



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: COLOPROCTOLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de atuação Endoscopia Digestiva

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

- 01.** Um jovem, masculino, 32 anos, previamente hígido, participou de uma briga de bar e foi agredido com arma branca no abdômen. Na admissão, após 2 horas do trauma, estava estável hemodinamicamente, porém taquicárdico e com dor abdominal. Havia 2 perfurações em abdômen anterior. Na laparotomia exploradora, havia cerca de 100 ml de sangue, presença de líquido entérico em pequena quantidade e o inventário mostrou: 3 lesões transfixantes em segmentos de intestino delgado (2 em jejuno e outra no íleo terminal), lesão de pequeno ramo arterial jejunal sem sangramento ativo no momento, lesão de 3 cm (estimada em 30% da circunferência) em cólon transverso proximal e lesão de 3.5 cm (estimada em 45% da circunferência) de cólon sigmoide com pouca contaminação fecal. Ambas sem desvascularização completa. Qual deve ser a conduta cirúrgica em relação aos ferimentos colônicos?
- A) Rafia do cólon transverso e do sigmoide.
 - B) Rafia do cólon transverso e exteriorização do sigmoide em alça.
 - C) Rafia do sigmoide e exteriorização do cólon transverso em alça.
 - D) Rafia das lesões de cólon e exteriorização em alça da lesão do íleo terminal.
- 02.** A equipe de proctologia foi chamada ao centro cirúrgico para avaliar uma paciente de 35 anos que estava sendo operada por endometriose profunda. Ao entrar em campo, observou que a lesão encontrada era em fundo de saco anterior com cerca de 2,0 cm de diâmetro e envolvendo cerca de 30% da parede do reto. Perguntada sobre o preparo intestinal, a equipe de ginecologia informou que havia sido realizado clister glicerinado, sem preparo anterógrado. Qual deve ser a conduta?
- A) Ressecção em disco com grampeador circular.
 - B) Ressecção segmentar e tratamento do coto à Hartmann.
 - C) Preparo trans-operatório seguido de ressecção segmentar.
 - D) Programar nova abordagem em condições adequadas de preparo.
- 03.** Paciente de 47 anos foi submetido à proctocolectomia total com reservatório ileal em J há 5 anos por RCUI. Há 2 meses, começou a apresentar dor em baixo ventre, aumento do número de evacuações e sangramento nas fezes. Há um dia, procurou emergência geral por piora da dor e tenesmo intenso. Qual a melhor opção de tratamento empírico até que haja uma consulta com um especialista?
- A) Prednisona oral.
 - B) Enemas de 5 ASA.
 - C) Analgésico e antidiarreico orais.
 - D) Ciprofloxacina + Metronidazol orais.
- 04.** Um paciente com 23 anos, portador de doença de Crohn ileal desde os 15 anos, está em tratamento com Azatioprina em dose de manutenção de remissão. Na consulta de retorno, relata o aparecimento de supuração perianal há 2 meses. Ao exame, presença de 3 orifícios fistulosos externos, toque doloroso e aparente sub-estenose do reto distal/canal anal superior. Qual deve ser a conduta da equipe cirúrgica antes de se iniciar o uso de imunobiológico?
- A) Aposição de sedenho de secção.
 - B) Curetagem dos trajetos e fistulotomia.
 - C) Curetagem dos trajetos e aposição de sedenho frouxo.
 - D) Preservação de esfíncter anal com uso de cola biológica.
- 05.** Paciente masculino, 24 anos, homossexual, relata que tem múltiplos parceiros sexuais e relações não protegidas. Há 7 dias com desconforto retal e tenesmo, evacuações pastosas a líquidas, com dor de fraca intensidade, com pouco de catarro, sem sangue. O toque retal é pouco doloroso e a anuscopia mostrou mucosa retal com edema e hiperemia difusas. Qual dos seguintes agentes etiológicos é o mais provável como causador do quadro?
- A) Herpesvírus humano.
 - B) Treponema pallidum.
 - C) Neisseria gonorrhoeae.
 - D) Chlamydia trachomatis.

06. Uma paciente, de 60 anos, tem relato de cirurgia para correção de fístula anal há 10 anos, incontinência fecal com perda progressiva de qualidade de vida há pelo menos 6 anos. Foi feita avaliação por imagem que revelou defeito esfinteriano estimado em 90 graus em correspondência à cicatriz da cirurgia prévia. Já fez vários tratamentos clínicos, incluindo o biofeedback com pouca melhora. Qual a melhor opção de tratamento cirúrgico?
- A) Neuromodulação sacral.
 - B) Esfincteroplastia anal.
 - C) Graciloplastia dinâmica.
 - D) Anoplastia com retalho muscular.
07. Uma paciente, 45 anos, se apresenta em consulta médica com histórico de ser acompanhada por vários médicos por dificuldade de defecar há pelo menos 10 anos. Na presente consulta, relata exacerbação dos sintomas nos últimos 6 meses apresentando a maior parte do tempo com dor abdominal que às vezes alivia e às vezes piora com a defecação; frequência evacuatória de 2x/semana, onde as fezes são ou de consistência normal ou ressecadas. Nos últimos 3 meses, houve piora da sintomatologia levando a impacto em qualidade de vida e refratariedade às medicações sintomáticas. Com base nos critérios de Roma IV, qual o diagnóstico dessa paciente?
- A) Constipação funcional.
 - B) Síndrome do Intestino Irritável.
 - C) Distúrbio funcional da defecação.
 - D) Distúrbio intestinal funcional inespecífico.
08. Uma paciente de 41 anos portadora de procidência de reto procura um serviço de coloproctologia para tratamento. Após avaliação, a equipe optou pela realização de retossigmoidectomia perineal. Quais dos seguintes fatores pode ser considerado uma vantagem desse tratamento cirúrgico em relação aos métodos por via abdominal com uso de tela sintética, nessa paciente?
- A) Pode ser feita ambulatorialmente.
 - B) É considerada técnica minimamente invasiva.
 - C) A via perineal é relacionada com taxa de recidiva menor.
 - D) Maior facilidade em realizar a mesma técnica nas recidivas.
09. Um paciente de 47 anos foi admitido em uma emergência com quadro de diverticulite aguda complicada com abscesso. Foi internado, submetido a drenagem percutânea guiada por imagem e evoluiu bem com alta no 7º dia de internação. Procurou um especialista e foi indicado tratamento cirúrgico eletivo. Com relação a aspectos técnicos dessa cirurgia eletiva pode-se afirmar que:
- A) Anastomoses colo-cólicas devem ser evitadas.
 - B) A cirurgia vídeo laparoscópica deve ser contra-indicada.
 - C) É aconselhável o uso de "stents" ureterais antes da cirurgia eletiva.
 - D) Há a necessidade de remover todos os segmentos com divertículos.
10. Paciente jovem com quadro de constipação intestinal refratária a tratamento clínico. Foi solicitado na avaliação diagnóstica, exame de manometria anorretal. Qual dos seguintes achados pode estar relacionado com doença de tratamento cirúrgico?
- A) Hipotonia anal de repouso.
 - B) Ausência de reflexo inibitório reto anal.
 - C) Dificuldade de sustentação em 40 segundos.
 - D) Contração paradoxal do puborretal em esforço evacuatório.
11. Um paciente de 68 anos foi admitido na emergência com relato de há 48 horas ter dor abdominal à esquerda, distensão leve e diarreia com sangue. Ao exame físico, havia dor à palpação profunda em flanco e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal, sem febre ou taquicardia ou instabilidade hemodinâmica. Fez tomografia computadorizada de abdômen com achado de espessamento localizado no sigmoide, sugestivo de edema da parede do órgão e presença de sinais de "impressão digital – thumbprinting". Na presente situação, com relação à indicação de colonoscopia é correto afirmar que:
- A) É o melhor método diagnóstico.
 - B) Pode ser diagnóstica e terapêutica.
 - C) Pode ser feita, mas a biópsia é proscrita.
 - D) Está proscrita frente à possibilidade de isquemia.

12. Paciente com 67 anos procura consultório para prevenção de câncer colorretal. Relata ser assintomático, não tem história pessoal ou familiar de adenomas ou carcinoma colorretal, sua única comorbidade é o tratamento de hipertensão arterial leve. Qual dos seguintes esquemas de rastreio deve ser recomendado?
- A) Colonoscopia a cada 10 anos.
 - B) Pesquisa de DNA fecal a cada 5 anos.
 - C) Colonografia por tomografia a cada 7 anos.
 - D) Sangue oculto nas fezes (imunoquímico) a cada 3 anos.
13. Paciente multípara (G3, P3, 3 PN), com 56 anos, relata dor anal há cerca de 10 meses, iniciada após episódio de esforço evacuatório intenso e eliminação de fezes ressecadas. Tem como queixas associadas a presença de prurido e eventuais relatos de escapes fecais ("soiling"). Fez tratamento com bloqueador de canal de cálcio tópico por 12 semanas sem melhora. Ao exame proctológico, tem fissura anterior mediana com características de cronicidade e o toque é extremamente doloroso. Foi indicado o tratamento cirúrgico. Dentre as opções abaixo, qual a conduta cirúrgica mais apropriada?
- A) Fissurectomia anterior.
 - B) Anoplastia de avanço.
 - C) Esfincterotomia lateral interna.
 - D) Esfincterotomia interna no leito da fissura.
14. Uma paciente de 42 anos relata ter "crises de hemorroidas" há pelo menos 10 anos e importante impacto em qualidade de vida. Ao exame, nota-se plicomas e mamilos hemorroidários mistos grau IV, sem sinais de processo inflamatório agudo, porém com trombos organizados. Dentre os procedimentos cirúrgicos abaixo, qual é o mais apropriado?
- A) Exérese de plicomas.
 - B) Anorretopexia mecânica.
 - C) Desarterialização guiada por Doppler.
 - D) Hemorroidectomia à Milligan Morgan.
15. Paciente masculino, 43 anos, portador de HIV positivo, em tratamento com antiretrovirais (CD4:500), teve diagnóstico de carcinoma de células escamosas invasor, estadiado como T2N0M0 sendo indicada RT/QT para tratamento. Está atualmente em acompanhamento há 6 meses e se observa lesão em canal anal com 2,5 cm cuja biópsia mostrou novamente carcinoma de células escamosas. Foi realizado novo estadiamento e não havia evidências de disseminação regional ou sistêmica. Qual deve ser a conduta proposta?
- A) Quimioterapia de segunda linha.
 - B) Amputação abdomino perineal do reto.
 - C) Nova radioterapia com metade da dose.
 - D) Ressecção com margem radial de 1 cm.
16. Um paciente, com adenocarcinoma do reto baixo, fez neoadjuvância com resposta parcial. Na consulta de retorno, foi indicada cirurgia de amputação abdominoperineal do reto com excisão extraelevador (ELAPE). Quais as vantagens dessa técnica em relação amputação abdominoperineal convencional?
- A) Menor ferida perineal.
 - B) Menor trauma cirúrgico.
 - C) Melhor controle da ressecção do mesorreto.
 - D) Ampliação da área de ressecção linfonodal.
17. Um paciente de 53 anos procurou assistência médica em decorrência de dor sacral há 1 mês. Ao toque, notava-se lesão pré-sacra, limites bem definidos e aparentemente extra-retal. Foi submetido à tomografia de pelve sugerindo lesão de aspecto cístico com aparente invasão do sacro em S4 e S5 e aspecto compatível com cordoma. A ressonância magnética da pelve mostrou resultados semelhantes. Com base na situação exposta pode-se afirmar que?
- A) A ressecção de S4 e S5 implica em abertura do saco dural.
 - B) A radioterapia pré-operatória reduz a extensão da ressecção óssea.
 - C) Há a necessidade de biópsia pré-operatória para programar cirurgia.
 - D) Pode-se propor cirurgia com base em achados clínicos e de imagem.

18. Um hospital está implementando um programa de protocolos de recuperação acelerada em cirurgia colorretal. Qual das seguintes medidas está relacionada com melhora nos indicadores de taxa de permanência pós-operatória?
- A) Preparo intestinal de rotina com soluções de baixo volume.
 - B) Anestesia geral e bloqueio peridural nas cirurgias abertas e por vídeo.
 - C) Drenagem sistemática da pelve e remoção dos drenos em até 72 horas.
 - D) Profilaxia antiemética no intra-operatório e realimentação oral precoce.
19. Paciente com relato de tratamento para HIV e hábito anoréxico foi encaminhada para investigação de HPV e lesões precursoras de câncer de ânus. Qual das seguintes substâncias é empregada no exame da região anal com auxílio de lente de aumento, para aumentar a sensibilidade de detecção de lesões subclínicas?
- A) Água oxigenada.
 - B) Podofilina a 25%.
 - C) Ácido acético a 3%.
 - D) Ácido tricloroacético a 90%.
20. Paciente de 54 anos foi submetido à colectomia direita, por câncer, sem sinais de doença à distância ou regional nos exames per e intra-operatórios. Na consulta de retorno, o exame anátomo-patológico revelou que o tumor se estendia além da camada muscular própria e que foram dissecados 17 linfonodos, sendo 5 positivos para adenocarcinoma. Acerca do estadiamento TNM pode-se afirmar que:
- A) se trata de tumor T4.
 - B) se trata de doença N1.
 - C) se trata de estágio clínico IIIB.
 - D) a amostragem nodal foi insuficiente.