



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 retocolectomia total.
 - Indicar tratamento cirúrgico com colectomia direita quando completar 35 anos.
 - Indicar tratamento cirúrgico com retocolectomia 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) A avaliação do acometimento intestinal é bastante satisfatório com uso de tomografia computadorizada, podendo ser complementada com uso de ultrassonografia específica.
 - b) A infiltração da mucosa é bastante comum podendo ser diagnosticado por colonoscopia
 - c) A localização mais frequente dos focos é o cólon ascendente, seguido pelo cólon sigmóide e reto.
 - d) Na abordagem cirúrgica são utilizadas técnicas diversas como as ressecções discoides, as ressecções de espessura parcial (escarificação ou “shaving”) e as ressecções segmentares.
 - e) 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:
- a) Intratabilidade clínica.
 - b) Surto agudo grave não-responsivo a medidas clínicas.
 - c) Risco de malignidade.
 - d) Atraso no crescimento, quando em crianças
 - e) 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:
- a) Apresenta espectro que varia desde lesão transitória da mucosa até a doença transmural com gangrena de toda espessura da parede.
 - b) A principal manifestação clínica é o desenvolvimento de quadro infeccioso que pode evoluir para choque séptico.
 - c) O principal método diagnóstico é a arteriografia mesentérica ou tomografia computadorizada, nos casos inconclusivos.
 - d) O segmento mais acometido é o cólon ascendente, seguido pelo sigmoide e flexura esplênica.
 - e) A colonoscopia encontra-se contraindicada nesta situação, devido ao risco de perfuração colônica.
36. Sobre o volvo colônico, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) O megacolon é causa comum.
 - b) A topografia mais comum é cólon sigmóide.
 - c) O volvo de ceco ocorre geralmente em indivíduos com cirurgias prévias, sendo considerado um fator predisponente.
 - d) O quadro agudo de volvo pode ocorrer de forma abrupta sem sintomas prévios de constipação.
 - e) 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:
- a) Dor abdominal agravada pela defecação.
 - b) Sangramento oculto nas fezes.
 - c) Sangramento vivo nas fezes.
 - d) Presença de pus nas fezes.
 - e) Alteração na frequência evacuatória.
38. Para um paciente gestante com verrugas em canal anal, o tratamento mais indicado seria:
- a) Podofilina a 25%.
 - b) Ácido acético a 5%.
 - c) Ácido tricloroacético a 90%.
 - d) 5-fluouracil.
 - e) Imiquimode.
39. São sinais que denotam cronicidade de uma fissura anal, **EXCETO**:
- a) Plicoma.
 - b) Papila hipertrófica.
 - c) Exposição do esfíncter interno.
 - d) Hemorroida trombosada.
 - e) Bordas fibrosadas.
40. A localização mais frequente das fissura anais é:
- a) Na linha média anterior.
 - b) Na linha média posterior.
 - c) Na posição lateral direita.
 - d) Na posição lateral esquerda.
 - e) 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.

