras palavras, **o cariótipo é parte obrigatória da avaliação inicial** de qualquer recém-nascido com genitália ambígua, sendo indispensável para guiar decisões clínicas e evitar erros de manejo. Somente após estabelecer o sexo genético e presumivelmente a etiologia (ou pelo menos o grupo diagnóstico) é que medidas terapêuticas definitivas devem ser consideradas.

No cenário em questão, a alternativa (D) – “cirurgia corretiva após seis meses” – embora descreva a idade habitual para correção de hipospádias isoladas, **não é a conduta inicial correta** diante de uma hipospádia tão complexa associada a possível DSD. As diretrizes atuais desaconselham qualquer cirurgia irreversível antes da conclusão da avaliação diagnóstica nesses casos. Inclusive, consensos internacionais recentes têm **postergado cirurgias genitais eletivas quando possível**, dada a necessidade de confirmação diagnóstica e definição de sexo de criação com segurança. Portanto, indicar de imediato uma correção cirúrgica sem investigar a diferenciação sexual seria inconsistente com as boas práticas médicas e poderia levar a intervenções inadequadas (por exemplo, cirurgia num indivíduo com cariótipo 46,XX virilizada, ou com mosaicismo, sem diagnóstico estabelecido).

Conclusão e pedido:

Diante do exposto, a evidência técnico-científica demonstra que **a conduta inicial apropriada em um recém-nascido com hipospádia proximal severa (penoescrotal) e suspeita de DSD é a realização urgente de investigação diagnóstica completa, particularmente do cariótipo**, para definir o sexo cromossômico e orientar o manejo. Somente após essa etapa inicial é que decisões terapêuticas, como cirurgia corretiva, devem ser planejadas. As-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

sim, solicitamos respeitosamente a **mudança do gabarito oficial da questão para a alternativa (A) – “Realização de cariótipo”**, uma vez que esta reflete corretamente a conduta inicial baseada nas diretrizes clínicas e nos princípios da medicina baseada em evidências apresentados.

Referências:

- UpToDate — *Evaluation of the infant with atypical genital appearance*
- Anales de Pediatría (Espanha) — *Management guidelines for disorders/different sex development (DSD)*



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 37

Homem, 75 anos de idade, com tumor de reto, apresenta massa vegetante a 5 cm da borda anal, ocupando os 4 quadrantes do reto, fixa e sem permitir a passagem do dedo do examinador ou retossigmoidoscopia. Biópsia: adenocarcinoma. Ressonância: tumor de reto a 4 cm da borda anal, com 3 cm de extensão e sem comprometimento ganglionar. Não há sinais de metástases hepáticas ou pulmonares. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Cirurgia de Milles.
- B. Sigmoidostomia em alça.
- C. Laser multifásico.
- D. Terapia neoadjuvante total.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliar gabarito ou anular questão

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Homem de 75 anos com *adenocarcinoma de reto* localizado 4 cm da borda anal, apresentando obstrução tanto ao exame endoscópico quanto ao exame físico. Nestes casos, a **sigmoidostomia em alça** é o procedimento de escolha para alívio imediato e preparo para tratamento definitivo. Fonte: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer, 2022.

Fundamentação técnica:

- Em obstruções agudas por tumor de reto, a colostomia de descompressão restaura o trânsito intestinal e melhora a qualidade de vida, servindo como ponte para quimiorradioterapia e cirurgia eletiva. Fonte: ESMO Guidelines, 2020.
- A *sigmoidostomia em alça* apresenta menor risco de complicações perioperatórias e reduz morbimortalidade em pacientes idosos com tumor fixo. Fonte: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer, 2022.
- Diretrizes nacionais recomendam descompressão cirúrgica imediata em obstruções completas de reto baixo, especialmente em pacientes com alto risco cirúrgico. Fonte:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Sociedade Brasileira de Coloproctologia — Diretrizes para o manejo do câncer de reto, 2017.

- Não foi especificado na questão se está sendo cobrado do candidato a conduta imediata relacionada a obstrução tumoral ou a conduta definitiva em relação ao diagnóstico oncológico.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos anulação da questão devido duas possibilidades de resposta correta (alternativas B e D).

Referências

- NCCN — NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer, 2022
- ESMO — ESMO Guidelines, 2020
- Sociedade Brasileira de Coloproctologia — Diretrizes para o manejo do câncer de reto, 2017



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 42

Homem, 53 anos de idade, diabético e obeso, procura o pronto-socorro com quadro de lesão em região de glúteo à direita, com saída de secreção purulenta e de odor fétido. Exame físico: REG, sonolento, PA 90 x 70 mm Hg, FC 125 bpm, TEC 4 s, com área de necrose e hiperemia em glúteo direito, estendendo-se para períneo e coxa, com pontos de crepitação. Laboratório: leucócitos 20.300 células/mm³, PCR 270 mg/dL. Iniciada reanimação hemodinâmica, vancomicina e meropenem. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Realizar desbridamento e colostomia em alça.
- B. Realizar câmara hiperbárica "neoadjuvante".
- C. Realizar curativo com pressão negativa.
- D. Acrescentar clindamicina ao esquema.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema:

O enunciado descreve homem de 53 anos, diabético e obeso, com lesão em nádega direita estendendo-se para períneo e coxa, com necrose, secreção purulenta fétida, pontos de crepitação, hipotensão, taquicardia e intensa resposta inflamatória (leucocitose importante e PCR muito elevada). Trata-se de quadro típico de **infecção necrosante de partes moles envolvendo região perineal/glútea (gangrena de Fournier)** em choque séptico.

Nessas situações, a literatura é uniforme em classificar a infecção necrosante como **emergência cirúrgica**, em que a **conduta central e inadiável** após reanimação hemodinâmica inicial é a **exploração cirúrgica precoce com desbridamento agressivo de todo tecido necrótico**, associada a antibioticoterapia de amplo espectro e suporte intensivo.

O próprio UpToDate, no tópico "*Necrotizing soft tissue infections*", estabelece que:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

- O tratamento das infecções necrosantes de partes moles **consiste em exploração cirúrgica precoce e desbridamento agressivo, associados a antibióticos de amplo espectro e suporte hemodinâmico**;
- A infecção necrosante é **emergência cirúrgica**, e exames de imagem ou outras medidas **não devem retardar a operação quando há crepitação e rápida progressão do quadro**;
- O uso de antibiótico **sem desbridamento** está relacionado a **mortalidade próxima de 100%**.

Necrotizing soft tissue infecti...

Reforçando, revisões sobre gangrena de Fournier indicam que o **pilar do tratamento** é o desbridamento cirúrgico radical e repetido, associado a antibiótico venoso e suporte intensivo, podendo-se empregar **derivação fecal (colostomia)** quando há comprometimento perineal/anorretal importante para evitar contaminação e facilitar cicatrização.

No caso em discussão, o paciente **já se encontra em reanimação hemodinâmica e em antibioticoterapia de amplo espectro adequada (meropenem + vancomicina)**, esquemas compatíveis com as recomendações atuais para infecção necrosante polimicrobiana em diabético.

A alternativa (D) – “acrescentar clindamicina ao esquema” – representa apenas **ajuste adjuvante de antibioticoterapia**, que, embora possa ser útil em alguns cenários (principalmente em infecção por estreptococos beta-hemolíticos pela ação antitoxina), **não substitui** o tratamento definitivo da condição, nem responde à pergunta sobre a **conduta mais adequada** frente a um paciente já chocado, com crepitação e necrose extensa em topografia típica de gangrena de Fournier.

À luz das diretrizes de manejo de infecção necrosante, a prioridade absoluta após estabilização inicial é **levar o paciente imediatamente ao centro cirúrgico para desbridamento amplo do foco**. Dada a localização glúteo-perineal, a associação de **colostomia em alça** é conduta cirúrgica frequentemente indicada para controle de contaminação fecal e melhor evolução local da ferida, conforme demonstrado em séries de casos e revisões atuais de gangrena de Fournier.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Assim, entre as alternativas apresentadas, **a única que contempla a medida salvadora central para esse quadro (desbridamento cirúrgico amplo, com proteção fecal por colostomia)** é a alternativa **(A)** – “Realizar desbridamento e colostomia em alça”.

Conclusão e pedido:

Considerando que:

1. O quadro clínico descrito é compatível com infecção necrosante de partes moles em região perineal (gangrena de Fournier) em paciente diabético e séptico;
2. As principais diretrizes e revisões de referência determinam que **o tratamento de escolha e de maior impacto em mortalidade é o desbridamento cirúrgico agressivo precoce**, sendo a antibioticoterapia medida **adjuvante** e insuficiente isoladamente;

Necrotizing soft tissue infecti...

3. O paciente já se encontra em reanimação hemodinâmica e com esquema antimicrobiano amplo, de modo que a conduta “mais adequada” na sequência é o **desbridamento cirúrgico imediato**, com colostomia de proteção dada a extensão perineal/anorretal,

solicita-se respeitosamente a **mudança do gabarito oficial para a alternativa (A)** – “Realizar desbridamento e colostomia em alça”, por estar em melhor consonância com o manejo atual da gangrena de Fournier/infecção necrosante de partes moles descrito na literatura de maior nível de evidência.

Referências

• UpToDate. *Necrotizing soft tissue infections*.

Necrotizing soft tissue infecti...

• Leslie SW et al. *Fournier Gangrene*. StatPearls Publishing, 2023.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

- Li YD et al. *Enterostomy can decrease the mortality of patients with Fournier gangrene.* World J Gastroenterol. 2014.
- Ortega Ferrete A et al. *Fournier's gangrene and fecal diversion. When, in which patients, and what type should I perform?* Langenbecks Arch Surg. 2023.



@medway.residenciamedica



Medway