

**Caso Clínico 1**

Paciente de 55 anos, sexo feminino, chega ao ambulatório de Cirurgia Geral com quadro de icterícia, colúria e acolia fecal. Segundo a paciente, já era portadora de colelitíase sintomática, com crises esporádicas de dor em hipocôndrio direito e vômitos. Realizou uma ultrassonografia do abdome que sugere coledocolitíase com dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

Diante desse quadro, cite:

**A)** os 3 (três) principais exames diagnósticos que poderiam ser solicitados para melhor esclarecimento diagnóstico sobre essa paciente. **(3,0)**

COLANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPÁTICA

**B)** as 5 (cinco) principais possibilidades terapêuticas para essa paciente. **(5,0)**

COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES POR VIA CONVENCIONAL

COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA COM EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS

PAPILOTOMIA PERCUTÂNEA COM RETIRADA DE CÁLCULOS

**C)** 2 (duas) das principais complicações dessa condição **(2,0)**

PANCREATITE AGUDA BILIAR

COLANGITE

**Caso Clínico 2**

Paciente de 40 anos, sexo masculino, IMC=48Kg/m<sup>2</sup>, submetido a ByPass Gástrico em Y de Roux, por Videolaparoscopia, há 5 dias, dá entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal, febre e dispneia. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico e taquipneico.

Diante desse quadro, responda:

**A) Qual exame complementar você solicitaria para o paciente? (2,0)**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME

**B) Qual(is) a(s) principal(is) hipótese(s) diagnóstica(s)? (4,0)**

FÍSTULA DO ÂGULO DE HISS

FÍSTULA DA GASTROENTEROANASTOMOSE

FÍSTULA DA ENTEROENTEROANASTOMOSE

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

**C) Qual a conduta no caso acima? (4,0)**

REPOSIÇÃO VOLÊMICA

ANTIBIOTICOTERAPIA

REARBODAGEM CIRÚRGICA

**Caso Clínico 3**

Um homem de 60 anos de idade com diagnóstico clínico de hiperplasia de próstata benigna está sendo tratado com doxazosina 2mg/dia, há 6 meses, e refere pouca melhora clínica. Apesar do tratamento, ele continua com sintomas do trato urinário inferior (I-pSS de 18). O exame digital da próstata revelou uma glândula aumentada (2-3 vezes) e sem nódulos.

Em relação a esse caso, responda:

**A) Que exames devem ser solicitados. Justifique sua resposta. (3,0)**

- › Exame de urina para avaliar ITU e hematúria.
- › PSA deve ser realizado para avaliar a possibilidade de neoplasia de próstata concomitante.
- › Ultrassonografia da bexiga e próstata deve ser solicitada para avaliar resíduo pós-miccional ou retenção urinária silenciosa e volume da próstata.
- › Creatinina para avaliar comprometimento do trato urinário superior. (alguns guidelines não recomendam esse exame).
- › Ultrassonografia do trato urinário superior somente se tiver dosagem de creatinina elevada.
- › Fluxometria urinária para diagnosticar obstrução

**B) Como deve ser o tratamento para esse paciente? (7,0)**

O tratamento inicialmente é clínico. Devemos aumentar a dose da doxazosina até 8mg/dia. O passo seguinte é a associação de inibidor da 5 alfa-redutase, finasteride ou dutasteride, pois a terapia combinada é superior que o uso da medicação isoladamente reduzindo a progressão da doença e diminuindo a incidência das complicações, principalmente se a próstata é maior que 30g ou o PSA é maior que 1,5ng/ml. Outra opção é associar um anti-muscarínico (se os sintomas de armazenamento são predominantes) ou a tadalafila, um inibidor de fosfodiesterase 5.

Caso os sintomas não melhorem, ou o paciente não queira, ou não tenha condições, ou não possa realizar o tratamento clínico, ou tenha efeitos colaterais, as intervenções cirúrgicas são uma opção. Pode ser realizado RTU da próstata, ou cirurgia com uso de laser.

Reference:

Srougi M, Antunes AA, Dall'Oglio M. Hiperplasia Prostática Benigna. Editora Atheneu. 2011.

Sarma AV, Wei JT. ClinicalPractice. BenignProstaticHyperplasiaandLowerUrinaryTractSymptoms. N Engl J Med 367;3 248-57. 2012.

Clinical manifestation and diagnoses of BPH (UpToDate)

**Caso Clínico 4**

Homem de 78 anos, diabético, em uso de Metformina 850 mg de 8/8h, apresenta história de dor em fossa ilíaca direita, iniciada há cerca de 12 dias, associada a anorexia e náuseas, sem episódios febris. Evolui há 48 horas com piora do quadro, e chega ao pronto-socorro com queixa de dor hipogástrica de forte intensidade, sem padrão de irradiação, torporoso, sudoreico e com redução da temperatura da superfície cutânea. Familiares relatam que, há cinco dias, começou a apresentar febre noturna associada a calafrios, mas se recusava a procurar atendimento médico. Afirmam, também, que, há 6 meses, vem apresentando episódios esporádicos de melena, com perda de, aproximadamente, 6 Kg no período. Ao exame físico, apresenta FC = 138 bpm, TA = 68 x 42, mucosas descoradas e ressecadas, temperatura de 35,5°C, abdome plano, tenso, doloroso à palpação em hipogástrio, com piora à descompressão brusca.

Exames laboratoriais de admissão apresentam os seguintes resultados:

Na: 132 mEq/L; K: 3,0 mEq/L; Glicose: 382 mg/dl; Hematócrito: 20,4 %; Hemoglobina: 6,8 g/dl; Ureia: 146 mg/dl; Creatinina: 1,8 mg/dl; Leucócitos: 23.500 (86% Segmentados / 0% Eosinófilos / 7% Bastonetes); Amilase: 142 UI/L; Lactato sérico: 22 ng/dl; pH: 7,2; pCO<sub>2</sub>: 26 mmHg; HCO<sub>3</sub>: 12 mEq/L; BE: - 9,0; pO<sub>2</sub>: 72 mmHg.

TC de abdome: Imagem ovalada posterior ao reto pélvico, medindo cerca de 12 cm no maior eixo, apresentando densidade compatível com líquido espesso, contendo gás em seu interior.

Em relação a esse caso, responda:

**A) Qual a hipótese diagnóstica mais provável? Cite 2 (dois) diagnósticos diferenciais. (3,0)**

- MAIS PROVÁVEL - APENDICITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO PÉLVICO
- DIFERENCIAIS:
  - DIVERTICULITE PERFURADA
  - NEOPLASIA PERFURADA DE CÓLON DIREITO

**B) Descreva a proposta terapêutica mais adequada. (4,0)**

- REPOSIÇÃO VOLÊMICA COM CRISTALOIDES
- HEMOTRANSFUSÃO;
- ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLO ESPECTRO
- CONTROLE GLICÊMICO INTENSIVO;
- CONTROLE DO FOCO INFECCIOSO MEDIANTE DRENAGEM EXTERNA PERCUTÂNEA COM COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA;
- DROGAS VASOATIVAS OU CORTICOSTEROIDES EM CASO DE DETERIORAÇÃO CONTÍNUA DO QUADRO HEMODINÂMICO;
- MONITORAMENTO EM REGIME DE UTI.

**C) Considere que, após as primeiras 72 horas de tratamento, o paciente evoluiu com melhora clínica. No 6º dia de internação em UTI, voltou a apresentar febre diária com dois episódios e havendo necessidade de uso de noradrenalina, por hipotensão refratária à reposição volêmica. Nova tomografia de abdome mostrou a presença de imagem ovalada pélvica medindo cerca de 7 cm no maior eixo e presença de pneumoperitônio. Qual a melhor conduta para essa situação (3,0)**

LAPAROTOMIA EXPLORADORA E REALIZAÇÃO DE COLECTOMIA PARCIAL COM CONFECÇÃO DE COLOSTOMIA.

**Caso Clínico 5**

Mulher de 37 anos, sem comorbidades, com história de melena há cerca de 4 meses, vem referindo adinamia e astenia progressivas. Colonoscopia normal. Traz endoscopia digestiva alta realizada há cerca de 1 mês, mostrando lesão protuberante da mucosa gástrica, com focos de ulceração recente, com cerca de 3 cm de diâmetro. O exame anátomo-patológico de fragmento da lesão mostrou a presença de hiperplasia de células musculares lisas. A análise imuno-histoquímica revelou a presença de positividade para CD 117.

Em relação a esse caso, responda:

**A) Qual o diagnóstico? (1,0)**

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST)

**B) Cite, em ordem decrescente de incidência, as 4 (quatro) estruturas mais acometidas por essa entidade nosológica. (4,0)**

ESTÔMAGO, INTESTINO DELGADO, CÓLON E ESÔFAGO.

**C) Qual a estratégia de estadiamento para o caso? (2,0)**

- REALIZAÇÃO DE TC DE TÓRAX E ABDOME.
- ANÁLISE DA PEÇA CIRÚRGICA PARA AVALIAR O TAMANHO DA LESÃO E O NÚMERO DE MITOSES POR CAMPO DE GRANDE AUMENTO.

**D) Cite 3 (três) condutas possíveis para o caso, considerando os diferentes estágios em que a doença pode se apresentar. (3,0)**

- LESÕES RESSECÁVEIS SEM METÁSTASES, < 3 CM, < 5 MITOSES POR CAMPO DE GRANDE AUMENTO: CIRURGIA ISOLADA (RESSECÇÃO EM CUNHA).
- LESÕES RESSECÁVEIS COM METÁSTASES E/OU > 3 CM E/OU > 5 MITOSES POR CAMPO DE GRANDE AUMENTO: RESSECÇÃO EM CUNHA + IMUNOTERAPIA COM IMATINIBE
- LESÕES IRRESSECÁVEIS: IMATINIBE NEOADJUVANTE +/- RESSECÇÃO SE A LESÃO TORNAR-SE RESSECÁVEL