

RESIDÊNCIA MÉDICA

2015

Pré-requisito

Cirurgia Geral

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
DO
ESTADO
DO
RIO DE JANEIRO**

**HUGG - Hospital
Universitário
Gaffrée e Guinle**

Programas

Cirurgia Geral R3
(Videolaparoscopia)
Cirurgia do Ap. Digestivo
Urologia

1) Em se tratando de avaliação dos pacientes no pré-operatório, é **CORRETA** a seguinte assertiva:

- a) Pacientes com hemoglobina a partir de 7 g/dl deverão ser submetidos à hemotransfusão sempre.
- b) O teste de subir dois lances de escada não serve como parâmetro da função cardiopulmonar e não pode ser fator de risco para morbidade nos pacientes de cirurgia geral.
- c) Há necessidade de avaliação da função pulmonar detalhada em pacientes hígidos que sofrerão grandes cirurgias ortopédicas dos membros inferiores, como também em abdominais inferiores e pelve.
- d) Não há necessidade de se introduzir insulina regular no pós-operatório dos pacientes diabéticos tratados com medicação oral hipoglicemiante que serão submetidos a grandes cirurgias.
- e) Quando identificamos em um paciente sem história de doença renal a creatinina sérica acima de 2,0mg/dl, isto representa fator de risco para complicações pós-operatórias.

2) O procedimento adequado em relação à profilaxia antimicrobiana em cirurgias eletivas está indicado na seguinte assertiva:

- a) Somente os casos de pacientes diabéticos com passado de colecistite aguda deverão utilizar antibiótico profilático. Todos os outros diabéticos não deverão fazer uso de profilaxia.
- b) Todas as hernioplastias inguinais merecem profilaxia antibiótica, mesmo as que não utilizam prótese, visto que a microbiota da pele é muito grande e patogênica.
- c) Prescrever antibioticoterapia profilática por mais de 48 horas não interfere no aparecimento de microbiota resistentes e não aumenta os custos do tratamento, pois minimiza a infecção de ferida.
- d) É desnecessário o prolongamento da antibioticoterapia profilática em situações não complicadas, o que evita o retardo do diagnóstico de infecções instaladas.
- e) Nas colecistectomias, quando ocorrer curtos períodos de contaminação da área cirúrgica, o uso de antibiótico profilático não diminui a incidência de infecções.

3) Sobre o tratamento do hipertireoidismo por Doença de Basedow-Graves, é **CORRETO** afirmar que

- a) a doença em crianças é tratada de preferência com cirurgia.
- b) o tratamento com medicamentos possui a mesma taxa de recidiva que o procedimento cirúrgico.
- c) a doença em questão é de origem autoimune e, somente, a radioterapia trata a causa da doença.
- d) poucos pacientes apresentarão em longo tempo de acompanhamento hipotireoidismos, após a tireoidectomia subtotal.
- e) o tratamento com radiodo ou com cirurgia possui a mesma expectativa de tempo de controle dos sintomas no período pós-tratamento.

4) Paciente portador de hiperparatireoidismo primário uniglandular foi submetido à cirurgia de paratireoide com intuito de cura da doença. A complicação pós-operatória mais frequente no caso é

- a) Hipotireoidismo transitório.
- b) Queda do PTH, após 36 horas de cirurgia.
- c) Paralisia bilateral de cordas vocais seguida de traqueostomia.
- d) Hipocalcemia grave com necessidade de reposição venosa de gluconato de cálcio nas primeiras 24 horas de cirurgia.
- e) Hipocalcemia transitória, possivelmente relacionado à incorporação de cálcio nos ossos.

5) As consequências da hiper-hidratação no período pré-operatório estão listadas abaixo, **EXCETO**:

- a) Aumento ponderal e edema periférico.
- b) Congestão pulmonar.
- c) Menor incidência de íleo.
- d) Náuseas e vômitos pós-operatórios
- e) Deiscência de anastomoses intestinais.

6) Pacientes com doenças oncológicas possuem maior risco nutricional. Sobre a terapia nutricional pré-operatória, pode-se considerar como **CORRETO** o seguinte procedimento:

- a) Não devemos suspender a dieta enteral quando se instala distensão abdominal e íleo no pós-operatório.
- b) Terapia nutricional enteral possui a mesma taxa de infecção do que a nutrição parenteral.
- c) Nutrição enteral deve ser a preferência inicial de terapia nutricional no pós-operatório de todos os pacientes submetidos à cirurgia de grande porte.
- d) Há diminuição das complicações em cerca de 10% nos pacientes submetidos a grandes cirurgias quando utilizam nutrição parenteral no pós-operatório.
- e) Em pacientes desnutridos graves, quando se oferta nutrição parenteral por 7 a 10 dias no pré-operatório, há melhora de todos os parâmetros nutricionais, como albumina sérica, peso, força muscular, balanço nitrogenado.

7) Paciente submetido à tireoidectomia total com achado histopatológico de substância amilóide, com hipertensão arterial de difícil controle. O exame a ser solicitado para se diagnosticar e a síndrome de neoplasia endócrina múltipla associada a este caso, são, respectivamente,

- a) ATH/Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 B
- b) PTH/Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 A.
- c) VIP/Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1.
- d) Cromogranina/Síndrome de Gardner.
- e) TSH/Síndrome de Graves

8) Analise a seguinte situação:

Um paciente de 30 anos, com nódulo sólido em lobo direito tireoidiano com suspeita de carcinoma de tireoide. É **CORRETO** afirmar que

- a) lesões isoecoicas à ultrassonografia e a citologia apresenta muitos linfócitos e coloide.
- b) nódulo hiperecoico e doplerfluxometria com vascularização periférica ao ultrassom.
- c) nódulo firme à palpação, móvel à deglutição, a ultrassonografia nódulo com halo periférico completo com calcificações grosseiras e vascularização periférica ao dopler.
- d) o exame físico demonstrou linfadenomegalia cervical ipsilateral, vascularização central ao ultrassom.
- e) nódulo isoecoico e doplerfluxometria com vascularização periférica ao ultrassom, citologia com coloide e hemosiderina células foliculares atípicas.

9) A situação clínica de contraindicação ao início de nutrição enteral é

- a) Paciente com choque séptico.
- b) Paciente com pancreatite aguda biliar.
- c) Pós-operatório de paciente com peritonite por apendicite aguda perfurada.
- d) Paciente em pré-operatório de câncer gástrico de antro.
- e) Pós-operatório de cirurgia de Hartmann devido à lesão perfurante de sigmoide por projétil de arma de fogo.

10) A respeito da doença de Basedow e Graves **NÃO** é correto afirmar que

- a) Os nódulos hipocaptantes em glândulas com doença de Graves deverão ser puncionados para afastar malignidade.
- b) A tireoidectomia total está contraindicada em pacientes com oftalmopatia de Graves.
- c) A radioterapia possui resultados semelhantes à cirurgia.
- d) A maior taxa de recidiva está no tratamento medicamentoso.
- e) A cirurgia só deverá ser realizada após o preparo adequado do paciente com drogas antitireoidianas, solução de lugol, para diminuir as complicações pós-operatórias.

11) A citologia de tireoide possui alto poder de sensibilidade e de especificidade no diagnóstico de lesões malignas da tireoide, exceto quando se trata de lesão folicular. É **INCORRETO** afirmar que

- a) quando a citologia sugere lesão folicular, a indicação de cirurgia é a conduta preferida.
- b) a lesão folicular possui a mesma morfologia tanto nas células do adenoma como as do carcinoma.
- c) quando a lesão folicular é hipercaptante, indica-se tireoidectomia total, pois a presunção de câncer é alta.
- d) a biópsia de congelação intra-operatória é um bom exame para diferenciar as lesões benignas das malignas, mas possui alto índice de discordância com o exame definitivo pela parafina.
- e) a invasão de células foliculares na cápsula da glândula indica o caráter maligno da lesão e só é encontrada na peça cirúrgica.

12) É **INCORRETO** afirmar a respeito da hidratação com cristalóides que

- a) a infusão de cristalóides é segura, visto que em torno de 30% da solução ficará no intra-vascular. Porém, são necessários grandes volumes para repor a volemia em casos de grande perda.
- b) em pacientes hipotensos, deveremos infundir soluções cristalóides até o momento em que a pressão se normalize, independente do volume.
- c) o uso de grandes volumes de soluções cristalóides não é isento de complicações, mesmo sendo esta solução isosmolar.
- d) parte do sódio infundido é excretado pelo rim. Porém, uma grande parte é reabsorvido, carreando junto água e causando edema, se houver grandes volumes infundidos.
- e) a acidose metabólica hiperclorêmica é uma das complicações graves da reposição maciça de cristalóides.

13) A melhor conduta para um paciente com desnutrição leve a ser submetido a uma gastrectomia total por câncer de estômago é a seguinte:

- a) Fazer nutrição parenteral no pré-operatório.
- b) Operar imediatamente e iniciar dieta enteral no primeiro dia de pós-operatório.
- c) Deixar o paciente em jejum por 4 dias para cicatrização das anastomoses no pós-operatório.
- d) Iniciar nutrição parenteral no pós-operatório imediato.
- e) Hidratação venosa volumosa pré-operatório.

14) Cefaleia importante, debilidade muscular e câimbras, fadiga, poliúria e polidipsia. Ao exame físico, encontra-se hipertensão arterial e desidratação. Os exames laboratoriais mostram hipocalcemia e alcalose metabólica. O hormônio alterado e a cirurgia indicada são, respectivamente,

- a) Aldosterona/ Suprarenalectomia unilateral.
- b) TSH/Tireoidectomia total.
- c) Cortisol/Microcirurgia na hipófise.
- d) Adrenalina/Suprarenalectomia unilateral.
- e) Calcitonina/Tireoidectomia total com esvaziamento central.

15) Paciente, do sexo masculino, 61 anos, com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 6 dias, dá entrada no pronto socorro com confusão mental, taquipneico, pressão arterial inaudível, abdômen distendido e muito doloroso difusamente. As medidas que podem influenciar no prognóstico deste paciente são

- a) Cirurgia imediata.
- b) Cirurgia de urgência após Hemotransfusão com concentrado de hemácias e plasma.
- c) Hidratação venosa com cristalóide de maneira rápida, cirurgia após a hidratação inicial.
- d) Antibioticoterapia para gram negativos e anaeróbios, cirurgia após 2 doses de antibióticos.
- e) Hidratação venosa com 1000 ml de cristalóide rápida, antibioticoterapia de largo espectro (aeróbio e anaeróbio) imediatamente, cirurgia imediata após essas manobras.

16) Em relação à síndrome da artéria mesentérica superior fazem parte do quadro clínico da doença as seguintes reações:

- a) diarreia, distensão e dor abdominal.
- b) vômitos, perda de peso e dor epigástrica.
- c) dor abdominal, melena e perda de peso.
- d) perda de peso, vômitos e melena.
- e) febre, perda de peso e diarreia.

17) Paciente de 63 anos é internado com febre, leucocitose e dor em FIE. Os exames de imagem mostram espessamento e infiltrado inflamatório do sigmoide com presença de coleção pericólica de 4cm. Além da antibioticoterapia, o tratamento deve constar de

- a) colostomia de derivação em alça.
- b) videolaparoscopia diagnóstica.
- c) drenagem percutânea.
- d) cirurgia de Hartmann.
- e) sigmoidectomia com anastomose primária.

18) Paciente de 65 anos dá entrada no pronto-socorro com suspeita de volvo de sigmoide. Ao exame apresenta-se taquicárdico, hipotenso, com sinal de Bloomer positivo nos quatro quadrantes do abdome. O tratamento de escolha deverá ser

- a) colonoscopia.
- b) sigmoidopexia.
- c) sigmoidostomia.
- d) cirurgia de Hartmann.
- e) clister opaco com contraste hidrossolúvel.

19) Durante uma endoscopia digestiva diagnostica-se óstio diverticular na parede medial do duodeno. A conduta **CORRETA** deve ser

- a) gastroenteroanastomose em “y de Roux”.
- b) duodenopancreatectomia.
- c) diverticulectomia.
- d) expectante.
- e) jejunostomia.

20) Durante uma laparotomia exploradora, observa-se carcinomatose mucinoide peritoneal. O tumor primário mais provável deve estar localizado no

- a) reto.
- b) fígado.
- c) pâncreas.
- d) estômago.
- e) apêndice.

21) Paciente dá entrada no pronto-socorro apresentando dor anal aguda e febre. O diagnóstico mais provável é

- a) trombose hemorroidária.
- b) retocolite ulcerativa.
- c) fístula anal.
- d) fissura anal.
- e) abscesso anal.

22) Paciente apresenta lesão de 1,5cm em canal anal cuja ressecção local mostrou tratar-se de carcinoma epidermoide estágio T1. A conduta **CORRETA** deverá ser

- a) amputação do reto e colostomia.
- b) quimiorradioterapia.
- c) radioterapia.
- d) expectante.
- e) quimioterapia.

23) A síndrome de Lynch caracteriza-se por tumores colorretais desenvolvidos em idade inferior aos 50 anos, preferencialmente, situados no cólon direito. As alterações genéticas mais comumente encontradas neste grupo de pacientes é

- a) alterações do APC.
- b) instabilidade microssatélite.
- c) deleções do p53.
- d) mutações no K-ras.
- e) mutações no C-kit.

24) A principal manifestação extraintestinal envolvida na síndrome da polipose adenomatosa familiar é

- a) osteomas.
- b) tumor periampular.
- c) tumores desmoides.
- d) hipertrofia pigmentar congênita do epitélio da retina.
- e) hiperpigmentação mucosa.

Analise o quadro clínico abaixo e responda às questões nº 25 e 26.

Paciente masculino 63a, com queixa de há alguns meses apresentar desconforto torácico em aperto e palpitações, principalmente após as refeições. Refere também dispneia a moderados esforços. Conta que apresentou fezes malcheirosas e enegrecidas algumas horas depois de piora aguda da dor. Não faz uso de medicação regulares.

25) A principal hipótese diagnóstica é

- a) hérnia paraesofágica.
- b) CA de esôfago.
- c) DRGE.
- d) CA gástrico.
- e) úlcera duodenal.

26) O exame que **NÃO** contribui com o diagnóstico da patologia é

- a) esofagomanometria.
- b) esofagografia.
- c) raios x de tórax.
- d) endoscopia digestiva alta.
- e) tomografia computadorizada de tórax.

27) A alteração fisiológica relacionada à litogênese biliar após by-pass gástrico em Y de Roux para tratamento da obesidade mórbida é denominada

- a) Período pré-menopausa.
- b) Reposição de estrógeno.
- c) Diminuição da produção de mucina.
- d) Hipomotilidade da vesícula biliar.
- e) Reganho de peso corporal no pós-operatório.

28) O maior fator de risco para conversão de colecistectomia videolaparoscópica em paciente com colecistite aguda tratado, inicialmente, de forma conservadora por meio de analgesia e antibioticoterapia é

- a) obesidade.
- b) coledocolitíase.
- c) vesícula escleroatrófica.
- d) perfuração da vesícula biliar.
- e) operação de urgência decorrente de sintomas persistentes.

29) A circunstância diretamente associada ao aumento do tempo operatório observado no tratamento da colecistite aguda realizado por videolaparoscopia por acesso único (single port) é

- a) maior taxa de conversão.
- b) maior sangramento no intra-operatório.
- c) empiema da vesícula biliar.
- d) índice de massa corporal $<30\text{kg/m}^2$.
- e) laparotomia prévia.

30) A reação frequente em pacientes que são submetidos à colecistostomia para tratamento da colecistite aguda alitiásica é

- a) Coleperitônio.
- b) Icterícia obstrutiva.
- c) Reintervenção e colecistectomia.
- d) Aumento da taxa de mortalidade.
- e) Sepses de origem biliar.

31) O tratamento a ser empregado em paciente que apresenta Síndrome de Mirizzi Tipo IIb (Classificação de Beltran) associada a íleo biliar é

- a) Enterolitotomia, exclusivamente.
- b) Enterolitotomia e colecistectomia.
- c) Enterolitotomia e colecistostomia.
- d) Enterolitotomia, colecistectomia sub-total e derivação bileo-entérica.
- e) Enterolitotomia, fechamento da fistula bileo-entérica.

32) O tratamento abaixo relacionadas é o indicado para a Síndrome de Bouveret, cuja obstrução é pós-bulbar e a fístula é de grande dimensão é

- a) Duodenolitotomia e colecistectomia sub-total.
- b) Colecistectomia e fechamento da fístula.
- c) Duodenolitotomia, colecistectomia e duodenojejunostomia em Y de Roux.
- d) Colecistectomia, Duodenolitotomia e gastrojejunostomia.
- e) Duodenolitotomia e fechamento da fístula.

33) A lesão iatrogênica do ducto biliar comum decorrente de colecistectomia videolaparoscópica, inferior a 50% de sua circunferência, é representada na classificação de Strasberg pela seguinte nomenclatura:

- a) Tipo E5.
- b) Tipo B.
- c) Tipo E4.
- d) Tipo D.
- e) Tipo E3.

34) A condição abaixo relacionada associada ao mecanismo de lesão da via biliar do tipo II da Classificação de Stewart-Way é

- a) Sangramento acentuado.
- b) Ducto cístico largo.
- c) Anomalia anatômica.
- d) Infundíbulo redundante da vesícula biliar.
- e) Extensão da incisão do ducto cístico até o ducto biliar comum para colocação de cateter de colangiografia.

35) O tratamento a ser adotado em um paciente submetido à colecistectomia videolaparoscópica durante a qual é identificada lesão do ducto biliar comum do Tipo I da Classificação de Stewart-Way é

- a) Drenagem biliar externa e derivação bileo-digestiva num segundo tempo.
- b) Reparo imediato por meio de sutura com drenagem biliar externa.
- c) Hepaticojejunostomia.
- d) Reparo imediato por meio de sutura.
- e) Drenagem biliar interna com colocação de prótese por via endoscópica.

36) A circunstância associada ao maior tempo de sobrevida do paciente após reoperação para tratamento do câncer da vesícula biliar identificado incidentalmente é

- a) Estadio N0.
- b) Ressecção do leito hepático da vesícula biliar com margem negativa.
- c) Segmentectomia hepática dos segmentos IV e V.
- d) Hemihepatectomia.
- e) Estadio T1b.

37) A conduta cirúrgica a ser adotada para tratamento do colangiocarcinoma do tipo IIIb (Classificação de Bismuth-Corlette), de modo a aumentar a possibilidade de uma ressecção do tipo R0 é

- a) Ressecção do ducto biliar extra-hepático, ressecção do segmento IV, linfadenectomia e hepaticojejunostomia.
- b) Ressecção do ducto biliar extra-hepático, ressecção do segmento IV e do lobo caudado, linfadenectomia e hepaticojejunostomia.
- c) Transplante hepático.
- d) Ressecção do ducto biliar extra-hepático, ressecção do segmento IV e do lobo caudado, linfadenectomia sob demanda e hepaticojejunostomia.
- e) Ressecção do ducto biliar extra-hepático, ressecção dos segmentos II, III e IV e do lobo caudado, linfadenectomia e hepaticojejunostomia.

- 38)** O grau intermediário da classificação histopatológica dos tumores neuroendócrinos do pâncreas é caracterizado por
- índice Ki67 de 2%, 10 mitoses/50 campos microscópicos e neoplasia moderadamente diferenciada.
 - índice Ki67 < 10%, 25 mitoses/50 campos microscópicos e neoplasia bem diferenciada.
 - índice Ki67 de 10%, 15 mitoses/50 campos microscópicos e neoplasia bem diferenciada.
 - índice Ki67 de 23%, 10 mitoses/50 campos microscópicos e neoplasia bem diferenciada.
 - índice Ki67 de 7%, 18 mitoses/50 campos microscópicos e neoplasia pouco diferenciada.
- 39)** O tratamento de uma coleção líquida peripancreática de cerca de 18 cm de maior eixo identificada por tomografia computadorizada em paciente com pancreatite aguda grave, no quinto dia, após o início dos sintomas da doença é
- Antibioticoterapia.
 - Drenagem externa.
 - Tratamento conservador.
 - Drenagem interna caso não haja resolução em até quatro semanas.
 - Drenagem em até 24 horas caso a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica demonstre comunicação com o sistema ductal pancreático.
- 40)** O fator associado ao maior risco de aparecimento de fístula pancreática pós-duodenopancreatectomia para tratamento de neoplasia maligna localizada na cabeça do pâncreas é
- Sexo masculino.
 - Diâmetro do ducto biliar principal.
 - Icterícia.
 - Doença cardiovascular.
 - Tipo de anastomose pancreatidigestiva.
- 41)** A condição que pode indicar a diverticulectomia para um divertículo de Meckel identificado incidentalmente durante uma laparotomia em um paciente em bom estado físico e sem comorbidades é
- Paciente do sexo feminino.
 - Divertículo de óstio estreito.
 - Paciente com menos de 50 anos de idade.
 - Divertículo com mais de 4cm de comprimento.
 - A diverticulectomia está sempre indicada nesta circunstância.
- 42)** A recidiva do carcinoma hepatocelular é um problema de grande relevância após o tratamento cirúrgico com intenção curativa. A circunstância reconhecida como fator de risco para recidiva deste tipo de neoplasia maligna é
- Ausência de expressão da IL-6 no tecido tumoral.
 - Invasão microvascular.
 - Invasão neural.
 - Ausência de expressão da IL-6 no parênquima hepático Peri-tumoral.
 - Cirrose macronodular.

43) Um homem de 40 anos durante atividade física sente uma forte dor no quadrante inferior direito do abdômen. Durante a cirurgia, o cirurgião abre a região inguinal e encontra um saco herniário com o intestino projetando através da parede abdominal logo acima do ligamento inguinal e lateral aos vasos epigástricos inferiores. A hérnia foi diagnosticada como

- a) hérnia inguinal indireta.
- b) hérnia inguinal direta.
- c) hérnia femoral.
- d) hérnia incisional.
- e) hérnia de Spiegel.

44) O procedimento que **NÃO** faz parte do tratamento da embolia gasosa por CO₂ é

- a) Oxigênio a 100%.
- b) Decúbito lateral esquerdo.
- c) Instalação de cateter central para drenar o CO₂.
- d) Posição de Trendelenburg.
- e) Adição de óxido nítrico.

45) A neo-adjuvância com radio e QT está indicada, primeiramente, em

- a) CA de sigmoide, T3 M1, para fígado, há 20 cm da margem anal.
- b) CA de reto, ocluindo a luz intestinal há 6 cm da margem anal.
- c) CA de reto, T2N0 de reto há 3 cm da margem anal.
- d) CA de reto, T3N0 há 12 cm da margem anal.
- e) CA de reto, T3N0 há 6 cm da margem anal.

46) Em relação aos divertículos de esôfago, é **CORRETO** afirmar que

- a) Os divertículos falsos estão associados a distúrbio da motilidade esofageana.
- b) Uma vez feito o diagnóstico, tem indicação cirúrgica.
- c) São sempre divertículos de pulsão.
- d) São divertículos verdadeiros.
- e) Estão sempre associados a linfonodopatias.

Analise o quadro clínico abaixo e responda às questões nº 47, 48 e 49

Paciente feminina 65a com quadro de dor abdominal em FIE, há 03 dias, apresentando febre, FC de 105 bpm, PA de 120 x 80. Procura o PS, é examinada, são solicitados exames. O exame laboratorial revela ht de 47%, hb 14,5%, Leucograma: 16700 leucócitos com 06 bastões.

47) O exame de imagem a ser solicitado pelo plantonista é

- a) Ultrassonografia de abdome e pelve.
- b) Rotina Radiológica de Abdome agudo.
- c) Tomografia computadorizada de abdome e pelve.
- d) RNM de abdome e pelve.
- e) Ultrassonografia transvaginal.

48) O exame solicitado revela hinchey 2. Esse quadro está melhor descrito na seguinte opção:

- a) peritonite fecal.
- b) peritonite purulenta.
- c) abscesso subfrenico e pileflebite.
- d) inflamação colônica com abscesso pericólico.
- e) inflamação colônica com abscesso pélvico.

49) O tratamento menos agressivo aceitável para debelar o quadro seria

- a) antibiótico terapia venosa.
- b) drenagem do abscesso e antibióticoterapia.
- c) rafia local.
- d) laparotomia com operação de Harttman.
- e) antibiótico terapia oral.

50) Da operação para DRGE associada à hérnia do Hiato, a melhor descrição dos objetivos desse procedimento cirúrgico na sua ordem é

- a) redução do estômago, aproximação dos pilares, confecção de válvula antirefluxo.
- b) fundoplicatura , ligadura dos vasos curtos, vagotomia.
- c) redução do estômago, aproximação dos pilares, esofagmiotomia.
- d) aproximação dos pilares, confecção de válvula antirefluxo, piloroplastia.
- e) ressecção do saco herniário, gastropexia, aproximação dos pilares.