



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 11

Enunciado da Questão

Paciente de 49 anos, submetido à retossigmoidectomia para tratamento de adenocarcinoma de reto alto, no 6º dia de pós-operatório, apresentou febre e dor abdominal. Realizou TC de abdome que mostrou pequena coleção perianastomótica de 7 cm, contendo gás em seu interior. Esse abscesso pode ser classificado como

Alternativas

- A. primário.
- B. primário tardio.
- C. secundário.
- D. secundário tardio.
- E. terciário.

Fundamentação do Recurso

Recurso – Questão 11

Solicita-se a anulação da questão 11, em razão da inadequação do gabarito oficial (alternativa B – abscesso primário tardio).

O quadro clínico descrito é altamente sugestivo de deiscência/vazamento de anastomose colorretal, considerando-se conjuntamente o 6º dia de pós-operatório, a presença de febre e dor abdominal e, sobretudo, o achado tomográfico de coleção perianastomótica de 7 cm contendo gás em seu interior.

O período em torno do 6º dia pós-operatório corresponde exatamente à mediana de manifestação clínica da fístula anastomótica colorretal descrita na literatura, sendo o abscesso pélvico/intra-abdominal uma de suas formas típicas de apresentação¹. Adicionalmente, o abscesso perianastomótico sem extravasamento de contraste é reconhecido como entidade específica dentro do espectro de complicações da anastomose colorretal, conforme classificação de Caulfield e Hyman (categoria 2A)², que evidencia a relevância diagnóstica da localização da coleção em relação à linha de sutura.

Nas classificações consagradas de infecção intra-abdominal³, a infecção **secundária** decorre da perda de integridade do trato gastrointestinal, incluindo-se, entre suas causas, as deiscências anastomóticas do período pós-operatório. Diante de uma coleção perianastomótica gasosa, associada a sinais sistêmicos e manifestada no 6º dia após retossigmoidectomia, a interpretação mais consistente com a literatura é a de complicação de vazamento anastomótico, o que sustenta a alternativa **C – abscesso secundário**.



O enunciado não fornece qualquer elemento que justifique a classificação como "abscesso primário tardio", tampouco há definição prévia dessa nomenclatura no corpo da questão. As classificações de referência em infecção intra-abdominal empregam critérios etiológicos e anatômicos bem estabelecidos — primária, secundária e terciária —, não havendo respaldo bibliográfico consolidado para as categorias "primário tardio" e "secundário tardio".

Dessa forma, o conjunto de dados clínicos, temporais e radiológicos converge para a hipótese de complicação anastomótica e, conseqüentemente, para a classificação como infecção secundária, tornando o gabarito oficial incompatível com a interpretação mais adequada do caso. Caso a banca entenda que a ausência de confirmação objetiva da deiscência (por exemplo, extravasamento de contraste) impeça a classificação como secundária, o próprio enunciado se torna insuficiente para sustentar, de forma inequívoca, a alternativa B.

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão 11, por ausência de correspondência inequívoca entre os dados apresentados e a alternativa apontada como correta pelo gabarito oficial.

Referências

1. Hyman N, Manchester TL, Osler T, Burns B, Cataldo PA. Anastomotic leaks after intestinal anastomosis: it's later than you think. *Ann Surg*. 2007;245(2):254-258.
2. Caulfield H, Hyman NH. Anastomotic leak after low anterior resection: a spectrum of clinical entities. *JAMA Surg*. 2013;148(2):177-182.
3. Sartelli M, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg*. 2017;12:36.
4. Slieker JC, Komen N, Mannaerts GH, et al. Long-term and perioperative corticosteroids in anastomotic leakage: a prospective study of 259 left-sided colorectal anastomoses. *Arch Surg*. 2012;147(5):447-452.



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 20

Enunciado da Questão

Paciente, 69 anos, apresentando ferida necrótica em membro superior com áreas de crepitação. Relata também anemia ferropriva leve e emagrecimento de 5 kg em 3 meses de forma não intencional. Vem apresentando episódios de febre há 5 dias e internou hoje com leucocitose de 14.000, PCR de 38, ureia de 60 e creatinina de 1,3. A hemocultura foi positiva para *Clostridium septicum*. A conduta mais indicada nesse caso é

Alternativas

- A. endoscopia digestiva alta e piperacilina + tazobactam por 14 dias.
- B. colonoscopia e amoxicilina + clavulanato por 14 dias.
- C. colonoscopia e vancomicina por 10 dias.
- D. endoscopia digestiva alta e vancomicina por 10 dias.
- E. endoscopia digestiva alta e amoxicilina + clavulanato.

Fundamentação do Recurso

À Comissão Examinadora.

Solicita-se a revisão do gabarito da questão, atualmente apontado como alternativa C (colonoscopia e vancomicina por 10 dias), com alteração para a alternativa B (colonoscopia e amoxicilina + clavulanato por 14 dias), pelos fundamentos expostos a seguir.

O caso apresentado descreve paciente de 69 anos com bacteremia por *Clostridium septicum*, associada a ferida necrótica e crepitação, além de anemia ferropriva e perda ponderal involuntária. A presença de *C. septicum* em hemocultura apresenta associação clássica e bem estabelecida com neoplasias malignas, especialmente neoplasias colorretais e hematológicas, devendo motivar investigação do trato gastrointestinal, particularmente por meio de colonoscopia.

Chew e Lubowski, em revisão de pacientes com infecção comprovada por *C. septicum*, encontraram malignidade associada em 80% dos casos e concluíram explicitamente que, na ausência de neoplasia hematológica conhecida, a ocorrência dessa infecção justifica investigação colônica. Estudos clássicos de revisão da literatura também demonstram que aproximadamente 81% dos pacientes com infecção por *C. septicum* apresentam alguma malignidade associada, sendo o carcinoma de cólon uma das associações mais importantes.

Dessa forma, a escolha da colonoscopia, presente tanto nas alternativas B quanto C, está adequadamente fundamentada. O ponto que diferencia as duas alternativas é, portanto, o tratamento antimicrobiano.



Nesse aspecto, a alternativa C não pode ser considerada correta, pois propõe vancomicina isoladamente como tratamento da infecção por *Clostridium septicum*. As diretrizes da Infectious Diseases Society of America (IDSA) para mionecrose clostridial recomendam, após identificação do agente, penicilina associada à clindamicina como terapia antimicrobiana definitiva. A vancomicina é citada apenas como componente de esquema empírico de amplo espectro antes da definição microbiológica, em associação com antimicrobianos como piperacilina-tazobactam, ampicilina-sulbactam ou carba-penêmicos, não sendo recomendada como monoterapia definitiva para mionecrose clostridial.

Além disso, estudos experimentais específicos com *C. septicum* demonstraram menor suscetibilidade e pior desempenho terapêutico da vancomicina quando comparada a penicilina, clindamicina e tetraciclina. Aldape et al. observaram, em modelo experimental de mionecrose por *C. septicum*, mortalidade de 40% entre os animais tratados com vancomicina, enquanto não ocorreu mortalidade nos grupos tratados com penicilina, clindamicina ou tetraciclina. Os autores recomendam cautela com o uso da vancomicina como alternativa terapêutica para essa infecção.

Portanto, a associação entre colonoscopia e vancomicina isolada, como proposta na alternativa C, contraria as recomendações terapêuticas estabelecidas para a infecção clostridial.

Embora a alternativa B também não apresente o esquema considerado de primeira escolha pelas diretrizes — que seria penicilina associada à clindamicina e, diante de mionecrose, desbridamento cirúrgico urgente —, a amoxicilina associada ao clavulanato possui atividade contra anaeróbios e contra o próprio *C. septicum*, tendo sido demonstrada suscetibilidade do microorganismo a essa associação em avaliações microbiológicas. Assim, entre as alternativas fornecidas, a alternativa B apresenta combinação mais coerente entre a necessidade de investigação colorretal e uma antibioticoterapia com atividade contra o agente identificado.

Ressalte-se ainda que o próprio quadro de necrose tecidual associada à crepitação sugere mionecrose clostridial, condição na qual nenhuma das alternativas apresentadas contempla integralmente o manejo recomendado, uma vez que o tratamento exige também exploração cirúrgica e desbridamento urgente. Esse fato reforça a inadequação da alternativa C como resposta inequívoca.

Diante do exposto, solicita-se a alteração do gabarito da alternativa C para a alternativa B, por ser esta a opção mais adequada dentre as disponibilizadas.

Subsidiariamente, caso a banca considere que a ausência do esquema padrão com penicilina + clindamicina e do tratamento cirúrgico impeça o reconhecimento da alternativa B como correta, solicita-se a anulação da questão, visto que nenhuma alternativa representa integralmente a conduta recomendada pela literatura vigente.

Referências bibliográficas

1. STEVENS, D. L. et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2014;59(2):e10-e52. doi:10.1093/cid/ciu296.
2. CHEW, S. S.; LUBOWSKI, D. Z. Clostridium septicum and malignancy. *ANZ Journal of Surgery*. 2001;71(11):647-649. doi:10.1046/j.1445-1433.2001.02231.x.



3. KORNBLUTH, A. A.; DICK, J. D.; COFFEE, P. V. Clostridium septicum infection and associated malignancy. Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1989;68(1):30-37.
4. ALDAPE, M. J. et al. Comparative efficacy of antibiotics in treating experimental Clostridium septicum infection. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2018;52(4):469-473. doi:10.1016/j.ijantimicag.2018.07.009.
5. GABAY, E. L.; ROLFE, R. D.; FINEGOLD, S. M. Susceptibility of Clostridium septicum to 23 antimicrobial agents. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1981;20(6):852-853. doi:10.1128/AAC.20.6.852.

**Especialidade: Cirurgia Geral****Questão: 34**

Enunciado da Questão

Um homem de 34 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada na Emergência onde você é residente de Cirurgia Geral. Ele apresenta Glasgow 14, PA 100 x 60 mmHg, FC 110 bpm. Ao exame secundário do ATLS, você identifica fratura instável de pelve, edema e equimose no períneo, sangue em meato uretral e próstata elevada e flutuante ao toque retal. A bexiga está globosa e dolorosa à palpação suprapúbica. Foi tentada a passagem de sonda vesical de demora, mas houve resistência e saída de sangue pelo meato. O paciente refere retenção urinária completa há 8 horas. Uma tomografia de abdome evidencia bexiga repleta e fratura de ramos púbicos. Considerando o mecanismo de trauma, os achados clínicos e a impossibilidade de sondagem uretral, a conduta mais adequada para derivação urinária imediata será

Alternativas

- A. realizar sondagem uretral com cateter de Foley 20 Fr sob anestesia geral, utilizando manobra de tração e irrigação vesical para vencer a resistência e estabelecer a drenagem urinária.
- B. realizar punção mediana suprapúbica às cegas, com agulha de grosso calibre inserida 2. cm acima da sínfise púbica, seguida de passagem de cateter de drenagem para alívio imediato da bexiga.
- C. programar uretrocistoscopia de urgência para visualização direta da lesão uretral e passagem guiada de fio-guia com sonda vesical para derivação imediata.
- D. realizar cistostomia suprapúbica aberta por laparotomia infraumbilical, com dissecação até a cúpula vesical, fixação da bexiga e inserção de sonda de cistostomia tipo Malecot.
- E. optar por conduta expectante com analgesia e antibioticoterapia profilática, aguardando 48 horas para nova tentativa de sondagem uretral após resolução do edema local.

Fundamentação do Recurso

Ilustríssima Banca Examinadora,

A questão descreve paciente vítima de trauma automobilístico com fratura pélvica instável, sinais clássicos de lesão uretral posterior (sangue em meato uretral, equimose perineal, próstata elevada e flutuante ao toque retal), falha e resistência à sondagem vesical, e bexiga globosa por retenção urinária de 8 horas. O gabarito oficial apontou a alternativa B (punção suprapúbica às cegas) como resposta correta. Solicita-se a reconsideração desse gabarito em favor da alternativa D (cistostomia suprapúbica aberta), ou, alternativamente, a anulação da questão, pelos fundamentos a seguir.

A diretriz de Urotrauma da American Urological Association (AUA, 2020/2021) estabelece que a colocação de tubo suprapúbico, percutâneo ou aberto, é a conduta inicial preferida para a maioria dos casos de lesão uretral associada à fratura pélvica (PFUI), sendo o SPT considerado o "gold standard" para drenagem urinária nesse contexto. A mesma diretriz destaca explicitamente que técnicas de localização vesical, como aspiração com agulha calibrosa, ultrassonografia ou fluoroscopia, podem ser necessárias para facilitar a inserção percutânea "se a bexiga estiver deslocada por hematoma pélvico" (AUA Urotrauma Guideline, Guideline Statement 20b).



Esse ponto é central para o recurso: a alternativa B descreve uma punção suprapúbica mediana **às cegas**, sem qualquer menção a orientação por imagem (ultrassom ou fluoroscopia), em um paciente com **fratura pélvica instável** e **hematoma perineal e pélvico já documentado ao exame físico** (edema e equimose perineal, próstata flutuante). Nesse cenário específico, a própria diretriz da AUA reconhece que a bexiga pode estar deslocada pelo hematoma pélvico, o que aumenta substancialmente o risco de uma punção às cegas: risco de lesão de alças intestinais, de vasos pélvicos já comprometidos pela fratura, ou de falha em atingir a bexiga deslocada.

A diretriz de Melhores Práticas em Lesões Geniturinárias do American College of Surgeons (2025) é explícita:

"Insert a SPT either by image-guided percutaneous placement or open cystotomy, because the bladder may be displaced by a pelvic hematoma or be poorly filled due to a concomitant bladder injury" (Johnsen et al., Best Practices Guidelines Management of Genitourinary Injuries, American College of Surgeons, 2025).

Ou seja, a própria referência técnica mais atualizada sobre manejo de trauma geniturinário condiciona a via percutânea à **orientação por imagem**, reservando a alternativa de **cistotomia aberta** justamente para os casos em que há hematoma pélvico deslocando a bexiga, exatamente o cenário clínico descrito na questão (fratura pélvica instável, edema/equimose perineal, próstata flutuante sugerindo hematoma periprostático/pélvico). Nenhuma das fontes consultadas endossa punção suprapúbica **às cegas** como conduta segura nesse contexto específico.

A alternativa B, tal como redigida, propõe punção "às cegas", ou seja, sem uso de ultrassonografia ou fluoroscopia intraoperatória, em paciente com bexiga potencialmente deslocada por hematoma pélvico volumoso decorrente de fratura instável. Isso diverge do que as diretrizes recomendam como pré-requisito de segurança para a via percutânea. Já a alternativa D descreve cistostomia suprapúbica aberta com dissecação até a cúpula vesical sob visualização direta, técnica que garante identificação segura da bexiga mesmo na presença de hematoma pélvico extenso, sem depender de equipamento de imagem em tempo real, sendo portanto tecnicamente mais robusta e mais segura no cenário descrito.

Embora o enunciado mencione bexiga globosa e dolorosa, a retenção é de apenas 8 horas, sem confirmação de repleção vesical máxima por imagem antes do procedimento (a tomografia é citada, mas seu achado de "bexiga repleta" não substitui a orientação ultrassonográfica em tempo real no momento da punção). A literatura de trauma urológico recomenda cautela com punções às cegas quando há qualquer incerteza quanto ao grau de distensão vesical ou deslocamento por hematoma, favorecendo abordagem aberta ou guiada por imagem nesses casos.

Diante do exposto, e considerando que: (a) a diretriz da AUA condiciona a punção percutânea à disponibilidade de técnica de localização vesical (aspiração guiada, US ou fluoroscopia) especialmente quando há hematoma pélvico; (b) a diretriz do American College of Surgeons (2025) recomenda explicitamente via aberta ou percutânea guiada por imagem nessas condições, nunca punção às cegas isolada; (c) o enunciado da questão não fornece recursos de imagem para orientar a punção suprapúbica no momento agudo, em paciente com fratura pélvica instável e sinais de hematoma perineal/pélvico volumoso;



Requer-se a **reconsideração do gabarito oficial**, com alteração da resposta correta da alternativa B para a alternativa D, ou, subsidiariamente, a **anulação da questão** por ausência de alternativa inequivocamente correta à luz da literatura especializada em trauma urogenital vigente.

Nestes termos, pede deferimento.



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 36

Enunciado da Questão

Sobre a apendicite aguda em gestantes, é correto afirmar que

Alternativas

- A. a abordagem cirúrgica agressiva e precoce é justificada pelo alto índice de parto prematuro e perda fetal.
- B. a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia são maiores comparativamente com não grávidas.
- C. o custo-efetividade da ressonância magnética é menor, pois não reduz a taxa de apendicectomia negativa.
- D. a apresentação clínica de apendicite aguda ocorre em apenas cerca de metade dos casos.
- E. um aumento de proteína Creativa confirma processo infeccioso ativo, como a apendicite aguda.

Fundamentação do Recurso

À Comissão Examinadora,

Solicita-se a revisão do gabarito da questão referente à apendicite aguda em gestantes, com alteração da resposta considerada correta da alternativa D para a alternativa A.

A alternativa A afirma que “a abordagem cirúrgica agressiva e precoce é justificada pelo alto índice de parto prematuro e perda fetal”. Embora o termo “agressiva” possa ser entendido como pouco técnico, o núcleo conceitual da afirmativa — tratamento cirúrgico precoce da apendicite diagnosticada na gestante, evitando atraso terapêutico e progressão para formas complicadas — encontra respaldo direto nas principais diretrizes atuais.

A diretriz da Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) para cirurgia durante a gestação recomenda a apendicectomia em detrimento do tratamento não operatório nas gestantes com apendicite aguda, independentemente do trimestre. A própria diretriz ressalta que a apendicite na gestação está associada a maior risco de parto prematuro, infecção intra-amniótica e morte fetal, sendo tais riscos ainda maiores quando ocorre perfuração apendicular. Dessa forma, uma vez estabelecido o diagnóstico, o atraso injustificado da intervenção cirúrgica não é recomendado.

A recomendação é coerente com o princípio já consolidado de que o diagnóstico e a intervenção oportunos são determinantes para os desfechos materno-fetais, uma vez que a progressão da doença para perfuração, peritonite e sepse aumenta substancialmente a morbidade materna e as complicações obstétricas, incluindo parto prematuro e perda fetal.



Por outro lado, a alternativa D, apontada como correta pela banca, afirma que “a apresentação clínica de apendicite aguda ocorre em apenas cerca de metade dos casos”. Tal assertiva é problemática e imprecisa.

A literatura demonstra que gestantes com apendicite frequentemente apresentam manifestações clínicas da doença, sendo a dor abdominal o sintoma predominante. Estudos demonstram que a dor em quadrante inferior direito continua sendo o achado clínico mais comum mesmo durante a gestação, podendo estar presente em aproximadamente 78% a 86% dos casos, conforme o trimestre gestacional. Náuseas, vômitos e outros sintomas também são comuns, embora menos específicos em razão das alterações fisiológicas próprias da gravidez.

Algumas revisões mencionam que a apresentação clássica completa, caracterizada pela associação de vários achados típicos, pode estar presente em aproximadamente metade dos pacientes com apendicite. Entretanto, esse dado não significa que somente metade das gestantes apresente manifestações clínicas de apendicite. Trata-se de conceitos distintos: uma coisa é a ausência da síndrome clínica clássica completa; outra é afirmar que a “apresentação clínica da apendicite” ocorre em apenas metade dos casos.

Inclusive, diretrizes recentes ressaltam que dor abdominal, náuseas e vômitos continuam sendo sintomas comuns nas gestantes com apendicite, apesar de sua menor especificidade nesse grupo. Portanto, a redação da alternativa D transforma uma observação referente à frequência da apresentação clássica completa em uma afirmação genérica sobre a existência de apresentação clínica da doença, tornando-a cientificamente imprecisa.

Adicionalmente, estudo clássico específico sobre apendicite na gestação demonstrou dor em quadrante inferior direito em 86% das pacientes no primeiro trimestre, 83% no segundo trimestre e 78% no terceiro trimestre, afastando a ideia de que a apresentação clínica da doença ocorra somente em aproximadamente metade dos casos.

Diante disso, considera-se que a alternativa D não apresenta precisão suficiente para ser considerada inequivocamente correta, enquanto a alternativa A traduz adequadamente o princípio de intervenção cirúrgica oportuna na apendicite da gestante, especialmente em razão do aumento dos riscos materno-fetais associados à progressão e à perfuração da doença.

Dessa forma, solicita-se respeitosamente a alteração do gabarito para a alternativa A. Subsidiariamente, caso se entenda que a expressão “abordagem cirúrgica agressiva” comprometa a alternativa A, solicita-se a anulação da questão, uma vez que a alternativa D também apresenta redação conceitualmente imprecisa e não encontra respaldo inequívoco na literatura específica sobre apendicite em gestantes.

Referências bibliográficas

1. KUMAR, S. S. et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. *Surgical Endoscopy*. 2024;38:2947-2963.
2. SOCIETY OF AMERICAN GASTROINTESTINAL AND ENDOSCOPIC SURGEONS (SAGES). *Guidelines for the Use of Laparoscopy During Pregnancy*. SAGES, 2024.



3. DI SAVERIO, S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15:27.
4. TRACEY, M.; FLETCHER, H. Appendicitis in pregnancy. *American Surgeon*. 2000;66(6):555-559.
5. APTILON DUQUE, G.; MAINES, J. Appendicitis in Pregnancy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; atualização 2026.

**Especialidade: Cirurgia Geral****Questão: 41**

Enunciado da Questão

Seu paciente é um homem de 69 anos que foi submetido à esofagectomia transtorácica por adenocarcinoma da junção esofagogástrica. A reconstrução transcorreu sem intercorrências. No pós-operatório imediato, a equipe cirúrgica prevê a impossibilidade de alimentação por via oral por cerca de duas semanas, porém o trato gastrointestinal distal apresenta-se íntegro e funcional. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem contraindicações ao uso da via enteral. Considerando o quadro clínico, a conduta mais adequada em relação ao suporte nutricional e à técnica cirúrgica correspondente será optar por

Alternativas

- A. jejunostomia; selecionar alça jejunal proximal, introduzir sonda por pequena enterotomia, confeccionar túnel seromuscular e fixar a alça à parede abdominal.
- B. gastrostomia; realizar ampla gastrotomia, exteriorizar a sonda diretamente e fixar apenas o estômago ao peritônio parietal anterior.
- C. nutrição parenteral exclusiva; preservar o trato digestivo em repouso e iniciar dieta enteral somente após confirmação radiológica da anastomose.
- D. ileostomia alimentar; introduzir a sonda no íleo terminal, exteriorizar o segmento intestinal e evitar qualquer fixação adicional da alça.
- E. duodenostomia; realizar enterotomia longitudinal, posicionar a sonda intraluminal e manter drenagem externa até o reinício da alimentação oral.

Fundamentação do Recurso

A questão apresenta uma inconsistência entre o enunciado e as alternativas propostas, que compromete o julgamento objetivo do candidato e não permite o julgamento de uma alternativa como inequivocamente correta.

1. Da inconsistência do enunciado

O enunciado descreve a técnica cirúrgica de esofagectomia com reconstrução por tubo gástrico e, na sequência, informa que a equipe já prevê, no pós-operatório imediato, a impossibilidade de alimentação por via oral por 2 semanas, além de confirmar a integridade e funcionalidade do trato digestivo distal.

Ora, se essa previsão de jejum oral prolongado já era conhecida pela equipe, o momento tecnicamente correto para garantir uma via de nutrição enteral segura seria o próprio ato cirúrgico — por meio de sonda nasoenteral posicionada intraoperatoriamente pelo cirurgião (evitando tração sobre a anastomose) ou de jejunostomia a Witzel confeccionada no mesmo tempo cirúrgico. Essa é a



conduta consagrada na literatura de cirurgia do trato digestivo alto e amplamente adotada em protocolos de esofagectomia.

O enunciado, no entanto, exclui essa possibilidade ao situar a decisão apenas no pós-operatório imediato, forçando o candidato a escolher entre alternativas que representam soluções de segunda linha — nenhuma delas equivalente à conduta idealmente correta, que simplesmente não está entre as opções.

2. Da análise das alternativas remanescentes

- **Alternativa A (jejunostomia):** embora seja a via nutricional cirúrgica adequada em pacientes com trato digestivo distal íntegro, sua indicação neste momento exigiria reoperação no pós-operatório imediato de uma cirurgia de grande porte (esofagectomia), o que é inaceitável do ponto de vista de segurança do paciente, risco anestésico-cirúrgico agregado e boas práticas de cuidado pós-operatório. Uma alternativa que só se torna "correta" ao custo de impor uma reoperação evitável não pode ser considerada resposta ideal sem ressalvas.
- **Alternativa C (nutrição parenteral total + liberação de dieta apenas após confirmação radiológica da anastomose):** é tecnicamente inadequada em dois pontos. Primeiro, a NPT não é a via de escolha em paciente hemodinamicamente estável e com trato digestivo distal funcional — a nutrição enteral é preferida nesse contexto por reduzir complicações infecciosas, preservar a integridade da mucosa intestinal e favorecer a cicatrização, conforme recomendação consolidada nas diretrizes de terapia nutricional em cirurgia (ex.: ESPEN/ASPEN). Segundo, não há embasamento para a rotina de confirmação radiológica da anastomose antes da liberação de dieta enteral; esse exame não é praticado de forma sistemática e sua exigência como pré-requisito não encontra respaldo na literatura.

3. Conclusão

Como demonstrado, a conduta tecnicamente ideal (jejunostomia ou SNE confeccionada no intraoperatório) foi excluída pelo próprio enunciado, e nenhuma das alternativas remanescentes representa uma solução correta sem ressalvas relevantes — uma implica reoperação evitável, e a outra baseia-se em via nutricional e critério de liberação de dieta não sustentados pela literatura. Diante da ausência de alternativa integralmente correta, dado o vício de formulação do enunciado, **solicita-se a anulação da questão.**



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 63

Enunciado da Questão

Assinale o fator de risco relacionado com o surgimento de colangiocarcinoma intra-hepático.

Alternativas

- A. Tabagismo.
- B. Colelitíase.
- C. Deficiência de alfa-1 antitripsina.
- D. Papilotomia prévia.
- E. Aflatoxina.

Fundamentação do Recurso

À Comissão Examinadora,

Respeitosamente, solicita-se a revisão do gabarito da questão que aborda os fatores de risco para o desenvolvimento de colangiocarcinoma intra-hepático, atualmente atribuído à alternativa D – papilotomia prévia, propondo-se a alteração para a alternativa A – tabagismo.

A justificativa fundamenta-se na literatura científica disponível e, especialmente, em diretrizes e estudos epidemiológicos de elevada qualidade.

O tabagismo apresenta associação epidemiológica documentada com o colangiocarcinoma intra-hepático. As *Clinical Practice Guidelines for Intrahepatic Cholangiocarcinoma* do Liver Cancer Study Group of Japan, publicadas em 2022, incluem expressamente o smoking (tabagismo) entre os fatores de risco relatados para colangiocarcinoma intra-hepático, ao lado de cirrose, hepatites B e C, consumo de álcool, diabetes, obesidade, esteato-hepatite, infestação por trematódeos e doenças biliares crônicas.

Esse respaldo não se limita a estudos observacionais isolados. Uma revisão sistemática e metanálise específica sobre tabagismo e colangiocarcinoma, envolvendo 22 estudos e 324.333 participantes, demonstrou associação estatisticamente significativa entre tabagismo e colangiocarcinoma. Na análise específica para o subtipo intra-hepático, baseada em 12 estudos, fumantes apresentaram aumento significativo do risco, com OR de 1,31 (IC95% 1,06–1,63). Além disso, a associação permaneceu independente de importantes fatores de confusão, como diabetes mellitus, litíase biliar e cirrose.

Outros estudos populacionais reforçam esse achado. Em análise do banco SEER-Medicare, o tabagismo esteve associado a aumento de aproximadamente 46% no risco de colangiocarcinoma intra-hepático. Portanto, embora sua magnitude de associação seja inferior àquela observada com fatores clássicos, como colangite esclerosante primária, hepatolitíase ou cistos biliares, existe evidência epi-



demiológica objetiva e estatisticamente significativa que permite classificá-lo como fator de risco para essa neoplasia.

Por outro lado, a consideração de papilotomia prévia como fator de risco estabelecido é substancialmente mais controversa.

Embora tenha sido proposta a hipótese de que a papilotomia/esfincterotomia endoscópica poderia favorecer refluxo duodenobiliar, inflamação crônica e, conseqüentemente, carcinogênese, estudos populacionais de longo seguimento não confirmaram uma relação causal independente.

Estudo populacional dinamarquês publicado no *Journal of the National Cancer Institute*, envolvendo mais de 21 mil pacientes submetidos à colangiopancreatografia endoscópica, comparou indivíduos com e sem esfincterotomia. Após períodos mais prolongados de acompanhamento, as incidências de colangiocarcinoma tornaram-se semelhantes entre os grupos, levando os autores a concluir que os resultados não sustentavam associação causal entre esfincterotomia e colangiocarcinoma.

Posteriormente, amplo estudo populacional envolvendo 69.925 pacientes da Finlândia e Suécia, dos quais mais de 40 mil foram submetidos à esfincterotomia, também demonstrou que o risco de neoplasia era elevado nos pacientes submetidos à ERCP independentemente da realização ou não de esfincterotomia. Os autores concluíram que a própria esfincterotomia era improvável como causa do aumento de risco, sugerindo que doenças biliares subjacentes, como a litíase, constituíam explicação mais plausível.

Da mesma forma, outro estudo sueco com seguimento mediano superior a 15 anos constatou maior incidência de colangite e pancreatite após esfincterotomia, porém não demonstrou aumento significativo de neoplasias pancreatobiliares.

Portanto, há uma diferença relevante entre as alternativas apresentadas: enquanto o tabagismo possui associação positiva demonstrada por metanálise, estudos populacionais e diretriz clínica especificamente dedicada ao colangiocarcinoma intra-hepático, a papilotomia prévia não apresenta consenso como fator causal independente, existindo estudos populacionais robustos que explicitamente contestam essa associação.

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente a alteração do gabarito da alternativa D para a alternativa A, por ser o tabagismo um fator de risco cientificamente reconhecido para o colangiocarcinoma intra-hepático e por apresentar respaldo mais consistente na literatura disponível.

Subsidiariamente, caso esta Comissão entenda existir literatura que sustente alguma associação entre papilotomia e neoplasia biliar, solicita-se a anulação da questão, uma vez que a alternativa A permanece inequivocamente defensável à luz de diretrizes e metanálises, impedindo que a alternativa D seja considerada a única resposta correta.

Referências bibliográficas

1. Liver Cancer Study Group of Japan. *Clinical Practice Guidelines for Intrahepatic Cholangiocarcinoma*. Liver Cancer. 2022. PMID: 35978598.



2. Ye XH, Huai JP, Ding J, Chen YP, Sun XC. Smoking and risk of cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2018;9:1538-1546. PMID: 29246002.
3. Clements O, Eliahoo J, Kim JU, Taylor-Robinson SD, Khan SA. Risk factors for intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *J Hepatol*. 2020;72(1): 95-103. doi:10.1016/j.jhep.2019.09.007.
4. Petrick JL et al. Risk factors for intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma in the United States: a population-based study in SEER-Medicare. *PLoS One*. 2017. PMID: 29049401.
5. Mortensen FV, Jepsen P, Tarone RE, Funch-Jensen P, Jensen LS, Sørensen HT. Endoscopic sphincterotomy and long-term risk of cholangiocarcinoma: a population-based follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100(10):745-750. doi:10.1093/jnci/djn102.
6. Strömberg C et al. Endoscopic sphincterotomy and risk of cholangiocarcinoma: a population-based cohort study in Finland and Sweden. 2016. PMID: 27747285.
7. Langerth A, Sandblom G, Karlson BM. Long-term risk for acute pancreatitis, cholangitis, and malignancy more than 15 years after endoscopic sphincterotomy: a population-based study. *Endoscopy*. 2015;47(12):1132-1136. PMID: 26165737.