GABARITO PÓS-RECURSO

PROVA DISCURSIVA

R4 – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA (602)

As inclusões e/ou alterações de gabarito se encontram em vermelho.

QUESTÃO 01)

a) A técnica de Hasson ou técnica aberta é feita por meio de incisão longitudinal ou transversa da pele na região umbilical, realizando-se a exposição da fáscia com afastadores e tracionando com pinças, para facilitar. A incisão é feita até a abertura do peritônio. Visualiza-se diretamente a cavidade. É realizada a exploração digital, procurando aderências na parede. Realiza-se sutura em bolsa, reparando o peritônio, e o trocar é inserido. Pode-se usar trocar específico com anel cônico, utilizado para vedação do orifício aberto. Após essas etapas, é iniciada a insuflação.

b)

- Teste de recuo da agulha: observa-se o recuo (e som) da mola da agulha compatível com a passagem pelas camadas da parede. O número de recuos ou sons deve corresponder ao número de camadas que se espera atravessar, de acordo com o ponto de entrada;
- Teste de aspiração: após passagem da agulha, uma seringa com soro fisiológico é colocada e realiza-se a aspiração, para assegurar que não houve perfuração de vaso sanguíneo, alça intestinal ou estômago. Pode-se injetar o soro fisiológico, o que deve ocorrer sem resistência, e realizar a aspiração. Havendo retorno do volume injetado, a localização pode ser pré-peritoneal ou estar em local com aderência;
- Teste da gota pendente: após passagem da agulha, coloca-se pequena quantidade de soro na válvula que deve estar aberta. Ao se elevar a parede abdominal, a gota deverá sair de uma área de alta pressão (externa) para uma área de baixa pressão (cavidade abdominal);
- Medidas seriadas da pressão intra-abdominal durante insuflação: após passagem das agulhas, conecta-se a mangueira de insuflação e inicia-se o pneumoperitônio. A pressão inicial deve ser baixa (inferior a 10mmhg). Pressões iniciais altas sugerem posicionamento errado.

c)

- Cauterização bipolar através do portal contralateral;
- Passagem de sonda de *foley* pelo orifício do trocar, insuflação do balão e tração na parede abdominal da sonda de *foley*, fixando com pinça para manter a compressão;
- Passagem de fios de sutura através das paredes acima e abaixo da área da artéria;
- Ampliação da incisão onde houve lesão, para visualização e ligadura do vaso;
- Compressão, por pelo menos cinco minutos, com manutenção do pneumoperitônio e observação para assegurar o controle.

GABARITO PÓS-RECURSO

PROVA DISCURSIVA

R4 – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA (602)

QUESTÃO 02)

a) Pré-operatório: uso de medicações hormonais para controle do sangramento (contraceptivos orais combinados, progestógenos, danazol, gestrinona), suplementação de ferro oral associado à vitamina C, ferro parenteral, uso de análogos do GnRH e/ou ácido tranexâmico;
Per-operatório: torniquete com sonda de *foley*, fio de sutura ou fita cardíaca ao redor das artérias uterinas, *clamps* vasculares do tipo *bulldog* nas artérias uterinas, misoprostol via retal, vasopressina intramiometrial, uso de bisturi ultrassônico, ligadura do pedículo vascular na psedocápsula e/ou uso de análogo do GnRH.

b) Energia bipolar: soro fisiológico ou *ringer* lactato, meio eletrolítico, osmolaridade próxima do sangue, menor risco de desequilíbrio hidroeletrolítico com absorção excessiva do meio distensor e conduz elétrons;
Energia monopolar: meios não eletrolíticos, não conduz elétrons, diferentes opções (sorbitol, sorbitol/manitol, glicina, água destilada) que podem causar desequilíbrio hidroeletrolítico, risco de hiponatremia dilucional grave e controle inadequado da hiponatremia dilucional grave pode causar dano neurológico grave.

"Glicina - Ácido aminoacético, C,H,NO, solução de 15g diluída em 1.000 mL de água, isotônica a 2,2% e ligeiramente hipotônica a 1,5%, com baixa viscosidade, osmolaridade é de 200mosm/L, pH entre 4,5 e 6,5. Não contém eletrólitos, é adequada para a energia monopolar. Possui um índice de refração em torno de 1,3325 e 1,3347, o que lhe dá uma qualidade de imagem clara, translúcida. A baixa viscosidade não interfere na manutenção do instrumental. No caso de intravazamento produz hiponatremia por hemodiluição. É metabolizada no fígado por desaminação para amônia e transaminação para outros aminoácidos, assim seu uso em pacientes com função hepática alterada deve ser cauteloso".
"O sorbitol a 5% é uma solução isotônica, do açúcar hexitol, hiposmolar 178mlOsm/L, degradada no fígado em glicose e frutose. Pode ocorrer hiperglicemia no pós-operatório, e em pacientes diabéticos, o uso é restrito. A hiponatremia também está associada ao seu uso, por hemodiluição. Não possui eletrólitos, sendo muito útil nas cirurgias de energia monopolar."
"Manitol a 5% - Esta solução de baixa viscosidade, isotônica, não eletrolítica, derivada do álcool hexaédrico, tem como principal característica se manter no compartimento extracelular, causando expansão excessiva do mesmo. Pode proporcionar ocorrência de edema pulmonar, sendo controlado com diuréticos. É metabolizado pelos rins, nos glomérulos, com a reabsorção tubular de 10%. Sua meia-vida de eliminação nos adultos com função renal preservada é em torno de 100 minutos."

GABARITO PÓS-RECURSO

PROVA DISCURSIVA

R4 – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA (602)

c) Para pacientes que desejam gestar, com história de perdas gestacionais e miomas submucosos e/ou que distorcem a cavidade, indica-se a realização de miomectomia.

QUESTÃO 03)

a) Histerectomia pela via vaginal, justificada por útero de tamanho inferior a 280cm^3, mobilidade uterina, acesso às laterais uterinas, septos livres e sem sinais de endometriose.

b) Identificação da lesão: visualização direta da lesão e/ou sonda vesical, extravasamento de urina na cavidade, encher a bexiga com contraste e observar sua saída para a cavidade, gás no coletor de urina, lesão observada em cistoscopia realizada no per-operatório.
Manejo: reparo com fios absorvíveis em dois planos, quando possível, e manutenção do cateter vesical por pelo menos cinco ou sete dias.

c) Ovário esquerdo: irrigação arterial pela artéria ovariana esquerda, ramo direto da aorta e drenagem venosa pela veia ovariana para a veia renal esquerda;
Ovário direito: irrigação arterial pela artéria ovariana direita, ramo direto da aorta e drenagem venosa pela veia ovariana até a veia cava.

QUESTÃO 04)

a) Torção de ovário direito / Torção de anexo direito.

b) Cistos ovarianos, hidrossalpinge, gestação, ligadura tubária, estimulação ovariana para fertilização.

c) Na suspeita, indicar cirurgia. A abordagem laparoscópica é preferível. Deve-se identificar a lesão; se houver torção, destorcer o anexo afetado; irrigar cavidade e observar viabilidade do ovário; caso haja sinais de necrose evidente, realizar anexectomia. Se houver anexo viável, avaliar a segurança do manejo do cisto anexial e realizar ooforoplastia. A critério do cirurgião, pode-se optar por realizar a plástica do ovário em segundo tempo. A decisão de realizar a ooforopexia é avaliada pelo cirurgião durante o procedimento cirúrgico de emergência. A ooforopexia é sugerida em caso de torção de anexo único, torção de anexo normal, torção recorrente, torção bilateral, comprimento excessivo do ligamento útero-ovariano ou fixação do ovário contralateral em casos de anexectomia por torção do outro ovário.