

Prova Téorico-Prática
Título de Especialista - Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica
27/03/2022

Caso 1 - (imagem de uma criança sendo examinada por palpação de abdome): Você é o cirurgião(ã) pediátrico(a) de sobreaviso em um hospital geral com unidade pediátrica e é chamado(a) para atender, no Pronto Socorro, uma criança. Você faz apenas um sobreaviso de 24h por semana neste hospital. Trata-se de um menino, 7 anos de idade, que apresentou há 48 horas, uma dor abdominal inicialmente epigástrica que, 24 horas depois, se localizou em flanco direito. Apresenta hoje quadro de febre (38,5 °C), distensão abdominal e vômitos. Nega queixas urinárias ou respiratórias. Evacuou no início do quadro fezes normais.

Na história patológica pregressa, família relata que o menino sempre foi saudável, tendo apenas sido internada uma vez, no primeiro ano de vida, por bronquiolite viral e, aos 2 anos de idade, teve dois episódios pontuais de fezes escuras em grande quantidade com odor fétido. Nega constipação.

Ao exame físico: criança encontra-se taquicárdica, com boa perfusão periférica. Você detecta dor à palpação do flanco direito, mais intensa em fossa ilíaca direita, com descompressão brusca positiva nesta e Rovsing positivo. A ausculta abdominal indicou ruídos hidroaéreos metálicos intervalados por períodos de ausência de ruídos.

Questão 1: Quais as suas hipóteses diagnósticas mais prováveis para esta criança e justifique?

Resposta correta:

- 1a) Divertículo de Meckel inflamado (0,1 pt) e apendicite aguda (0,1 pt)**
- 1b) Histórico de melena na infância (0,2 pt)**

Questão 2: Qual a conduta a partir de agora?

Resposta correta:

2a) Cirurgia (com ou sem estabilização clínica prévia) **OU ultrassom (0,2 pt; se informar tomografia de cara, não pontuar)**. Se responder ultrassom, informar que o mesmo foi normal. Se o candidato perguntar se o ultrassom viu o apêndice: dizer que não foi relatado e o ultrassonografista que fez já foi embora e só volta no dia seguinte. Se o candidato, propuser que faça uma TC, informar que o aparelho está quebrado e este é o único hospital da região que dispõe de TC. Se propuser que faça cintilografia, informar que não há disponível.

Questão 3 (imagem de um apendicite inflamado em grau inicial): No intra-operatório, o achado foi a imagem projetada, descreva sua conduta a partir de agora até a alta

Resposta correta:

- 3a) Apendicectomia (0,1 pt)**
- 3b) Sem mais antibióticos OU antibióticos por até 24h (0,2 pt)**

Questão 4 (imagem de um apendicite normal): No intra-operatório, o achado foi a imagem projetada, descreva sua conduta a partir de agora até a alta

Resposta correta:

- 4a) Procurar divertículo de Meckel** (com ou sem apendicectomia) **(0,2 pt)**
- 4b) mínimo de 60cm OU todo o íleo (0,2 pt)**

Questão 5 (imagem de um divertículo de Meckel): Após correr o íleo terminal, o achado foi a imagem projetada, descreva sua conduta a partir de agora até a alta.

Resposta correta:

5a) Ressecar o divertículo de Meckel descrevendo uma das técnicas (com ou sem apendicectomia) **(0,1 pt)**

Questão 6: Informe as duas outras apresentações clínicas mais comuns de um divertículo de Meckel sintomático na infância e justifique os sintomas.

Resposta correta:

6a) Sangramento (0,2 pt)

6b) presença de mucosa gástrica ectópica (0,1 pt)

6c) Obstrução intestinal (0,2 pt)

6d) por brida interna OU promovendo rotação da alça por ponto de fixação na região umbilical OU cabeça de invaginação (0,1pt)

Caso 2 (Imagem de uma criança com massa palpável e de um ultrassom mostrando uma lesão heterogênea): Uma menina de 2 anos de idade, previamente saudável, sofreu queda de própria altura (escorregou em um piso molhado em casa) há 72 horas, sem perda de consciência e sem ter se chocado contra algo. Evoluiu sem queixas e sem sintomas, mas quando a mãe, que estava viajando, a examinou hoje, percebeu um aumento de volume do abdome e a levou imediatamente para a UPA mais próxima.

O médico emergencista, ao examiná-la, percebe que a mesma se encontra em bom estado geral, com sinais vitais normais. É possível palpar uma massa abdominal do lado esquerdo, com leve desconforto no rebordo costal esquerdo e não se observa hematomas na parede abdominal (Imagem 1).

É realizada uma radiografia de abdome que veio normal e uma ultrassonografia abdominal (Imagem 2). Solicitado ainda um hemograma completo que revelou uma anemia (8,2 g/dL), com volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média e concentração da hemoglobina corpuscular média normais.

O médico emergencista, então, encaminha para você, cirurgião (ã) pediátrico(a) que se encontra em um hospital pediátrico secundário, suspeitando de um grande trauma esquerdo com hematoma renal. Vc ao avaliar a criança corrobora a história clínica e exame físico relatados pelo emergencista.

Questão 1: Qual a sua interpretação inicial sobre a etiologia deste caso e conduta?

Resposta correta:

1a) A criança teve uma queda de pequena monta e apresenta uma massa abdominal renal importante e anemia. O trauma leve não justifica que a lesão seja um hematoma renal, ainda mais com uma anemia sem deficiência de ferro. Este quadro é o clássico que se observa no diagnóstico de muitas crianças com **tumor de Wilms (0,2 pt)**.

1b) Encaminhamento a um serviço terciário de oncologia pediátrica (0,1 pt)

1c) Solicitação de exames de estadiamento, entre eles, uma tomografia (ou ressonância) de abdome (0,1 pt) / pelve e uma tomografia de tórax.

Obs: caso o candidato não responda tomografia, perguntar se, caso ele fosse o cipe do serviço de oncologia, quais exames ele pediria para seguir a conduta.

Questão 2 (imagem de uma TC de abdome típica de um Wilms e de uma TC de tórax com seta apontando uma metástase pulmonar): Realizado então uma TC de abdome/ pelve e uma TC de tórax que revelaram estas imagens. Qual a sua hipótese diagnóstica a partir da imagem da TC?

Resposta correta:

2a) Imagem sugestiva de **tumor de Wilms (0,1 pt)**,

2b) pois a massa apresenta o clássico sinal de cálice ou garra saindo do rim esquerdo ou caracteristicamente oriundo do rim (0,2 pt).

2c) com metástase pulmonar (0,1 pt) A TC mostra um nódulo periférico altamente suspeito de meta pulmonar.

Questão 3: Qual a sua conduta terapêutica a partir da sua hipótese diagnóstica, considerando conduta pelos parâmetros europeus?

Resposta correta:

3a) Não há indicação de biópsia da lesão e iniciar quimioterapia pré-operatória (neoadjuvante) (0,2 pt, mesmo que não cite explicitamente que NÃO tem que biopsiar; se responder que faz QT, mas tem que biopsiar antes, pontua apenas com 0,1pt).

Questão 4 (imagem de um abdome aberto com exposição de um tumor de Wilms à esquerda):

Após realizar quimioterapia inicial, os nódulos metastáticos desapareceram e o tumor primário reduziu em 30%. A criança é, então, submetida a intervenção cirúrgica (imagem 4). Quais os cuidados e passos principais cirúrgicos que você deve realizar no intra-operatório, segundo o protocolo SIOP?

Resposta correta:

4a) O cirurgião deve ressecar completamente o tumor (0,2 pt) (seja por nefrectomia radical ou parcial)

4b) com cuidado para evitar rotura tumoral (0,2 pt).

4c) Importante a amostra linfonodal (0,2 pt) para adequado estadiamento.

Questão 5: O resultado da biópsia revelou um Nefroblastoma completamente ressecado, sem invasão de cápsula renal e sem sinais de rotura, sendo do tipo blastematoso. Segundo a classificação de risco da SIOP (Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica), em qual tipo de risco este tumor se encaixa e por quê?

Resposta correta:

5a) alto risco (0,2 pt)

5b) porque é do tipo blastematoso (0,2pt).

Caso 3: Lactente do sexo feminino de 2 meses de vida, vem encaminhada do interior do estado para avaliação de urgência especializada. Na história médica pregressa, a mãe de 18 anos realizou apenas 2 consultas de pré-natal, primeira gravidez, nascimento a termo por parto vaginal. A lactente tem história de ter tido infecção urinária febril por *Escherichia coli* há 40 dias. Recebeu tratamento com cefalexina por 10 dias e foi encaminhada para investigação especializada. Ainda aguardando consulta com o especialista. Há 12 horas iniciou com febre de 38.5°C, sem outros sintomas. Vinha mamando exclusivamente leite materno, e com evacuações normais até então. Neste atendimento no posto de saúde fez hemograma que apresentava leucocitose de 17300 leucócitos, com 13% de bastões, creatinina 0,4 mg/dl, uréia 25 mg/dl, cloro 95 mg/dl. Foi coletado urocultura com teste por saco coletor (sem resultado ainda) e exame qualitativo de urina com leucócitos (>10000/ml), hemácias (<10000/ml), densidade 1,017, pH 5,5, aspecto turvo, nitrito positivo, bacteriúria elevada, sem outras alterações significativas. Ao chegar na emergência, a criança está chorosa, prostrada, irritada, mamando pouco e com retenção urinária há 8h. O pediatra solicitou coleta de exames laboratoriais e chamou o cirurgião pediátrico para avaliação:

Questão 1 – Baseado neste quadro clínico, o que é importante avaliar no exame físico buscando o diagnóstico?

Resposta correta:

- 1a) **Avaliar genitália:** malformações, obstrução uretral (0,2)
- 1b) **Palpar abdome:** bexigoma, massa abdominal, crede para urinar (0,2)
- 1c) **Avaliar região lombo-sacra:** procurar estigmas sacrais (0,2)

Questão 2 (imagem de uma genitália feminina com uma ureterocele ectópica obstruindo uretra) – Como iniciar avaliação diagnóstica por imagem?

Resposta correta:

- 2a) **Ultrassonografia (ecografia) do aparelho urinário (0,2)**

Questão 3 (imagens de ultrassom revelando ureterocele, duplicidade e hidronefrose bilateral e ureterocele obstrutiva) – Qual o seguimento da investigação?

Resposta correta:

- 3a) **Uretrocistografia miccional (0,2)**
- 3b) **Cintilografia renal com DMSA (0,2)**
- 3c) **Cistoscopia (0,1)**

Questão 4 (imagens de UCM, DMSA e cistoscopia mostrando duplicidade pielocalicial e ureterocele) - Qual a hipótese diagnóstica?

Resposta correta:

- 4a) **Ureterocele ectópica causando obstrução uretral. (0,2)**
- 4b) **Duplicidade pieloureteral (0,1)**

Questão 5 – Qual o tratamento indicado a partir deste momento?

Resposta correta:

- 5a) **Antibioticoterapia. (0,1)**
- 5b) **Sondagem vesical para desobstruir a bexiga até a cirurgia (0,1)**
- 5c) **Fulguração / incisão da ureterocele (0,2)**

Caso 4 (Imagem do períneo de uma criança, sexo masculino, com anomalia anorretal sem sinais de fístula): Você é o cirurgião(ã) pediátrico(a) em um hospital pediátrico geral e é chamado no setor de Neonatologia para avaliar um recém-nascido do sexo masculino, com 6 horas de vida. Ao exame você observa que a criança é portadora da Trissomia do 21 (Síndrome de Down) e ao exame físico, encontra a situação da imagem.

Questão 1: Quais serão os seus primeiros passos neste caso, a partir de agora?

Resposta correta:

1a) Em RN portador de Anomalia Anorretal (AAR) deve-se **aguardar um período de 24 horas para observação** se haverá eliminação de mecônio (tempo que o ar deglutido alcance as porções terminais do intestino) **(0,2 pt)**.

1b) Durante as primeiras 24 horas, o recém-nascido deve receber fluidos intravenosos, antibióticos e decompressão nasogástrica para evitar aspiração **(0,2 pt)**;

1c) investigar a presença de outras anomalias congênicas associadas, através de raio X simples de coluna (malformações de coluna vertebral e sacro), raio X simples de abdome (malformações gastrintestinais), US vias urinárias (malformações urinárias) e ecocardiograma (malformações cardíacas), além do exame de urina para verificar se há mecônio **(0,2 pt)**.

Questão 2: Qual o provável tipo de Anomalia Anorretal e justifique a sua resposta?

Resposta correta:

2a) AAR sem fístula (0,2 pt).

2b) Recém-nascidos com Síndrome de Down e portadores de AAR, em cerca de 90 a 95% trata-se de AAR sem fístula (0,2 pt)

Questão 3: Quando se deve indicar um invertograma em crianças com MFAR, em geral?

3a) O invertograma é indicado em apenas 15-20 % das AAR no sexo masculino e 10-15% no sexo feminino, **quando não ficar caracterizado presença de fístula (0,2 pt)**.

Questão 4: Como é realizado tecnicamente o invertograma? Como vc conduz a criança a partir dos resultados possíveis deste exame?

4a) No invertograma deve-se colocar o RN em decúbito ventral, com os membros fletidos, com um reparo radiopaco na impressão anal e mede-se a distância entre a impressão anal e a porção terminal do intestino **(0,1 pt)**.

4b) Em distâncias ≤ 1 cm, caracteriza AAR baixa e pode-se indicar a cirurgia sem colostomia; se a distância for > 1 cm, caracteriza AAR alta e deve-se realizar a colostomia **(0,1 pt)**.

Questão 5: Se você definiu que se trata de uma AAR alta, quais os próximos passos?

Resposta correta:

5a) Deve-se **realizar a colostomia em cólon descendente, em duas bocas**, deixando-se o cólon sigmóide livre para a posterior cirurgia de abaixamento **(0,2 pt)**.

5b) Após 3 a 4 semanas, realiza-se o **colograma distal e/ou uretrocistografia miccional** para confirmar ou não a presença da fístula **(0,2 pt)**.

5c) Cirurgia definitiva (anorretoplastia sagital posterior) **após 4-6 meses de idade (0,2 pt)**.

Caso 5 - Menina, 6 anos de idade, com história de quadro gripal iniciado há 2 semanas com febre e tosse. Foi à UPA, sendo medicada com sintomáticos na época e realizado PCR para Covid-19 que foi negativo.

Evoluiu com piora clínica, com prostração, mantendo febre 38,5 graus.

Retorna à urgência uma semana depois, sendo internada com diagnóstico de pneumonia e iniciado tratamento com amoxicilina e clavulanato. Evoluiu com manutenção dos picos febris, inapetência, tosse e dispneia moderada. Hemograma revelou piora do leucograma: 28500 neutrófilos 6% de bastonetes e hemoglobina de 8,2.

Como evoluiu sem melhora, foi, então, transferida para hospital terciário, sendo solicitado sua avaliação, como cirurgia(ã) pediátrico(a).

Na admissão: prostrada, febril 38 graus, murmúrio vesicular reduzido com submacicez à percussão do hemitórax esquerdo, taquicardica, PA 90x60 mmhg e pulso célere e rítmico.

Questão 1 - Qual a hipótese diagnóstica mais provável nesse caso?

Resposta correta:

1a) Pneumonia com derrame pleural (0,2 pt)

Questão 2 - Quais exames você solicitaria para conduzir o caso?

Resposta correta:

2a) Rx de Tórax PA/AP (0,1 pt)

2b) Rx de Tórax em Perfil (0,1 pt)

2c) Ultrassonografia do Tórax (0,2 pt)

Questão 3 (Imagem de Rx de tórax PA e perfil revelando extenso derrame pleural e uma ultrassonografia com derrame pleural septado): Diante do caso e exames realizados, qual sua conduta?

Resposta correta:

3a) Videotoracoscopia ou fibrinolíticos (alteplase) (0,2 pt)

3b) Reserva de concentrado de hemácias (0,1 pt)

3c) CTI/ UTI (0,1 pt)

Questão 4 (Vídeo de uma videotoracoscopia mostrando um derrame pleural septado com fibrina em fase 2): Criança levada a cirurgia videotoracoscopia e achado foi este do vídeo mostrado ao lado, diante disto o que fazer no intra-operatório?

Resposta correta:

4a) Descorticação pulmonar removendo fibrina OU “toilet pleural” e expandindo o pulmão com lavagem pleural (0,3 pt)

4b) e drenagem pleural fechada em selo d’água (0,1 pt)

Questão 5 - Qual a fase mais provável deste empiema desta criança e o que caracteriza esta fase?

Resposta correta:

5a) Fase subaguda OU fibrinopurulenta (fase 2) (0,2 pt)

5b) caracterizada por acúmulo de fibrina sobre o pulmão e/ou septações multiloculadas (0,2 pt).

Questão 6 (Imagem de um Rx de tórax drenado após videotoracoscopia para tratamento de derrame pleural septado) - Quais critérios são importantes para retirada do dreno pleural?

Resposta correta:

6a) Diminuição ou cessação do volume drenado pelo dreno e sem escape de ar no sistema (0,2 pt)