



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 07**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 26/01/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 07**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 07) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**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 **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início desta.
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)

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – COLOPROCTOLOGIA  
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.

**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	



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



<b>N ° D E I N S C R I Ç Ã O</b>						



## CIRURGIA GERAL

- 01.** Sobre o trauma torácico, analise os três tópicos a seguir, considerando se são verdadeiros (V) ou falsos (F). Marque a alternativa com a sequência **CORRETA**.
- I- A taxa de mortalidade do trauma torácico não penetrante é menor que a do trauma torácico penetrante.
  - II- No tórax instável, ocorrem fraturas costais múltiplas, resultando em uma parede torácica instável, com movimento paradoxal da respiração.
  - III- No trauma fechado, a fratura esternal está bastante associada à injúria cardiovascular subjacente.
- a) V, V, F.
  - b) V, F, V.
  - c) F, V, F.
  - d) F, F, V.
  - e) V, V, V.
- 02.** Marque a alternativa que corresponde à característica histológica principal do cistoadenoma mucinoso do pâncreas.
- a) Predomínio de células inflamatórias.
  - b) Presença de estroma similar ao do ovário.
  - c) Presença de células altas, colunares, que contêm mucina.
  - d) Observação de pequenos cistos multiloculados ricos em glicogênio.
  - e) Nenhuma das alternativas anteriores.
- 03.** São fatores de risco hereditários associados ao desenvolvimento de câncer pancreático, **EXCETO**,
- a) síndrome de Peutz-Jeghers.
  - b) fibrose cística.
  - c) pseudocisto de pâncreas.
  - d) síndrome de Lynch.
  - e) polipose adenomatosa familiar.
- 04.** No trauma abdominal fechado em paciente hemodinamicamente estável, na investigação de trauma pancreático, qual exame de escolha inicial?
- a) TC abdominal com contraste
  - b) Ultrassonografia endoscópica.
  - c) Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE).
  - d) Ultrassonografia abdominal.
  - e) Raio X de abdômen simples.
- 05.** Marque a alternativa com o pólipso colorretal benigno mais comum.
- a) Adenoma tubular.
  - b) Adenoma viloso.
  - c) Adenoma tubuloviloso.
  - d) Adenocarcinoma tipo Borrmann I.
  - e) Pólipso hamartomatoso.



**06.** A cirurgia de Heineke-Mikulicic consiste em

- a) pilorotomia transversal com rafia longitudinal.
- b) pilorotomia longitudinal com rafia transversal.
- c) miotomia até a camada muscular longitudinal do piloro, preservando a mucosa, posterior rafia perpendicular.
- d) gastrotomia e duodenotomia com posterior anastomose gastro-enteral látero-lateral.
- e) anastomose gastro-enteral látero-lateral.

**07.** Marque a alternativa **CORRETA** quanto aos principais fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma espinocelular de esôfago.

- a) Metaplasia tipo Barrett.
- b) Desnutrição e obesidade.
- c) Etilismo e tabagismo.
- d) Helicobacter pilory.
- e) nenhuma das alternativas acima.

**08.** Quanto ao tratamento cirúrgico para doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Presença de disfagia pré-operatória contraindica a cirurgia.
- b) Trânsito esofágico lento em um esofagograma contrastado é contraindicação para a cirurgia.
- c) A cirurgia de escolha é a fundoplicatura 360°.
- d) Endoscopia digestiva alta com esôfago sem erosão é contraindicação da cirurgia para DRGE.
- e) O achado de hérnia hiatal por deslizamento, isoladamente, não indica o tratamento cirúrgico.

**09.** Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à hérnia femoral encarcerada.

- a) A técnica de Lichtenstein é a de escolha.
- b) A técnica de Rives é uma alternativa.
- c) Como opção sem uso de tela cirúrgica, há a técnica de Souldice.
- d) Ocorre com mais frequência no homem que na mulher.
- e) Está na classificação de Nyhus como tipo III B.

**10.** Sobre as indicações e contraindicações da colecistectomia videolaparoscópica, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Pólipo vesícula com mais de 10 mm é indicação de colecistectomia.
- b) Cálculo grande com mais de 2,5 cm é indicação de colecistectomia.
- c) Calcificações da parede vesicular sem evidência de cálculos não é indicação de colecistectomia.
- d) A colecistite aguda não é contraindicação de colecistectomia vídeolaparoscópica.
- e) A gestação é uma contraindicação relativa da colecistectomia vídeolaparoscópica.

**11.** Assinale a causa mais frequente de obstrução intestinal mecânica no pós-operatório.

- a) Abscesso.
- b) Hérnia interna.
- c) Hérnia de Richter.
- d) Aderências.
- e) Intussuscepção.



**12.** São causas de íleo adinâmico ou paralítico, **EXCETO**,

- a) pancreatite.
- b) infecção intra-abdominal (peritonite).
- c) medicamentos (exemplos: narcóticos, psicotrópicos).
- d) víscera inflamada.
- e) hérnia umbilical não complicada.

**13.** A respeito do trauma abdominal, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) No atendimento inicial, faz-se a investigação abdominal e, depois, estabilização volêmica.
- b) As armas de fogo são a causa mais frequente de trauma abdominal contuso.
- c) O baço é o órgão mais lesado no trauma não penetrante.
- d) Armas brancas causam mais danos intra-abdominais que armas de fogo.
- e) Na avaliação inicial, não havendo queixa de dor abdominal ou reação peritoneal, pode-se descartar lesão intra-abdominal.

**14.** A respeito das manobras clássicas na cirurgia abdominal, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A manobra de Kocher consiste na secção do peritônio lateral ao duodeno e na sua mobilização deslocando para a direita do corpo, permitindo acesso anterior ao duodeno.
- b) A manobra de Cattell consiste na secção do peritônio na goteira parietocólica direita, deslocando o cólon direito e íleo distal.
- c) A manobra de Pringle consiste na oclusão do fluxo vascular da tríade portal.
- d) Para identificar o ângulo de Treitz, a equipe deve suspender o cólon transverso e procurar a alça fixa à esquerda da coluna.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**15.** A respeito da cirurgia de Hartmann, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Trata-se de uma colectomia direita com colostomia.
- b) Faz-se uma ileocolectomia à direita com ileostomia.
- c) Em casos de obstrução intestinal baixa, realiza-se uma colostomia plana.
- d) Trata-se de uma retossigmoidectomia com colostomia.
- e) Realiza-se uma colectomia esquerda com anastomose colo-anal primária.

**16.** Marque a causa mais frequente de colecistite aguda.

- a) Infecção bacteriana.
- b) Trombose da artéria cística.
- c) Bloqueio do canal cístico.
- d) Discinesia biliar.
- e) Cálculo na vesícula biliar.

**17.** Na anemia hemolítica, a esplenectomia é bem indicada quando há

- a) esplenomegalia acentuada.
- b) varizes esofagogástricas.
- c) ascite.
- d) aprisionamento e destruição de hemácias.
- e) hipertensão portal.



18. Em qual das situações as hérnias incisionais ocorrem com MENOS frequência?
- Laparotomias de urgência e emergência.
  - Incisões medianas.
  - Cirurgias contaminadas.
  - Laparotomia em paciente com obesidade grau III.
  - Cirurgias laparoscópicas.
19. Faz parte do cordão espermático, **EXCETO**,
- ducto deferente.
  - plexo pampiniforme.
  - vasos linfáticos.
  - nervo genital.
  - artéria testicular.
20. As fibras do músculo cremastérico se originam do(a):
- músculo oblíquo externo.
  - músculo oblíquo interno.
  - músculo transverso do abdômen.
  - músculo reto abdominal.
  - fáscia transversal.
21. Qual das alternativas corresponde ao íon que determina, principalmente, a osmolaridade do líquido extracelular?
- $\text{Ca}^{2+}$  (cálcio).
  - $\text{HCO}_3^-$  (bicarbonato).
  - $\text{K}^+$  (potássio).
  - $\text{Na}^+$  (sódio).
  - Proteínas.
22. Em um paciente que está em choque, o melhor método para aferir a acidose é
- medir o pH através de PVC instalada.
  - medir a  $\text{pCO}_2$  através de PVC instalada.
  - aferir o pH e a  $\text{pCO}_2$  arterial.
  - aferir a  $\text{pO}_2$  e pH na coleta de sangue periférico.
  - aguardar a coleta laboratorial de rotina dos principais eletrólitos ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$  e  $\text{Mg}^+$ ),  $\text{pCO}_2$  e pH.
23. No politraumatizado, a hipotermia pode ocasionar, **EXCETO**,
- disfunção plaquetária.
  - acidose metabólica.
  - coagulopatia.
  - diminuição da resistência vascular sistêmica.
  - arritmias cardíacas.



Analise o seguinte caso clínico e responda às **questões 24 e 25**.

Paciente de 35 anos de idade do sexo masculino, com peso de 70kg, altura 165 cm, sem doenças prévias. Sofreu acidente por queimaduras em ambos os membros inferiores. Ao exame, notam-se queimaduras de 2<sup>o</sup> e de 3<sup>o</sup> graus na totalidade dos membros inferiores.

- 24.** Utilizando a “regra dos nove” para aferir a área acometida, é **CORRETO** afirmar que o paciente sofreu queimaduras em qual porcentagem da área corpórea?
- a) 9% da área corpórea.
  - b) 18% da área corpórea.
  - c) 27% da área corpórea.
  - d) 36% da área corpórea.
  - e) Mais de 50% da área corpórea.
- 25.** Ainda sobre o caso descrito, qual será a quantidade de fluídos administrada nas primeiras 24 horas, conforme a fórmula de Park Land?
- a) 2520 ml.
  - b) 5040 ml.
  - c) 7560 ml.
  - d) 10.080 ml.
  - e) 14.000 ml
- 26.** Sobre os fios cirúrgicos, é **INCORRETO** afirmar.
- a) o fio de polipropileno é inabsorvível, com grande memória e baixo coeficiente de atrito.
  - b) o fio polidioxanona (PDS) de origem sintética, monofilamentar, é absorvido por hidrólise.
  - c) o fio de seda, de origem animal, tem bastante maleabilidade e grande capacidade de reter o nó.
  - d) o fio de algodão, de origem vegetal, multifilamentar, com grande coeficiente de atrito, ainda é muito utilizado em ligaduras.
  - e) a poligalactina 910, de origem sintética, é absorvida por reações proteolíticas por enzimas lisossomais e fagocitose.
- 27.** A insulina, um importante hormônio anabólico sintetizado nas células B das ilhotas, armazena energia para utilizar em emergências (como no trauma). Atua nas seguintes ações, **EXCETO**,
- a) transporte de glicose para todas as células.
  - b) inibe a glicogenólise.
  - c) promove a síntese de lipídios.
  - d) estimula a gliconeogênese nos hepatócitos.
  - e) promove a síntese de proteínas.
- 28.** São fatores que interferem diretamente na cicatrização das feridas, **EXCETO**,
- a) paciente com mais 60 anos.
  - b) diabetes melitus.
  - c) deficiência de vitaminas.
  - d) desnutrição com albumina < 4mg/dl.
  - e) infecção de ferida operatória.



29. Na cicatrização das feridas, o colágeno é o principal responsável por
- reepitelização.
  - angiogênese.
  - força tensil da ferida.
  - defesa contra infecção.
  - nenhuma das alternativas acima.
30. O quadro clínico do panarício caracteriza-se por uma dor intensa e latejante. Isso decorre principalmente devido a
- processo infeccioso no paroníquio.
  - processo infeccioso no eponíquio.
  - osteomielite da falange distal.
  - infecção do leito ungueal.
  - processo infeccioso e inflamatório em espaço fechado.
31. Qual alternativa melhor apresenta o quadro clínico de uma paciente com hérnia inguinal com estrangulamento?
- Abaulamento indolor, distensão abdominal e vômitos.
  - Protusão local irreduzível e indolor, febre, distensão e vômitos.
  - Aumento da bolsa escrotal e hipertimpanismo logo acima do rebordo costal direito.
  - Abaulamento local com dor.
  - Tumefação no sítio da hérnia, com sinais flogísticos e febre.
32. Sobre a investigação do trauma abdominal fechado (não penetrante), marque a alternativa **INCORRETA**.
- Paciente com trauma não penetrante que está instável hemodinamicamente e tem líquido intra-abdominal presente no FAST necessita de laparotomia de emergência.
  - Paciente com trauma não penetrante que está instável hemodinamicamente e com lavado peritoneal diagnóstico revelando 10ml ou mais de sangue sugere uma origem intra-abdominal do choque.
  - Paciente com trauma não penetrante que está instável hemodinamicamente e presença de peritonite é indicação de laparotomia.
  - A TC abdominal é o método primário de imagem para paciente estável, sendo importante no seguimento não-operatório no trauma de víscera oca.
  - O achado no lavado peritoneal diagnóstico bastante sugestivo de lesão intestinal inclui mais de 500 células brancas/ mm<sup>3</sup>, amilase, bilirrubina ou partículas de alimentos.

Responda às questões 33 e 34 conforme o caso clínico a seguir.

Paciente de 40 anos sofreu acidente automobilístico há 2 horas. Na avaliação do mecanismo do trauma, nota-se uma forte contusão abdominal com o volante do veículo. Ao exame, observa-se paciente normovolêmico, com equimose na região abdominal anterior e dor à descompressão abdominal.

33. Qual dos achados seria mais compatível com esse caso clínico?
- Hemograma com leucocitose e sinal de Rovsing no exame do abdômen.
  - Elevação de enzimas canaliculares hepáticas e sinal de Murphy presente no exame abdominal.
  - Piúria no EAS e sinal de Giordano positivo.
  - Crepitação e assimetria da próstata ao toque retal.
  - Sinal de Jobert positivo durante exame abdominal.



- 34.** Qual seria o exame de imagem mais indicado para o caso clínico supracitado?
- a) Us abdominal total.
  - b) Raio X simples do abdômen.
  - c) TC abdominal com contraste de bário via oral.
  - d) Endoscopia digestiva alta.
  - e) Angiotomografia.
- 35.** Sobre as neoplasias malignas da tireoide, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) a irradiação é um fator etiológico do câncer de tireoide.
  - b) a ocorrência em crianças é rara.
  - c) a frequência do câncer aumenta com a idade, e o tipo histológico varia com a idade.
  - d) o câncer tipo anaplásico é a neoplasia maligna mais comum.
  - e) o câncer de tireoide ocorre com mais frequência na mulher do que no homem.
- 36.** Sobre as medidas para prevenir a toxicidade durante o uso de anestésicos locais em infiltrações loco-regionais, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) Sempre que possível utilizar anestésico com vasoconstritor.
  - b) Fazer a infiltração da solução anestésica o mais rápido possível.
  - c) Fazer diluição do anestésico local.
  - d) Aspirar antes de injetar.
  - e) Manter o contato verbal com o paciente.
- 37.** Quanto às complicações pós-operatórias respiratórias, todas as alternativas a seguir estão corretas, **EXCETO**,
- a) a atelectasia é a complicação respiratória mais comum.
  - b) a atelectasia é a causa mais comum de febre nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
  - c) para reduzir o risco de aspiração pulmonar no pós-operatório, deve-se reduzir o conteúdo gástrico, minimizar a regurgitação e proteger as vias aéreas com traqueostomia.
  - d) a pneumonia pós-operatória é a complicação mais letal.
  - e) ocorrência de pequenos derrames pleurais é comuns e não tem significado clínico.
- 38.** São fatores de risco para o desenvolvimento das infecções do sítio cirúrgico, **EXCETO**,
- a) ligados ao paciente: obesidade, diabetes, extremos de idade.
  - b) ligados ao ambiente: esterilização ou desinfecção inadequada.
  - c) ligados ao tratamento: drenos, cirurgia de emergência, hipotermia.
  - d) ligados ao paciente: desnutrição, anemia pós-operatória, hipoxemia.
  - e) ligados ao tratamento: tempo operatório prolongado, antisepsia cutânea inadequada.
- 39.** Os tipos mais comuns de bactérias encontrados nas infecções biliares são as seguintes:
- a) *Escherichia coli*, *Staphylococcus sp* e *Enterobacter*.
  - b) *Klebsiella*, *Enterococcus* e *Staphylococcus sp*.
  - c) *Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Enterobacter*.
  - d) *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Staphylococcus sp*.
  - e) *Clostridium difficile*, *Enterobacter* e *Escherichia coli*.



40. A pressão osmótica do plasma (compartimento intravascular) e do espaço intersticial é determinada principalmente pelo(a):
- Na<sup>+</sup> (íon sódio).
  - Cl<sup>-</sup> (íon cloro).
  - K<sup>+</sup> (íon potássio).
  - HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> (bicarbonato).
  - Proteína.

## ESPECÍFICA

41. João procurou a unidade de saúde referindo que, há dois meses, teve episódio de evacuação com fezes ressecadas muito dolorosa e que houve sangramento vermelho vivo nas fezes. No início, as fezes sempre eram acompanhadas de muita dor e sangramento. Atualmente refere dor ao evacuar e prurido, além de um nódulo na região anal. Refere tratamento tópico com diversas pomadas, sem melhora. O médico que o assistiu, durante o exame proctológico, constatou uma fissura anal crônica.

Diante do diagnóstico, quais achados o médico encontrou durante o exame físico?

- Fissura rasa, mamilo hemorroidário interno e plicoma.
  - Fissura profunda com bordos delimitados e exposição de fibras musculares, papila hipertrófica e plicoma.
  - Fissura profunda com bordos delimitados e exposição de fibras musculares, mamilo hemorroidário interno e plicoma.
  - Fissura anal rasa, trombose hemorroidária e mamilo hemorroidário interno.
  - Hemorroida interna e fístula anal.
42. Ainda sobre o caso anterior, qual o exame indicado para melhor avaliar a proposta cirúrgica e qual a cirurgia indicada?
- Colonoscopia. Hemorroidectomia a Milligan-Morgan.
  - Retossigmoidoscopia flexível. Hemorroidectomia a Ferguson.
  - Colonoscopia. Fissurectomia.
  - Ultrassonografia endoanal. Fissurectomia + retalho cutâneo.
  - Manometria anorretal. Esfincterotomia anal interna.

43. Paciente de 22 anos, sexo masculino, com história de dor e distensão abdominal associada a perda ponderal de 15 kg e diarreia com sangue e muco. Refere início dos sintomas há seis meses. Durante investigação, foi diagnosticado com doença de Crohn. Ao exame proctológico, foi identificada fístula transesfincteriana associada a abscesso anorretal. Diante do quadro apresentado, qual o melhor tratamento para a fístula do paciente?
- Fistulotomia anal em um tempo, seguida de imunobiológico.
  - Fistulotomia anal com seton cortante, seguida de imunobiológico.
  - Iniciar terapia com imunobiológico e reavaliar com 06 meses.
  - Drenagem cirúrgica com colocação de seton frouxo no trajeto fistuloso, seguida de imunobiológico.
  - Tratamento da fístula com retalho de avanço mucoso, seguido de imunobiológico.



**44.** Pedro tem 53 anos, é hipertenso e tabagista, trabalhador da construção civil. Deu entrada no pronto-socorro após queda de andaime. Após o atendimento inicial ao politraumatizado e estabilização clínica, a equipe da coloproctologia foi acionada, devido a trauma em região perineal. O paciente não apresentava outras lesões cirúrgicas, apenas escoriações. Ao exame proctológico, evidencia-se lesão perianal penetrante, com ferida grosseiramente contaminada. Ao toque retal, apresenta evidente lesão em parede retal lateral direita distando cerca de 7 cm da margem anal. Tomografia de abdômen não evidencia sinais de pneumoperitônio ou líquido livre intraperitoneal. Diante do quadro exposto, qual a melhor conduta a ser tomada?

- a) Laparotomia exploradora com ressecção anterior baixa do reto e anastomose primária e ileostomia de proteção, associada a desbridamento extenso do períneo.
- b) Laparotomia exploradora para limpeza e drenagem da pelve associada a extenso desbridamento do períneo.
- c) Desbridamento extenso do períneo com drenagem pré-sacral e confecção de colostomia de desvio.
- d) Desbridamento do períneo com tentativa de preservação esfinteriana associada a colostomia de desvio.
- e) Desbridamento do períneo associado a drenagem pre-sacral.

**45.** Francisca, 45 anos, sem comorbidades, é acompanhada no ambulatório de coloproctologia do Hospital Getúlio Vargas há três anos, por constipação crônica. Atualmente está em uso de pivaloprida 2 mg uma vez ao dia e Muvinalx 2x/dia, referindo que, mesmo assim, não tem evacuações satisfatórias e que, a cada cinco dias, toma oito comprimidos de bisacodil, associados com uso de ducha para lavagem retal. Durante investigação, foram realizados os seguintes exames: laboratoriais sem alterações, sorologia para Chagas negativo, colonoscopia normal, manometria anorretal normal. Enema opaco evidencia perda das astrações colônicas e dolicosigmóide. Tempo de trânsito colônico após o 5º dia apresenta retenção de 21 dos 24 marcadores, sendo 5 em cólon ascendente, 8 em cólon transversal e 8 em cólon descendente e sigmóide. Diante do quadro exposto, o residente da coloproctologia, em discussão com o staff, chegou à conclusão de que o caso da dona Francisca é cirúrgico. Qual a cirurgia mais adequada para o caso apresentado?

- a) Retossigmoidectomia a Hartmann.
- b) Sigmoidostomia em alça.
- c) Colectomia total laparoscópica com anastomose ileo-retal.
- d) Retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose primária.
- e) Retossigmoidectomia com abaixamento a Duhamel-Addad.

**46.** Paciente de 35 anos comparece para rastreamento de câncer colorretal, pois pai teve adenocarcinoma de cólon aos 45 anos. Colonoscopia evidencia lesão séssil de 25 mm em segunda válvula de Houston. Realizada ressecção por mucosectomia e tatuagem do local.

Histopatológico: adenocarcinoma originando-se em adenoma convencional.

Grau histológico: bem diferenciado.

Nível de infiltração: SM3.

Tumor budding: ausente.

Margens: livres.

Qual a melhor conduta para o caso?

- a) Ressecção anterior baixa do reto com anastomose primária.
- b) Químico e radioterapia neoadjuvante, seguida de ressecção anterior baixa com anastomose primária e ileostomia de desvio.
- c) Seguimento colonoscópico com 3 meses.
- d) Seguimento colonoscópico com 2 anos.
- e) Químico e radioterapia e seguimento a cada 6 meses.



47. Paciente do sexo feminino, 55 anos, previamente higida, refere dor anal e sangramento em fezes há três meses. Realizou teleconsulta, sendo medicada com diosmina e pomadas, sem melhora. Comparece ao consultório da coloproctologia do Hospital Getúlio Vargas, onde, ao exame coloproctológico, foi evidenciada lesão vegetante em canal anal e transição anorretal com invasão da parede posterior da vagina e fistula perianal. Colonoscopia: sem outras alterações em reto e colon. RNM de pelve evidencia lesão vegetante, infiltrativa e fistulizada com invasão da parede posterior da vagina e esfíncter anal, medindo cerca de 5 cm de diâmetro, sugestiva de neoplasia. Realizada biópsia cirúrgica incisional, sendo confirmado diagnóstico de carcinoma epidermóide. Diante do caso exposto, qual a melhor proposta terapêutica?
- Amputação abdominoperineal (cirurgia de Miles), com exenteração do compartimento médio (útero e vagina) e colostomia terminal, seguida de terapia adjuvante com quimioterapia e radioterapia.
  - Quimioterapia e radioterapia e reestadiamento após 4 a 6 semanas.
  - Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante seguida de amputação abdominoperineal do reto e colostomia terminal.
  - Excisão transanal da lesão + colostomia derivativa.
  - Excisão transanal da lesão seguida de quimioterapia e radioterapia adjuvante.
48. Paciente de 89 anos com doença de Alzheimer, diabético e com miocardiopatia dilatada, é encaminhado com quadro de prolapso retal medindo aproximadamente 15 cm de extensão. Sobre esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Trata-se de um caso de prolapso congênito.
  - A fisiopatologia do prolapso tem estreita relação com a doença de Alzheimer.
  - Se redutível, não tem indicação cirúrgica.
  - Trata-se de um caso de procedência retal.
  - Estaria mais indicada a abordagem cirúrgica por via abdominal.
49. Qual das seguintes opções está correta em relação à incontinência fecal?
- Sua etiologia está relacionada, principalmente, à idade avançada, sem outros fatores concorrentes.
  - Ocorre predominantemente em pacientes que sofrem de diarreia crônica.
  - Na avaliação clínica da incontinência fecal, o exame físico é a principal ferramenta para identificar a causa subjacente, não necessitando de exames complementares.
  - O tratamento conservador envolve orientações dietéticas, uso de drogas constipantes, enemas evacuatórios e exercícios direcionados para a musculatura perineal.
  - O tratamento cirúrgico é geralmente contraindicado devido aos resultados ruins.
50. João tem 65 anos e encontra-se internado no 3º dia de pós-operatório de uma cirurgia de urgência para tratamento de diverticulite aguda, tendo sido realizado uma sigmoidectomia. Ao exame físico, apresenta colostomia abdominal em flanco esquerdo. A complicação mais provável que motivou a cirurgia foi
- perfuração diverticular com peritonite.
  - hemorragia digestiva.
  - microabscesso peridiverticular.
  - inflamação de divertículo verdadeiro.
  - diverticulite do cólon ascendente.