



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 8

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 20/01/2018 – HORÁRIO: 14 às 16 horas (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min.** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

### RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE  
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.  
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – COLOPROCTOLOGIA

**Nº DE INSCRIÇÃO**

--	--	--	--	--	--	--



# CIRURGIA GERAL

01. A relação correta entre tríade de Charcot e diagnóstico é:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia e dor abdominal alta/ colangite.
  - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
  - Murphy positivo, icterícia, leucocitose/ coledocolitíase.
  - Febre com calafrios, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
  - Massa palpável em hipocôndrio direito, icterícia, dor abdominal alta.
02. Paciente de 50 anos, submetida à gastrectomia parcial tipo Billroth II, por doença benigna. Duas semanas após a cirurgia evoluiu com dor epigástrica intensa após refeição, seguida de vômito volumoso contendo principalmente bile. Qual diagnóstico mais provável?
- Torção do coto gástrico.
  - Fístula do bulbo duodenal.
  - Síndrome da alça aferente.
  - Síndrome de dumping.
  - Úlcera de anastomose com hemorragia digestiva ativa.
03. Paciente com colangite aguda supurativa, em uso de antibiótico há 2 dias, sem melhora do quadro clínico. Não havendo disponibilidade de tratamento endoscópico (papilotomia), qual o melhor procedimento cirúrgico indicado?
- Anastomose colédoco-duodenal látero-lateral.
  - Anastomose colédoco-duodenal término-lateral.
  - Anastomose colédoco-jejunal em Y de Roux.
  - Drenagem do colédoco com dreno em T.
  - Papilo esfínterectomia transduodenal.
04. A síndrome de Budd-Chiari ocorre por:
- Interrupção do fluxo da artéria hepática.
  - Trombose da veia porta.
  - Trombose da veia esplênica.
  - Trombose das veias supra-hepáticas.
  - Interrupção do fluxo do tronco celíaco.
05. A síndrome de Gardner caracteriza-se por pólipos intestinais com padrão histológico:
- hamartomas.
  - leiomiomas.
  - pólipos inflamatórios.
  - pseudo-pólipos.
  - pólipos adenomatosos.
06. Qual a melhor conduta na urgência, entre as alternativas abaixo, para o volvo de sigmóide?
- Laparotomia, desfazer a torção e fixação da alça.
  - Procedimento de Hartmann.
  - Retossigmoidoscopia com passagem de sonda através da área de torção.
  - Colectomia esquerda com anastomose colocolônica primária.
  - Passar sonda nasogástrica calibrosa, hidratação venosa e manter em observação por 24h.
07. A clássica Pêntade de Reynolds, que pode ocorrer na colangite grave, tem os seguintes sinais e sintomas:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia, vômitos em jato, dor abdominal alta/ colangite e distensão abdominal.
  - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite, náuseas e vômitos e sinal de Courvoisier.
  - Murphy positivo, icterícia, leucocitose, sinal de Courvoisier e colúria.
  - Dor abdominal, febre com calafrios, icterícia, hipotensão e rebaixamento do sistema nervoso central.
  - Massa palpável em hipocôndrio direito, dor e descompressão brusca do abdômen, icterícia, dor abdominal alta e febre com calafrios.
08. A causa mais comum de deficiência de cicatrização de uma ferida está associada à hipovitaminose:
- A.
  - B.
  - C.
  - D.
  - E.
09. Reto-colectomia abdomino-perineal com abaixamento retrorretal e anastomose colorretal retardada é o procedimento de:
- Hartmann.
  - Duhamel-Haddad.
  - Whitehead.
  - Simonsen.
  - Nenhuma das alternativas anteriores.
10. Sobre as hérnias inguinais, está **CORRETO**:
- a hérnia direta é a que mais encarcera.
  - na hérnia direta inicial há uma integridade da parede posterior do canal inguinal.
  - a hérnia direta, ou Nyhus IIIa, caracteriza-se pela persistência do conduto peritônio-vaginal.
  - a hérnia femoral é mais frequente na mulher.
  - a hérnia direta é a mais frequente de todas.



11. A síndrome de Mallory-Weiss está mais associada a:
- Neoplasia gástrica.
  - Neoplasia de esôfago.
  - Alcoolismo.
  - Monilíase.
  - Úlcera gástrica ativa.
12. Marque a alternativa **CORRETA**:
- o câncer gástrico mais comum é o tipo II – ulcerado de Bormann.
  - a dimensão do tumor é o fator prognóstico mais importante nos tumores malignos do esôfago.
  - o linfoma primário do estômago acomete com mais frequência o cárdia.
  - o tumor de Krukenberg é uma metástase do câncer gástrico no útero.
  - a linite plástica é uma lesão metastática gástrica.
13. Na resposta endócrina ao trauma, o cortisol tem a seguinte função, **EXCETO**:
- ação indireta, através das catecolaminas, na lipólise.
  - promove o catabolismo tecidual.
  - mobilização de aminoácidos da musculatura esquelética.
  - promoção direta da síntese hepática das proteínas da fase aguda.
  - os aminoácidos, oriundos da musculatura esquelética, serão utilizados na síntese da glicose no fígado.
14. A respeito da peritonite terciária, é **CORRETO** afirmar:
- trata-se de peritonite localizada, com formação de abscesso intra-abdominal.
  - peritonite com predomínio de microorganismos aeróbicos.
  - peritonite com predomínio de microorganismos anaeróbicos.
  - é aquela que ocorre somente nos pacientes com ascite.
  - peritonite com infecção de cavidade recorrente e após episódio anterior de peritonite secundária.
15. São exemplos de terceiro espaço, **EXCETO**:
- epiderme.
  - retroperitônio.
  - músculo.
  - Serosa.
  - luz intestinal.
16. Dos métodos diagnósticos abaixo, qual deles fornece maior número de informações para o estadiamento do carcinoma de esôfago?
- Endoscopia digestiva alta com biópsia.
  - Ultra-sonografia endoscópica.
  - Tomografia computadorizada trifásica.
  - Manometria de esôfago de alta resolução.
  - Ressonância nuclear magnética.
17. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- No fleimão a supuração se limita a uma pequena área, envolvida por uma membrana piogênica.
  - O tratamento do fleimão deve ser sempre conservador.
  - Panarício é infecção da polpa digital, de origem estafilocócica, na maioria das vezes.
  - O furúnculo é quase sempre causado pelo *Streptococcus sp.*
  - Nenhuma das alternativas está correta.
18. Marque a seguir, alternativa com todas as associações corretas entre procedimentos de diérese e instrumento cirúrgico:
- Punção-agulha; Dilatação-velas; Incisão-tentacânula.
  - Serração-serra; Punção-trocarte; Divulsão-bisturi.
  - Incisão-LASER; Dilatação-tesoura; Secção-bisturi.
  - Dilatação-sondas; Divulsão-pinça; punção-trocarte.
  - Incisão-bisturi; Cisalhamento-tentacânula; Punção-agulha.
19. A composição do cálculo de vesícula biliar mais comum é:
- Bilirrubinato de cálcio.
  - Resíduo bacteriano e de helmintos.
  - Colesterol.
  - Sais de bilirrubinato diversos.
  - Mistos.
20. Paciente do sexo masculino, com história de trauma em região pélvica e perineal e ao exame físico revela próstata com descolamento cefálico ao toque retal. Assim, o exame que deve ser solicitado prioritariamente é:
- Retossigmoidoscopia flexível.
  - Ultrassonografia.
  - Raio X de abdômen em ortostase.
  - Angiografia seletiva.
  - Uretrografia retrógrada.



## ESPECÍFICA

**21.** Paciente masculino, 72 anos, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de desconforto abdominal e hematoquezia. Familiares referiram eliminações recentes de sangue rutilante em grande quantidade e frequência. Apresentava-se com palidez cutâneo-mucosa e taquicárdico. Exames laboratoriais demonstraram Hb: 7,2 g/dL e Ht: 22,2%.

Conforme o enunciado, não sendo possível a identificação do local de sangramento em paciente hemodinamicamente instável, após reposição de 8 unidades de hemoderivados e ressangramento, durante o primeiro dia de internação, a opção cirúrgica mais aceita é:

- a) Colectomia total.
- b) Colectomia direita.
- c) Colostomia.
- d) Enterectomia.
- e) Retossigmoidectomia.

**22.** A colonoscopia figura como um dos principais exames na propedêutica das doenças colorretais, servindo também como método terapêutico em diversas situações. O seu advento representou um grande avanço no diagnóstico de lesões precoces do cólon com possibilidade de terapia minimamente invasiva e prevenção da neoplasia colorretal. Embora seja um procedimento seguro, não é isenta de complicações e eventos adversos. A complicação mais temida é a perfuração intestinal, com incidência de 0,03 a 0,6% e mortalidade de 0,01 a 0,02%.

Ao final da realização de uma colonoscopia, havendo suspeita de perfuração do cólon, a medida inicial a ser tomada visando este diagnóstico é

- a) Realizar uma radiografia simples de abdome.
- b) Repetir a colonoscopia em busca da solução de continuidade.
- c) Realizar enema opaco com contraste iodado.
- d) Manter o paciente sob sedação e analgesia e realizar novo exame.
- e) Aguardar 24 horas e instituir o tratamento clínico com metronidazol e ciprofloxacino.

Enunciado referente as questões **23** e **24**.

João tem 40 anos e comparece a consulta médica com queixas de prolapso, ao esforço evacuatório e hematoquezia eventual. Tem hábito intestinal regular. Refere antecedente familiar de câncer colorretal. Ao toque retal

identifica-se formação polipoide sésil localizado em reto inferior.

**23.** A conduta inicial para este paciente é:

- a) Realização de colonoscopia para decidir terapêutica.
- b) Realização de retossigmoidoscopia com polipectomia endoscópica do pólopo.
- c) Realização de ressecção cirúrgica transanal do pólopo.
- d) Realização de biópsia incisional para decidir terapêutica.
- e) Solicitação de manometria anorretal para decidir terapêutica.

**24.** Este paciente seria considerado de mais alto risco para câncer colorretal, se o histopatológico deste pólopo for:

- a) Adenoma tubular.
- b) Adenoma viloso.
- c) Hamartoma.
- d) Hiperplásico.
- e) Inflamatório.

Enunciado referente às questões **25**, **26** e **27**:

Maria tem 30 anos e comparece a consulta médica assintomática, apenas referindo que sua mãe de 42 anos, faleceu recentemente, por câncer intestinal. Segundo seu médico assistente, trata-se de um "câncer familiar causado por polipose intestinal". Tem mais dois irmãos com 13 e 16 anos e uma filha de 6 anos, todos assintomáticos.

Responda as seguintes questões:

**25.** A conduta mais indicada para esta paciente é:

- a) Solicitar colonoscopia imediatamente.
- b) Solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes e, se positiva, fazer colonoscopia.
- c) Aguardar até haver sintomas para realizar colonoscopia.
- d) Aguardar até os 40 anos, para realizar colonoscopia preventiva.
- e) Aguardar até os 50 anos, para realizar colonoscopia preventiva.



- 26.** Se esta paciente for portadora de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), a conduta é:
- Indicar tratamento cirúrgico imediato com colectomia direita.
  - Indicar tratamento cirúrgico imediato com retocoliectomia total.
  - Indicar tratamento cirúrgico com colectomia direita quando completar 35 anos.
  - Indicar tratamento cirúrgico com retocoliectomia total quando completar 35 anos.
  - Indicar polipectomias endoscópicas.
- 27.** Ainda considerando o diagnóstico de PAF, o seguimento endoscópico dos familiares deve ser:
- Conduta expectante para os irmãos e filha.
  - Colonoscopia imediata para todos os irmãos e filhos.
  - Colonoscopia imediata para os irmãos e expectante para a filha.
  - Colonoscopia imediata para o irmão mais velho e expectante para o irmão mais novo e filha.
  - Conduta expectante para o irmão mais velho e colonoscopia imediata para o irmão mais novo e filha.
- 28.** Antonia tem 45 anos e é encaminhada a serviço especializado com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon. Leva consigo laudo de colonoscopia com descrição de neoplasia localizada em cólon ascendente. Tem histórico familiar de 2 tias falecidas por câncer de endométrio e irmão de 42 anos submetido a tratamento cirúrgico de câncer intestinal a cerca de 1 ano. Com base neste relato, a melhor conduta terapêutica para Antonia é:
- Colectomia segmentar direita com linfadenectomia.
  - Colectomia direita alargada com linfadenectomia.
  - Colectomia total com linfadenectomia + histerectomia total + anexectomia bilateral.
  - Colectomia direita + radioterapia pélvica.
  - Radioquimioterapia exclusiva.
- 29.** Um paciente de 30 anos assintomático comparece a uma consulta de atenção básica com desejo de realizar prevenção de câncer colorretal. Não tem antecedente pessoais ou familiares de neoplasia. A conduta mais acertada seria:
- Solicitar uma colonoscopia.
  - Solicitar uma retossigmoidoscopia.

- Solicitar dosagem do CEA.
- Orientar que aguarde completar 50 anos, para realizar exame preventivo.
- Solicitar uma anuscopia de magnificação.

Enunciado referente às questões **30** e **31**.

Raimundo tem 55 anos e dá entrada no serviço de pronto atendimento, referindo dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 24h, com intensificação nas últimas 8 horas, quando iniciou também astenia e sensação de distensão abdominal. Tem antecedente de quadro de diverticulite aguda acerca de 2 anos.

- 30.** Com o objetivo de confirmar o diagnóstico de diverticulite aguda, deve-se realizar:
- Hemograma e retossigmoidoscopia.
  - Hemograma e ultrassonografia abdominal.
  - Hemograma e tomografia abdominal.
  - Proteína C reativa e colonoscopia.
  - Proteína C reativa e retossigmoidoscopia.
- 31.** Raimundo apresenta piora do quadro com evolução para peritonite e sepse. Qual a melhor conduta a ser tomada?
- Antibioticoterapia de amplo espectro e cuidados intensivos.
  - Antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem percutânea guiada por ultrassonografia.
  - Videolaparoscopia com drenagem da cavidade abdominal e/ou cirurgia de Hartmann.
  - Realização de colonoscopia para posterior tomada de decisão.
  - Realizar colonoscopia combinada com videolaparoscopia.
- 32.** Na etiopatogenia da incontinência fecal muitos fatores estão envolvidos. Um dos mais importantes é a neuropatia do nervo pudendo, que provoca, em última instância, uma deficiente inervação de toda a musculatura do assoalho pélvico. Dentre os fatores listados, aquele que não está relacionado a neuropatia do nervo pudendo é:
- Partos com fórceps.
  - Multiparidade.
  - Período expulsivo prolongado.
  - Descenso perineal excessivo.
  - Coito anal.



33. A Endometriose é uma afecção causada pela presença de tecido semelhante ao endométrio, não neoplásico, fora da cavidade uterina. Afeta diversos órgão intrabdominais, entre eles, o intestino. Sobre a endometriose intestinal, podemos afirmar que:
- A avaliação do acometimento intestinal é bastante satisfatório com uso de tomografia computadorizada, podendo ser complementada com uso de ultrassonografia específica.
  - A infiltração da mucosa é bastante comum podendo ser diagnosticado por colonoscopia
  - A localização mais frequente dos focos é o cólon ascendente, seguido pelo cólon sigmóide e reto.
  - Na abordagem cirúrgica são utilizadas técnicas diversas como as ressecções discoides, as ressecções de espessura parcial (escarificação ou “shaving”) e as ressecções segmentares.
  - A ressecção das lesões endometrióticas tem resultados semelhantes à terapia hormonal, no que se refere a sintomas de dor pélvica e constipação intestinal.
34. A incidência global de colectomia em pacientes com retocolite ulcerativa varia de 23 a 45%, segundo dados da literatura. Dentre as principais indicações para o tratamento cirúrgico nestes pacientes, excetua-se:
- Intratabilidade clínica.
  - Surto agudo grave não-responsivo a medidas clínicas.
  - Risco de malignidade.
  - Atraso no crescimento, quando em crianças
  - Pancolite.
35. A colopatia isquêmica, também conhecida como colite isquêmica é a forma de lesão isquêmica mais comum do trato gastrointestinal. Sobre esta afecção é **CORRETO** afirmar:
- Apresenta espectro que varia desde lesão transitória da mucosa até a doença transmural com gangrena de toda espessura da parede.
  - A principal manifestação clínica é o desenvolvimento de quadro infeccioso que pode evoluir para choque séptico.
  - O principal método diagnóstico é a arteriografia mesentérica ou tomografia computadorizada, nos casos inconclusivos.
  - O segmento mais acometido é o cólon ascendente, seguido pelo sigmoide e flexura esplênica.
  - A colonoscopia encontra-se contraindicada nesta situação, devido ao risco de perfuração colônica.
36. Sobre o volvo colônico, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- O megacolon é causa comum.
  - A topografia mais comum é cólon sigmóide.
  - O volvo de ceco ocorre geralmente em indivíduos com cirurgias prévias, sendo considerado um fator predisponente.
  - O quadro agudo de volvo pode ocorrer de forma abrupta sem sintomas prévios de constipação.
  - A descompressão e reversão endoscópica tem sido descrito com sucesso na literatura, com baixas taxas de recidiva.
37. É critério de Roma para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável:
- Dor abdominal agravada pela defecação.
  - Sangramento oculto nas fezes.
  - Sangramento vivo nas fezes.
  - Presença de pus nas fezes.
  - Alteração na frequência evacuatória.
38. Para um paciente gestante com verrugas em canal anal, o tratamento mais indicado seria:
- Podofilina a 25%.
  - Ácido acético a 5%.
  - Ácido tricloroacético a 90%.
  - 5-fluouracil.
  - Imiquimode.
39. São sinais que denotam cronicidade de uma fissura anal, **EXCETO**:
- Plicoma.
  - Papila hipertrófica.
  - Exposição do esfíncter interno.
  - Hemorroida trombosada.
  - Bordas fibrosadas.
40. A localização mais frequente das fissura anais é:
- Na linha média anterior.
  - Na linha média posterior.
  - Na posição lateral direita.
  - Na posição lateral esquerda.
  - Qualquer posição.

41. Sobre a ligadura elástica de hemorroidas é **CORRETO** afirmar:

- a) Está indicada para tratamento de hemorroidas internas de 1º e 2º grau e para hemorroidas externas.
- b) Para realização é necessário realização de preparo intestinal prévio.
- c) A maioria dos pacientes não relatam dor após o procedimento que, quando presente, pode necessitar uso de analgésicos.
- d) A principal complicação descritas é a formação de abscesso anorretal.
- e) Não se deve realizar mais de uma ligadura por sessão, visando minimizar as complicações.

42. Sobre a hemorroidectomia é **CORRETO** afirmar:

- a) A técnica de Milligan-Morgan é a mais executada e consiste na excisão dos mamilos hemorroidários seguido de fechamento primário das feridas.
- b) A manutenção das pontes cutâneo-mucosa entre as feridas da hemorroidectomia é fundamental para preservação da elasticidade anal e prevenção de estenose anal.
- c) O pós-operatório necessita da realização diária de enemas evacuatórios e, em alguns casos, recorre-se a colostomia visando à cicatrização das feridas.
- d) A complicação aguda mais frequente é o sangramento que ocorre em até 30% dos casos, necessitando de reintervenção cirúrgica em cerca de 10% dos pacientes.
- e) Após o advento de técnicas cirúrgicas não excisionais como a anopexia e a desarterialização, a hemorroidectomia mostrou taxas de recidiva maiores que as técnicas mais modernas.

43. Sobre o prolapso retal é **INCORRETO**:

- a) Encontra-se associado com incontinência fecal e, em mulheres, a outras anomalias do assoalho pélvico.
- b) Um grande número de procedimentos diferentes tem sido descritos para tratar o distúrbio, servindo como testemunho da etiologia incerta da doença e da divergência quanto ao tratamento cirúrgico ideal.
- c) O prolapso apenas da mucosa tende a ser de menor dimensão que o prolapso total, também chamado de prolapso retal.
- d) As técnicas cirúrgicas com abordagem perineal, possuem taxas de recidiva inferiores aos procedimentos abdominais.

e) A técnica de retopexia ventral possui a vantagem de evitar a dissecação posterior do reto, minimizando, desta forma, o risco de lesões nervosas e vasculares pélvica.

44. A regra de Godsal- Salmon é bastante utilizada pelo cirurgião no tratamento das fístulas anorretais. Considerando um paciente com orifício externo localizado na posição de 4 horas, segundo esta regra, a provável localização do orifício interno será:

- a) Na linha média anterior (12 horas).
- b) Na linha média posterior (6 horas).
- c) Na posição de 4 horas.
- d) Na posição de 3 horas.
- e) Impossível prever.

45. Paciente portador de doença de Crohn apresenta-se com fistula anorretal complexa, de trajeto transesfincteriano, drenado grande quantidade de secreção purulenta e ocasionando sucessivos episódios de abscesso. A melhor abordagem para este paciente é:

- a) Realização de fistulotomia em único tempo.
- b) Realização de fistulotomia em dois tempos.
- c) Colocação de sedenho frouxo no trajeto fistuloso.
- d) Realização aplicação de cola de fibrina no trajeto fistuloso.
- e) Realização de ligadura do trajeto fistuloso (LIFT).

46. A etiologia mais frequente para os abscessos e fístulas perianais é a infecção:

- a) retrógrada do sistema porta.
- b) das glândulas anais no espaço interesfincteriano.
- c) dos trombos hemorroidários internos.
- d) das glândulas anais no espaço isquiorretal.
- e) dos folículos pilosos perianais

47. Paciente submetido a cirurgia há 3 anos por neoplasia de reto superior, cursa com elevação dos níveis do antígeno carcinoembrionário (CEA). Realizou tomografia abdominal e colonoscopia que foram normais. A conduta mais apropriada para o caso é:

- a) Repetir novo estudo tomográfico e colonoscopia em 6 meses.
- b) Realizar tomografia com emissão de pósitrons.
- c) Realizar vídeolaparoscopia diagnóstica.
- d) Realizar dosagem de CA 19-9.
- e) Acompanhamento clínico, pois os exames são normais.



**48.** Sobre os testes de avaliação funcional anorretal, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A manometria anorretal está indicada no pré-operatório de cirurgias orificias, principalmente em mulheres e pacientes idosos.
- b) A pesquisa do reflexo inibitório retoanal pode ser facilmente pesquisada pela realização da manometria anorretal.
- c) A medida de sensibilidade e capacidade retal são medidas pela ultrassonografia anorretal.
- d) A ultrassonografia anorretal tem sido utilizada com resultado satisfatório na avaliação dos distúrbios evacuatórios em modalidade denominada de “ecodefecografia”.
- e) A cinedefecografia é fundamental para avaliação dos distúrbios evacuatórios, sendo o teste de melhor valor para o diagnóstico do anismus.

**49.** A hemorragia digestiva baixa, na população idosa, é principalmente devido a:

- a) Úlcera solitária de reto.
- b) Angiodisplasia.
- c) Colite.
- d) Câncer.
- e) Divertículo de Meckel.

**50.** A neoplasia maligna do canal anal é predominantemente:

- a) Adenocarcinoma.
- b) Carcinoma mucinoso.
- c) Hamartoma.
- d) Melanoma.
- e) Carcinoma epidermóide.

