



SBCP
Sociedade
Brasileira
de Coloproctologia

CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

PROVA TEÓRICO - PRÁTICA

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno contém **50 questões**. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Leia cuidadosamente cada uma das questões, escolha a alternativa que você considera certa (A, B, C, D ou E) e assinale **a tinta** na folha de respostas.
- Responda a todas as questões.
- Ao terminar entregue a folha de respostas ao fiscal da prova.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos ou telefonia celular.
- Você terá **3 horas** para responder a todas as questões. Encerrado esse tempo, a folha de respostas será imediatamente recolhida, sem nenhuma prorrogação.
- A prova será apresentada da seguinte forma:
Todas as questões e imagens impressas na prova serão projetadas durante 2 minutos, sequencialmente, quando deverão ser respondidas. Não serão toleradas interrupções durante a projeção e nos intervalos.
Para as que não forem respondidas nesse intervalo de tempo, será permitido que seja feito dentro do tempo regulamentar final, porém **NÃO** haverá projeção simultânea.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

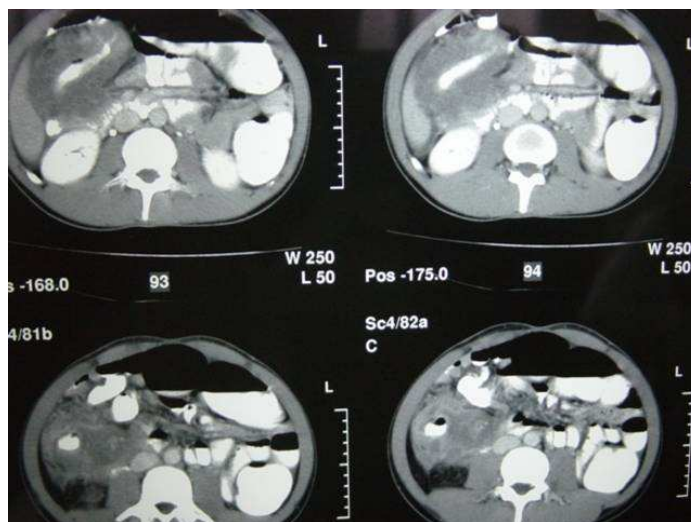
1. A radiografia mostra



(Fig 1)

- (A) fecaloma que deverá ser quebrado e esvaziado com clisteres.
- (B) megacólon tóxico que será submetido à laparotomia exploradora e colectomia.
- (C) estenose na junção retossigmóide que deverá ser abordada com laparotomia.
- (D) volvo de sigmóide que pode ser tratado com manobra de Bruusgaard (destorção).
- (E) tumor cístico de ovário, perfurado para sigmóide, a ser submetido a laparotomia.

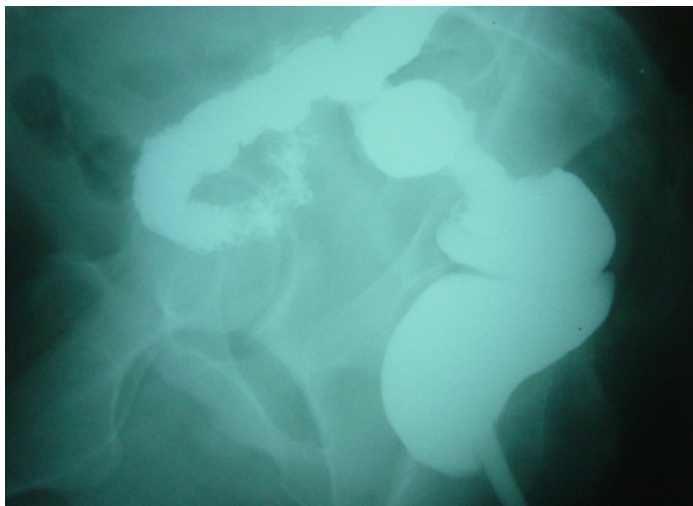
2. Doente com 54 anos refere dor em cólica abdominal de início há 30 dias, sem melhora após evacuar, além de fraqueza e desânimo. O exame físico mostra palidez cutâneo-mucosa e tumor mal delimitado em flanco e fossa ilíaca direita. O exame colonoscópico não ultrapassou a junção sigmóide-descendente devido a prováveis aderências de operações anteriores. A tomografia computadorizada mostra



(Fig 2)

- (A) imagem compatível com apendicite hiperplásica.
- (B) abscesso no mesocólon direito complicando diverticulite aguda.
- (C) tumor do rim direito infiltrando o cólon ascendente e o ceco.
- (D) tumor no cólon direito subestenose e invadindo o retroperitônio.
- (E) abscesso no lado direito do abdome, como complicação de apendicite aguda.

3. Doente com 42 anos refere desconforto abdominal incomum e alteração do hábito intestinal há 6 meses, oscilando episódios de fezes semi-líquidas com evacuações endurecidas e com muito esforço. Os exames coproparasitológicos e a coprocultura foram negativos. O exame contrastado mostra esta imagem



(Fig 3)

Qual a suspeita diagnóstica e a conduta inicial?

- (A) Exame normal – prosseguir investigação com trânsito com marcadores.
 - (B) Exame normal – prosseguir investigação com exame colonoscópico.
 - (C) Tumor no reto alto – indicar exame endoscópico para biópsia.
 - (D) Fístula do sigmóide com o delgado – avaliar com exame colonoscópico.
 - (E) Megarreto – indicar biópsia retal para avaliar plexos mioentéricos.
-
4. Doente com 61 anos refere saída das hemorroidas pelo ânus quando do esforço para evacuar há 4 meses. Percebe sangramento vivo, esporadicamente, em pequena quantidade no papel higiênico e no vaso sanitário há 30 anos, e que ficou constante nos últimos meses. No exame proctológico, a inspeção dinâmica revelou essa imagem.



(Fig 4)

Qual a suspeita diagnóstica e a conduta inicial?

- (A) Tumor do canal anal – biópsia da lesão.
- (B) Prolapso mucoso – indicar operação de Delorme.
- (C) Condilomas acuminados – aplicar ácido tricloroacético a 20%.
- (D) Papilite hipertrófica – prescrever pomadas para diminuir o sangramento.
- (E) Hemorroidas de 3º grau – indicar ligadura elástica após tratamento clínico.

5. Doente com 26 anos, HIV-positivo, usando o esquema de drogas antirretrovirais, veio para avaliação proctológica devido a prurido anal. Tem antecedentes de condilomas acuminados e de herpes anais. A carga viral está abaixo do limite de detecção e o valor sérico dos linfócitos T CD4 é de $931/\text{mm}^3$. A foto mostra a inspeção estática.



(Fig 5)

Qual a possível doença?

- (A) *Tinea nigra* causada por infecção fúngica.
 - (B) Sarcoma de Kaposi induzido pelo vírus de HHV-8.
 - (C) Líquen plano provocado pelo atrito excessivo de coçar.
 - (D) Vitiligo invertido de origem desconhecida, provavelmente genética.
 - (E) Papulose bowenóide provocada pelo papilomavírus humano (HPV).
-
6. Doente de 37 anos queixa-se de sangramento anal e saída de caroço pelo ânus, durante as evacuações, que necessita manobras digitais para redução. Sem outras queixas ou antecedentes. A foto mostra a inspeção dinâmica.



(Fig 6)

Qual o diagnóstico e a conduta?

- (A) Prolapso mucoso – indicar injeção esclerosante para fixação.
- (B) Hemorróidas do 3º grau – sugerir tratamento operatório.
- (C) Trombose hemorroidária – proceder a trombectomia sob anestesia local.
- (D) Tumor da margem anal – realizar biópsias para diagnóstico.
- (E) Papilite hipertrófica – indicar tratamento clínico inicialmente.

7. Doente de 26 anos, na 30ª semana de gestação, refere caroço no ânus com crescimento progressivo há 6 meses. Acompanha coceira, sangramento vivo às evacuações, no papel higiênico, e fezes com formato achatado, em fita. As evacuações são dolorosas e a obriga a fazer uso de laxativo. A foto corresponde à inspeção estática do exame proctológico.



(Fig 7)

Qual a hipótese diagnóstica e a conduta?

- (A) Trombose hemorroidária que deverá ser tratada clinicamente.
 - (B) Molusco contagioso que deverá ser tratado com antimicrobianos.
 - (C) Carcinoma espinocelular que deverá ser submetido à radio e quimioterapia.
 - (D) Hemorróidas de 3º grau que deverão ser submetidas a tratamento operatório.
 - (E) Condilomas acuminados que deverão ser tratados com ressecção sob anestesia.
-
8. Doente com 22 anos, HIV-positivo, refere dor anal há 3 dias, tipo queimação, que piora quando evacua, ao contato da água e quando fica muito tempo sentado. Acompanhou febre não medida e mal estar geral, semelhante ao do quadro gripal, nos dois primeiros dias. Está em tratamento de amigdalite aguda purulenta com penicilina benzatina. A foto representa a inspeção estática do exame proctológico.

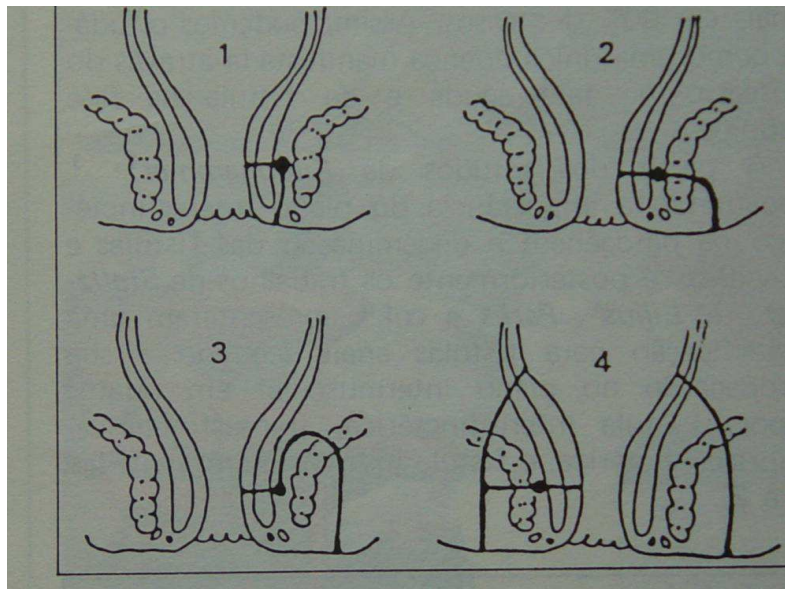


(Fig 8)

Qual a hipótese diagnóstica?

- (A) Dermatite eritemato-ulcerativa alérgica provocada pela penicilina.
- (B) Folliculite por Estafilococos que poderá ser comprovada pela coloração de Gram.
- (C) Ulcerações por herpes simples que serão confirmadas pela coloração de Giemsa.
- (D) Monilíase ulcerativa que pode ser diagnosticada pela cultura em meio de Sabouraud.
- (E) Sífilis primária cujo agente poderá ser identificado pela coloração com sais de prata.

9.



(Fig 9)

Os esquemas de 1 a 4 mostram, respectivamente, as fístulas:

- (A) perianal baixa, perianal alta, transesfincteriana, extrarretal.
- (B) interesfincteriana, perianal, transesfincteriana, em ferradura.
- (C) intraesfincteriana, transesfincteriana, puborretal e ísQUIORRETAL.
- (D) transesfincteriana, ísQUIORRETAL, extraesfincteriana, supraesfincteriana.
- (E) interesfincteriana, transesfincteriana, supraesfincteriana, extraesfincteriana.

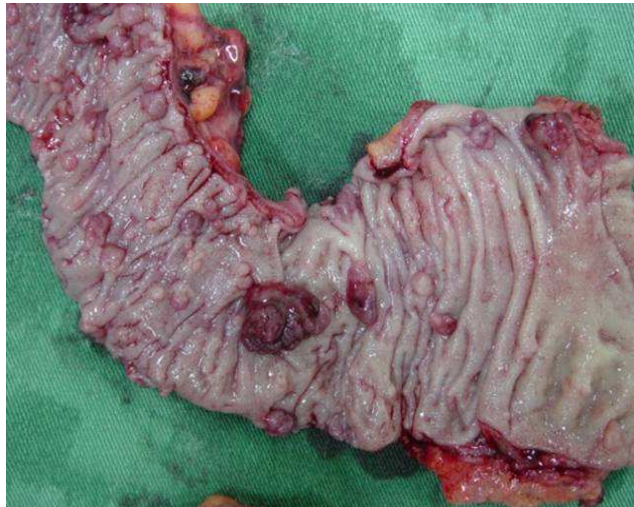
10. Hipótese diagnóstica para a lesão desta foto:



(Fig 10)

- (A) procidência retal.
- (B) hemorróidas grau IV.
- (C) prolapso mucoso retal.
- (D) pólipos retal exteriorizado.
- (E) tumor invadindo a margem anal.

11. Doente com 28 anos deu entrada no Pronto Socorro com quadro de enterorragia volumosa, mas estável hemodinamicamente. A retoscopia rígida revelou tumor a 18 cm da margem anal com sangramento ativo e a luz intestinal repleta de sangue e coágulos, impedindo a visibilização adequada da mucosa. O cirurgião optou pela laparotomia e realizou sigmoidectomia com anastomose colorretal com duplo grampeamento. A abertura da peça, enquanto a equipe iniciava o fechamento da parede abdominal, revelou o que aparece na foto.



(Fig 11)

Qual a conduta?

- (A) Realizar exame colonoscópico após o quinto dia para melhor avaliação.
 - (B) Completar a retocolectomia e realizar anastomose íleorretal, de imediato.
 - (C) Indicar exame colonoscópico para avaliar o restante do cólon após 30 dias.
 - (D) Proceder à proctocolectomia total com amputação do anorreto, de imediato.
 - (E) Proceder à proctocolectomia total e anastomose bolsa ileal-anal, de imediato.
-
12. Doente de 52 anos procurou o ginecologista há 15 dias devido dor pélvica e em flanco esquerdo com início há 4 dias, com parada da eliminação de fezes. O colega suspeitou de tumor pélvico durante o exame ginecológico e solicitou tomografia computadorizada. Devido ao achado, encaminhou ao coloproctologista. A doente refere melhora do quadro há uma semana. Avaliando a imagem,



(Fig 12)

Qual a hipótese diagnóstica e a conduta?

- (A) Impactação fecal, orientar dieta e laxativos suaves para evitar recidivas.
- (B) Endometriose, solicitar ultrassom endoanal e endovaginal para estadiamento.
- (C) Tumor pélvico à esclarecer, indicar laparoscopia exploradora para diagnóstico.
- (D) Tumor subestenosando o sigmóide, indicar avaliação colonoscópica e biópsia.
- (E) Diverticulite aguda complicada com abscesso, indicar laparotomia e Hartmann.

13. Doente com 26 anos procurou o médico referindo perda de sangue junto com as evacuações há dois meses, sem outra queixa gastrointestinal. Refere emagrecimento de 3 kg no período. A imagem sugere uma das hipóteses diagnósticas:



(Fig 13)

- (A) doença de Whipple.
- (B) síndrome de Cowden.
- (C) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (D) polipose adenomatosa familiar.
- (E) síndrome de Cronkhite-Canadá.

14. Durante os exames rotineiros de avaliação, doente de 47 anos apresentou esta imagem na retoscopia.

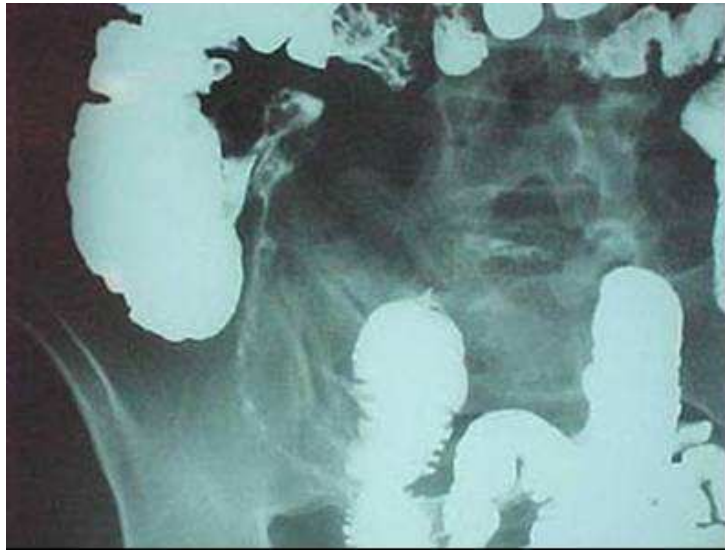


(Fig 14)

A polipectomia revelou adenoma tubular com displasia leve com um centímetro no maior diâmetro. Qual a conduta?

- (A) Repetir retoscopia rígida ou flexível após cinco anos.
- (B) Solicitar exame colonoscópico para completa avaliação.
- (C) Orientar retorno em um ano para outra avaliação de rotina.
- (D) Sugerir exame colonoscópico aos 50 anos, para rastreamento.
- (E) Indicar colectomia segmentar com linfadenectomia.

15. Doente com 34 anos refere dor em cólica de intensidade fraca para moderada com início há 30 dias. Piora após as refeições, tem a duração de algumas horas e melhora espontânea. Refere alteração do padrão evacuatório, tornando-se constipada. A colonoscopia não alcançou o cólon direito devido à angulação no transverso. Os exames contrastados mostraram esta imagem.



(Fig 15)

O que ela sugere?

- (A) Sinal do cordel, sugestivo da doença de Crohn.
- (B) Divertículo de Meckel, junto à válvula íleo-cecal.
- (C) Exame normal, indicar tomografia computadorizada.
- (D) Aderências entre alças, sequela de apendicite hiperplásica.
- (E) Tumor no mesogástrio rebatendo as alças, pedir tomografia computadorizada.

16.

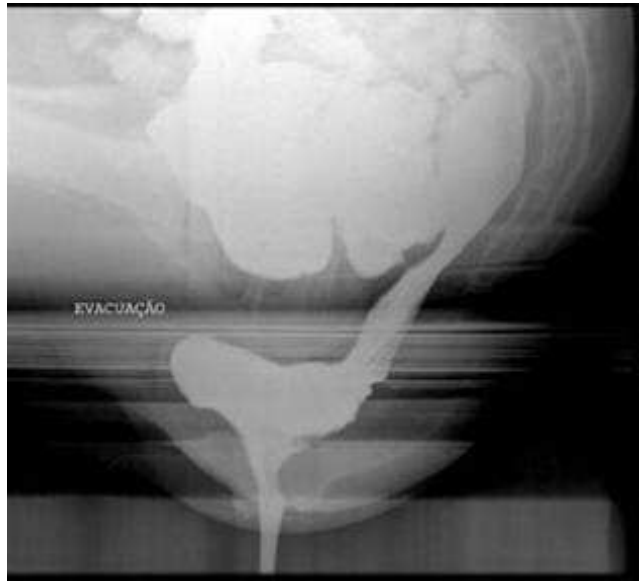


(Fig 16)

Esta imagem sugere

- (A) prolapso da colostomia.
- (B) hérnia pericostômica.
- (C) sigmoidostomia em alça.
- (D) hérnia inguinal com escoriação na pele.
- (E) recidiva tumoral na parede abdominal.

17. Doente de 57 anos, com queixa de prisão de ventre, fezes ressecadas e dificuldade para evacuar, veio ao proctologista procurar uma segunda opinião, trazendo vários exames misturados. Entre eles, este chamou sua atenção.



(Fig 17)

Trata-se de

- (A) exame contrastado indicando dolicocólon.
 - (B) enema-opaco revelando incontinência fecal.
 - (C) defecografia mostrando retocele anterior.
 - (D) defecograma apresentando contração paradoxal do puborretal.
 - (E) enema-opaco sugerindo megarreto durante a introdução do contraste.
-
18. Doente com 32 anos refere dor anal intensa e coceira perianal há 15 dias, com piora após as evacuações, quando fica muito tempo sentado e nos dias com temperaturas mais elevadas. Não houve alteração do hábito intestinal, mas tem usado laxativos para tornar as fezes mais amolecidas e facilitar as defecações.



(Fig 18)

O exame proctológico nos indica a seguinte hipótese diagnóstica:

- (A) cancróide.
- (B) condiloma acuminado.
- (C) tumor da margem anal.
- (D) fissura perianal crônica.
- (E) dermatite perianal e plicoma.

19.



(Fig 19)

O que esta imagem sugere? Qual a conduta?

- (A) Hérnia da ileostomia. Refazer a estomia em outro local da parede abdominal.
 - (B) Síndrome de Prune-Belly. Indicar aproximação dos planos musculares, após redução, podendo usar telas ou não.
 - (C) Recidiva do tumor na colostomia. Proceder à ressecção local e reinstalar a estomia em outra região.
 - (D) Apresentação normal da ileostomia a Brooke, na qual a alça é invertida para melhor adaptação da bolsa coletora.
 - (E) Prolapso do estoma. Ressecar o seguimento exteriorizado e refazer o estoma sem realizar laparotomia.
-
20. Doente com 54 anos relata evacuações endurecidas e com esforço a cada 3 ou 4 dias, há 4 anos. Está medicada com laxativos suaves e ingere boa quantidade de fibras e líquido, sob orientação médica, há 60 dias, com pouca melhora. Exame proctológico normal. No 5º dia, o trânsito com marcadores mostrou esta situação.



(Fig 20)

Qual o diagnóstico e a conduta?

- (A) Pode ser neoplasia maligna, pedir avaliação colonoscópica.
- (B) Condição normal do exame, insistir com dieta e laxativos suaves.
- (C) O quadro indica constipação idiopática, orientar dieta com fibras.
- (D) A imagem radiológica sugere evacuação obstruída, solicitar defecograma.
- (E) A radiografia sugere inércia colônica, pedir avaliação colonoscópica.

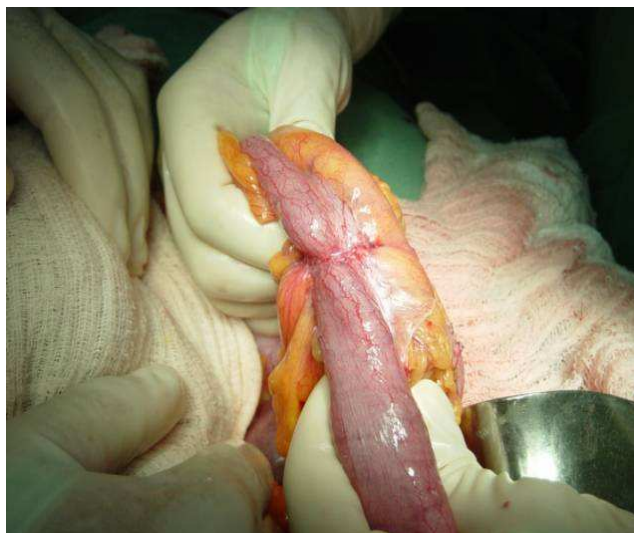
21. Doente de 45 anos refere pus amarelado que suja a roupa há cerca de 1 ano, acompanhado de ardência e dor anal esporádica. O quadro piora nos dias mais quentes e quando faz exercício físico mais acentuado. Esta imagem mostra a inspeção estática.



(Fig 21)

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Donovanose.
 - (B) Hidradenite supurativa.
 - (C) Doença de Crohn perianal.
 - (D) Fístulas perianais complexas.
 - (E) Tumor de Buschke-Loewenstein.
-
22. Doente com 15 anos, portador de doença de Crohn há 2 anos, refere cólicas abdominais há 4 meses, com intensidade progressiva e sem melhora com a medicação prescrita. Já foi submetido à extensa ressecção do intestino delgado por quadro semelhante há 6 meses. O trânsito intestinal revelou área de estreitamento no íleo distal e o cirurgião optou pelo tratamento operatório. Esta foto mostra o achado intraoperatório.

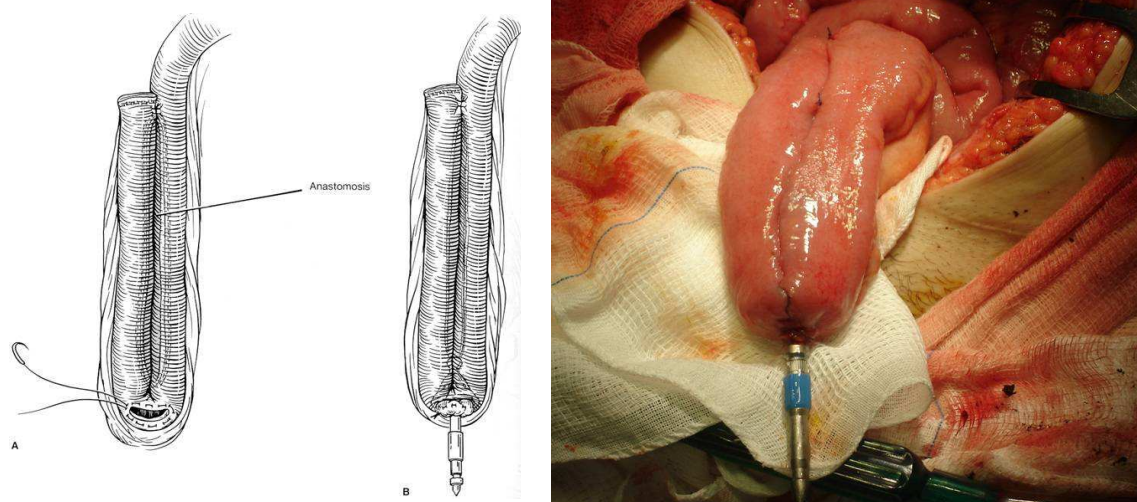


(Fig 22)

Qual a conduta preconizada?

- (A) Estricturoplastia.
- (B) Enterectomia segmentar com anastomose primária.
- (C) Se a estenose for na anastomose, seccionar e refazer o procedimento.
- (D) Ressecção da lesão com margens de segurança de exteriorização das bocas.
- (E) Enterotomia e introdução da sonda para dilatação com balão pneumostático.

23.

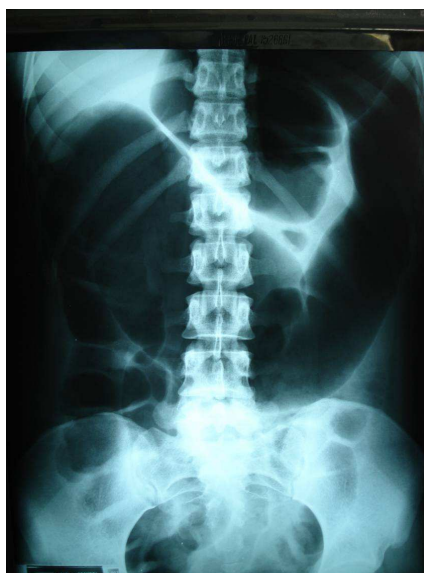


(Fig 23)

Os desenhos e a foto mostram

- (A) sutura latero-lateral ileal para preservação intestinal na doença de Crohn.
- (B) tratamento para duplicação intestinal congênita segmentar.
- (C) reservatório da ileostomia continente tipo Koch-Bishop.
- (D) bolsa cólica em J para anastomose no canal anal.
- (E) bolsa ileal tipo Utsonomiya.

24. Doente com 67 anos, submetida à operação para revascularização do membro inferior esquerdo há 4 dias, apresentou alguns episódios de vômitos. O exame físico revelou taquicardia, taquipnéia, desidratação, afebril. O abdome estava distendido, porém indolor à palpação, com timpanismo à percussão e ruídos hidro-aéreos presentes. Esta é a radiografia do abdome.



(Fig 24)

Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta para o caso?

- (A) Síndrome de Ogilvie, tratamento clínico.
- (B) Trombose mesentérica, laparotomia exploradora.
- (C) Íleo prolongado pós-operatório, sondagem nasogástrica e observação.
- (D) Distensão abdominal por distúrbios metabólicos, correção das alterações.
- (E) Abdome agudo obstrutivo por estenose em descendente, laparotomia exploradora.

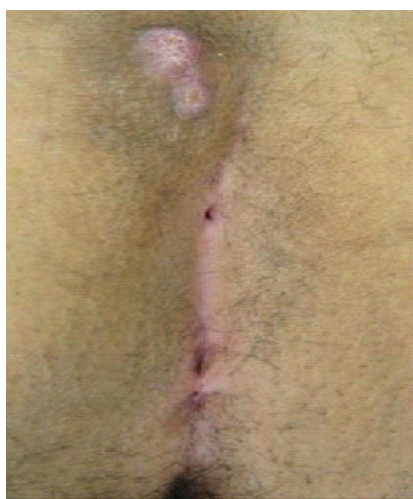
25. Doente com 26 anos, portador de doença de Crohn, refere até 12 episódios diários com fezes líquidas sanguinolentas há sete dias. Foi medicado com antimicrobianos. Nos últimos três dias, mostrou febre, desidratação, taquicardia e dor abdominal, quando foi internado. Há 24 horas ocorreu piora do quadro, com queda do estado geral. Está emagrecido e desnutrido. Os exames laboratoriais revelaram hipo-albuminemia e 6.600 leucócitos/mm³. A radiografia do abdome é esta.



(Fig 25)

Qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Agudização da colite de Crohn.
 - (B) Colite pseudomembranosa complicando a colite de Crohn.
 - (C) Dilatação tóxica do cólon.
 - (D) Colite infecciosa complicando a doença de Crohn.
 - (E) Obstrução no ângulo esplênico pela doença de Crohn.
-
26. Doente com 30 anos refere desconforto na região sacrococcígea, há três anos, que piora quando permanece muito tempo sentado. O quadro teve início após queda da bicicleta, quando bateu o local. Conta ainda que eventualmente tem infecções que melhoram com saída de pus. Pratica ciclismo como *hobby*. A foto mostra o exame do local.

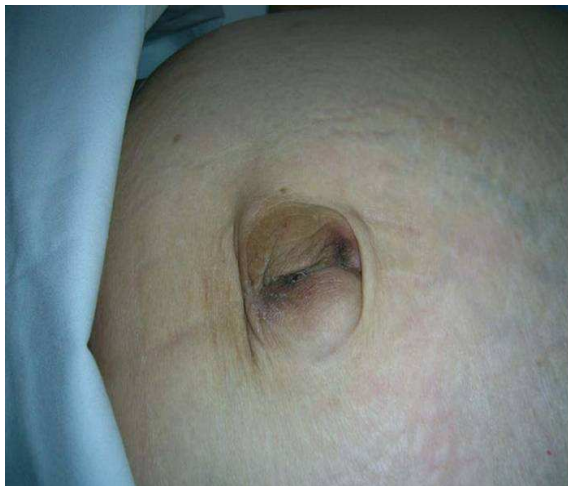


(Fig 26)

Qual é a hipótese diagnóstica e o exame para confirmação?

- (A) Fístula perianal complexa – fistulografia.
- (B) Cisto pilonidal sacrococcígeo – exame físico.
- (C) Hidradenite supurativa – exame histopatológico.
- (D) Furunculose – bacterioscopia e cultura da secreção.
- (E) Osteomielite sacral fistulizada – ressonância magnética.

27. Doente de 62 anos procurou atendimento médico devido cólicas abdominais há 30 dias. Refere ainda sangramento junto às fezes há 10 dias. Nega emagrecimento, mas cita alteração do hábito intestinal. Mostra-se com palidez cutâneo-mucosa. A figura mostra o achado da inspeção do abdome, endurecida à palpação e indolor.



(Fig 27)

Qual é a impressão diagnóstica?

- (A) Nódulo de *Sister Mary Joseph*.
 - (B) Hérnia umbilical estrangulada.
 - (C) Persistência do úraco, com infecção.
 - (D) Abscesso crônico na cicatriz umbilical.
 - (E) Persistência do conduto onfalo-mesentérico.
-
28. Homem de 54 anos relata dor na fossa ilíaca esquerda há 30 dias, acompanhada de dor à palpação local, alteração do hábito intestinal (quatro dias sem evacuar seguidos de seis dias com diarreia, dois episódios diários), febre não medida e mal estar geral. Permaneceu internado no Pronto Socorro durante três dias. Recebeu diagnóstico de infecção intestinal e foi medicado com antimicrobianos, apresentando melhora. Retorna referindo desconforto abdominal, tipo cólicas. Evacuações pastosas, diárias, sem esforço. Emagreceu 3 kg no período. Relata, ainda, disúria e esforço para início da diurese há mais de um ano. A palpação abdominal revelou plastrão em fossa ilíaca esquerda. A imagem sugere



(Fig 28)

- (A) megarreto e fístula retocólica.
- (B) dilatação intestinal por provável tumor.
- (C) abscesso pericólico de origem diverticular.
- (D) fístula entero-enterica de origem diverticular.
- (E) divertículos intestinais e fístula entero-vesical.

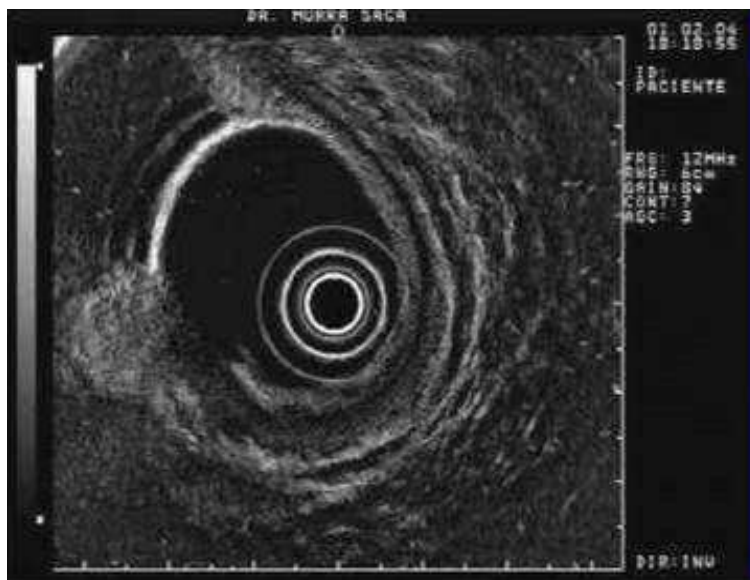


(Fig 29)

A imagem corresponde a um dos cortes da tomografia computadorizada do tórax de homem de 47 anos, portador de adenocarcinoma do reto invadindo canal anal. O exame foi pedido para elucidar as radiografias do tórax, solicitadas para avaliar o estágio pré-tratamento do tumor. Os outros exames estão normais. Qual a melhor conduta?

- (A) Ressecção do nódulo pulmonar após controle local do tumor primário.
- (B) Indicar PET scan para confirmar o diagnóstico de metástase pulmonar.
- (C) Manter em observação, a ressecção do nódulo não modifica o prognóstico.
- (D) Indicar radioterapia no campo pulmonar afetado e associar quimioterapia.
- (E) Os carcinomas retais não têm metástases pulmonares antes das hepáticas.

30. Mulher de 60 anos teve tumor de 2,5 cm de diâmetro diagnosticado no reto distal no exame periódico da empresa em que trabalha. Está assintomática. A biópsia revelou adenocarcinoma bem diferenciado. Este exame foi pedido para programação terapêutica.



(Fig 30)

Baseado nele, qual é a melhor opção inicial?

- (A) Retossigmoidectomia anterior baixa.
- (B) Ressecção local por via endoanal.
- (C) Amputação do anorreto e colostomia.
- (D) Radio e quimioterapia combinadas.
- (E) Excisão local seguida de quimioterapia.

31. Doente de 52 anos queixa-se de dor anal de caráter pulsátil, de início há 2 dias, que piora quando evacua e quando permanece sentado, sem fatores de melhora. Nega febre. Refere ser diabético insulino-dependente e ter operado câncer gástrico há 4 meses. Vendo a imagem da inspeção perianal.



(Fig 31)

Qual é a conduta?

- (A) Punção com agulha grossa, antimicrobianos de amplo espectro.
- (B) Drenagem sob anestesia local, não há necessidade de antimicrobianos.
- (C) Não há necessidade de anestesia, pois não terá efeito pelo pH ácido do pus.
- (D) Conduta expectante, antimicrobianos, anti-inflamatórios e analgésicos.
- (E) Exploração operatória sob raqui-anestesia e antimicrobianos de amplo espectro.

32.

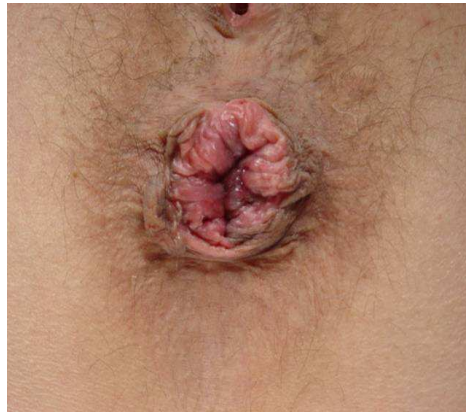


(Fig 32)

O enema opaco foi indicado para avaliar sangramento crônico de doente com 35 anos. Qual a suspeita diagnóstica?

- (A) Colite amebiana.
- (B) Colite isquêmica.
- (C) Polipose adenomatosa familiar.
- (D) Retocolite ulcerativa inespecífica.
- (E) Moléstia diverticular dos cólons.

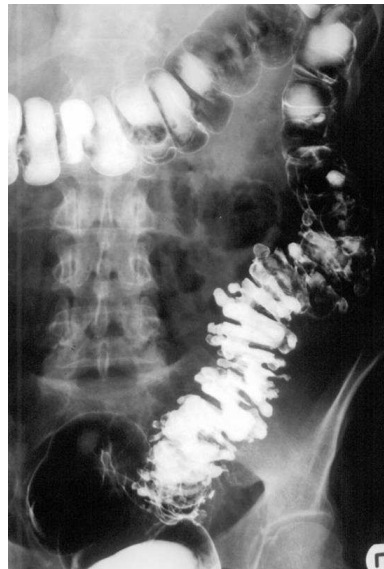
33. Mulher de 66 anos procurou o médico referindo saída das “hemorróidas” quando evacua, com piora há 2 anos. Acompanha escape de gases e muco que suja a roupa íntima e sangramento vivo que nota no papel higiênico. Relata usar medicação para hipertensão arterial e *diabetis mellitus*, dois partos-cesárea, o último há 40 anos. Nega outras doenças ou operações. Esta é a inspeção estática.



(Fig 33)

O toque retal revelou discreta hipotonia esfinteriana. Qual o próximo passo?

- (A) Realizar a operação de sacro-promonto-fixação para tratar os sintomas da procidência retal que incomodam a paciente.
 - (B) Indicar tratamento operatório devido à queixa de prolapso hemorroidário e sangramento (hemorróidas grau III).
 - (C) Solicitar manometria anal; parece haver algum grau de incontinência anal que poderá piorar após a hemorroidectomia.
 - (D) Proceder à biópsia do tumor que se exterioriza pelo ânus, causador dos sintomas de *soiling* e sangramento.
 - (E) Agendar o reparo total do assoalho pélvico para eliminar os efeitos da incontinência fecal referida pela paciente.
-
34. Doente de 54 anos refere alteração do hábito intestinal que vem piorando há 12 meses, caracterizado por dificuldade para evacuar. Cita cólicas abdominais de forte intensidade que aliviam após as evacuações, já tendo procurado atendimento de urgência algumas vezes por esse motivo. As fezes são geralmente pastosas, mas obrigam ao uso de laxativos, com pouco efeito. Está medicado para hipertensão arterial sistêmica e diabetes do tipo 2. Tem passado de três episódios de diverticulite aguda tratados com antimicrobianos e repouso. Trouxe este enema-opaco realizado após a última crise de diverticulite. O exame colonoscópico, realizado sem dificuldade até o íleo terminal, mostrou inúmeros óstios diverticulares no cólon esquerdo.



(Fig 34)

Qual é a conduta?

- (A) Orientar dieta com fibras e laxativos suaves.
- (B) Colectomia segmentar ressecando a área doente.
- (C) Solicitar trânsito com marcadores para melhor avaliação.
- (D) Indicar defecograma, já que a colonoscopia está normal.
- (E) Prescrever anti-espasmódicos e aumentar as fibras na dieta.

35. Homem de 56 anos apresenta adenocarcinoma de 3 cm de diâmetro no reto inferior. Não há co-morbidade. Os exames mostraram tumor T3 NX.



(Fig 35)

Qual é a conduta?

- (A) Retossigmoidectomia anterior com excisão total do mesorreto que têm a mesma eficácia no índice de recidivas e de sobrevivência com ou sem radioterapia prévia.
- (B) Retossigmoidectomia e radioterapia adjuvante que diminuem a recidiva tal como no esquema neoadjuvante e melhoram a sobrevivência.
- (C) Radio e quimioterapia neoadjuvante que, apesar de aumentar a incidência de diarreia, diminui a recidiva local pós-operatória.
- (D) Ressecção radical do tumor, com excisão total do mesorreto, e quimioterapia adjuvante quando houver comprometimento linfonodal.
- (E) O paciente reúne as condições ideais para a excisão local do tumor e a quimioterapia só deverá ser indicada conforme a diferenciação tumoral.

36.

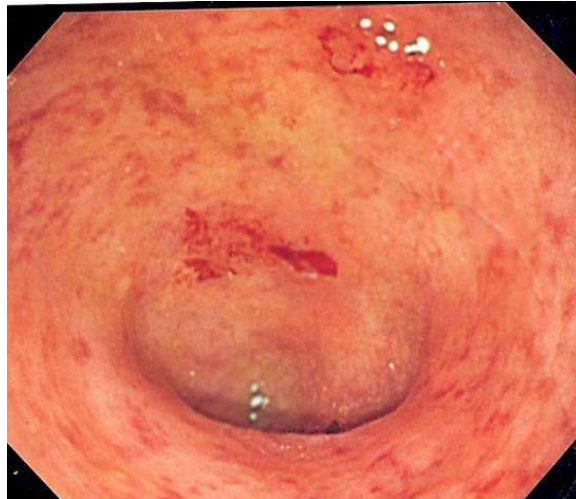


(Fig 36)

Doente de 61 anos apresenta adenocarcinoma na junção retossigmóide com invasão da bexiga e da alça de delgado. Os exames pré-operatórios não mostraram doença à distância. Qual é a conduta?

- (A) Quimioterapia neoadjuvante como palição.
- (B) Ressecção em bloco e quimioterapia adjuvante.
- (C) Estoma para derivar o trânsito e quimioterapia.
- (D) Radio e quimioterapia neoadjuvantes e ressecção em bloco.
- (E) Conduta expectante, derivar trânsito quando houver obstrução.

37. Doente de 34 anos refere diarreia mucossanguinolenta, até 10 episódios diários, há 20 dias. Tem apresentado episódios esporádicos de fezes líquidas sem sangue nos últimos seis meses. Relata emagrecimento de 2 kg no último mês. Porém, apresenta-se em bom estado geral. Nega quadro anterior. O exame colonoscópico revelou este quadro de colite desde o reto até o ceco. O íleo terminal estava normal. A biópsia diagnosticou retocolite ulcerativa, sem displasia.



(Fig 37)

Qual o tratamento a ser indicado?

- (A) Sulfassalazina, 2 a 6 g, prednisona, 20 a 60 mg, via oral e 5-ASA, supositórios.
- (B) Esteróides, antimicrobianos e anti-inflamatórios endovenosos.
- (C) Mesalazina, 1,5 a 3 g/dia e prednisona, 40 a 60 mg/dia, ambos por via oral.
- (D) Iniciar com alguma formulação contendo 5-ASA, por via oral.
- (E) Iniciar com hidrocortisona 300 mg/dia e nutrição parenteral, durante 5 a 7 dias.

38.

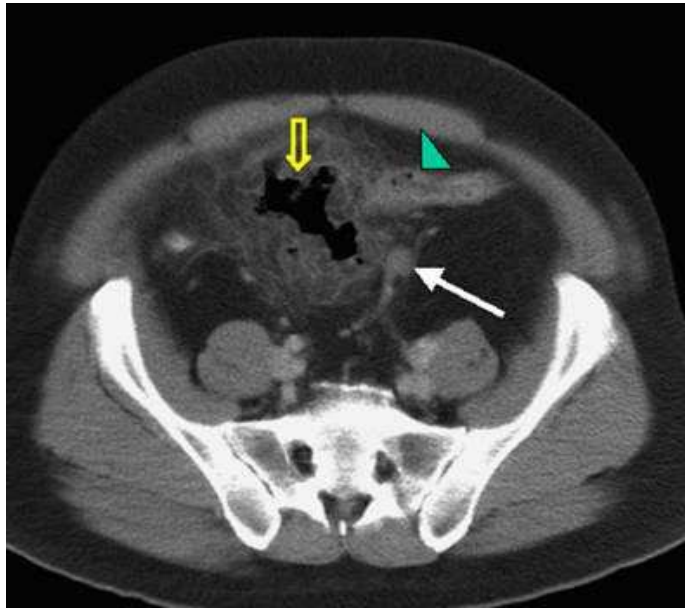


(Fig 38)

Homem de 31 anos, HIV-positivo, foi submetido a exame de magnificação do anorreto, com colposcópico e ácido acético, após erradicação dos condilomas acuminados anais. Esta foto mostra lesão acetobranca em mosaico na zona de transição anal. A citologia revelou HSIL (lesão intraepitelial de alto grau). A biópsia mostrou neoplasia intraepitelial anal (NIA) de alto grau. O doente iniciou terapia antirretroviral (HAART) há 60 dias e a contagem sérica de linfócitos T CD4 subiu de $234/\text{mm}^3$ para $412/\text{mm}^3$, neste período. Frente ao achado, qual a melhor conduta?

- (A) Citodestruição e citologia periódica, para rastreamento.
- (B) Radioterapia adjuvante e posterior amputação do anorreto.
- (C) Ressecção pode ser local, após radioterapia, já que a lesão é pequena.
- (D) Nada a fazer, a incidência de NIA diminui após introdução do HAART.
- (E) Nada a fazer, a doença raramente recidiva, mesmo entre os imunodeprimidos.

39. Doente de 58 anos compareceu ao Pronto Socorro com queixa de dor abdominal na fossa ilíaca esquerda há 6 dias, com parada de eliminação de fezes desde então. Acompanha febre de 38,7 °C, desidratação e astenia. Está medicada com antimicrobianos e analgésicos há 4 dias, com pouca melhora. Não apresentava sintomas de qualquer doença antes deste quadro, nem fazia uso de medicações. Colecistectomia eletiva, por videolaparoscopia há 12 meses. O abdome mostra-se doloroso à palpação profunda e superficial à esquerda, em flanco e fossa ilíaca, onde se nota plastrão.



(Fig 39)

A tomografia computadorizada sugere

- (A) dilatação de alça cólica com irregularidades na superfície mucosa, indicando doença neoplásica.
 - (B) estenose em alça intestinal com dilatação e linfonodo sentinela sugerindo doença neoplásica.
 - (C) estenose tubular em alça intestinal com fístula para cólon transverso que será melhor avaliada com enema opaco.
 - (D) abscesso complicando diverticulite aguda e que pode ser tratado com punção esvaziadora e antimicrobianos.
 - (E) presença de corpo estranho (compressa cirúrgica) perfurando o cólon transverso e provocando tamponamento pelo epíplon e alças intestinais.
-
40. Doente de 23 anos foi ao especialista referindo que sua irmã de 38 anos foi operada de carcinoma do intestino e que seu pai morreu aos 47 anos, também com tumor no intestino. Seu irmão com 30 anos apresentou sangramento junto com as fezes e teve dois pólipos (não sabe o padrão histológico) retirados durante exame colonoscópico. Mãe viva com boa saúde. Está assintomático e pede orientação quanto à prevenção. Como orientar?
- (A) Fazer retossigmoidoscopia flexível a cada 1 ou 2 anos.
 - (B) Indicar colonoscopia e repetí-la a cada 1 a 3 anos, caso seja normal.
 - (C) Pedir sangue oculto nas fezes e sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos.
 - (D) Iniciar rastreamento com colonoscopia aos 28 anos, ou se tiver sintomas.
 - (E) Os testes genéticos são inviáveis, necessitam do DNA do pai que já é falecido.

41. Doente de 68 anos, diabético, alcoólatra de grandes doses, teve abscesso perianal drenado há 3 dias. Retornou ao médico referindo dor e inchaço nos genitais há 18 horas.

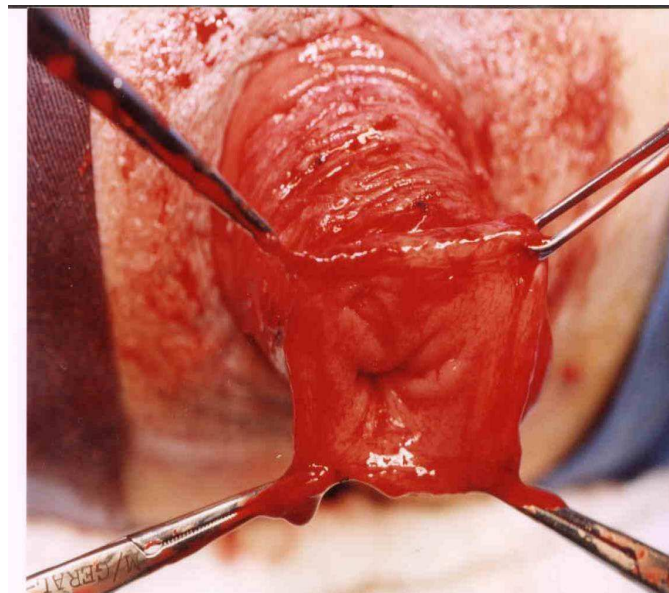


(Fig 41)

Olhando a foto, o quadro é compatível com

- (A) flegmão no saco escrotal, necessita de debridamento local e de antimicrobianos com largo espectro.
- (B) fasciíte necrosante cujo tratamento consiste de debridamento local e de oxigenoterapia hiperbárica.
- (C) gangrena de Meleney que deve ser tratada com antimicrobianos e com oxigenoterapia hiperbárica.
- (D) extensão da infecção para o saco escrotal, tem indicação de debridamento local e de antimicrobianos em associação.
- (E) gangrena de Fournier, merece debridamento amplo dos tecidos desvitalizados e antimicrobianos com largo espectro.

42.



(Fig 42)

Esta foto mostra aspecto do procedimento operatório para tratamento da procidência retal. Como é conhecida esta técnica?

- (A) Tática de Kraske.
- (B) Técnica de Notaras.
- (C) Reparo de Thiersch.
- (D) Operação de Delorme.
- (E) Procedimento de Altemeier.

43. Doente com 46 anos refere evacuações endurecidas, uma vez por semana e com uso de laxativos, há mais de 10 anos. Tem raras cólicas intestinais. Ingere dieta rica em fibras. Já fez uso de vários tipos de laxativos, com resultados variados e temporários. O trânsito cólico com marcadores solicitado é este, no 5º dia.



(Fig 43)

Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta inicial?

- (A) Constipação de trânsito lento, pedir defecografia.
 - (B) Inércia colônica, indicar sigmoidectomia e anastomose primária.
 - (C) Constipação por erro alimentar, orientar dieta e pedir colonoscopia.
 - (D) Trânsito cólico normal, orientar dieta com fibras e laxativos osmóticos.
 - (E) Síndrome do intestino irritável com constipação, indicar fibras e laxativos osmóticos.
-
44. Doente com 78 anos relata dor abdominal em cólicas e fezes pastosas mais amolecidas, um a dois episódios diários, há 40 dias. Conta ainda que há um tom avermelhado na água em volta das fezes. Sofreu revascularização coronariana há 6 anos. Faz uso de antiarrítmicos, cardiotônicos, digitálicos, hipotensores e diuréticos. Refere viajar muito para o litoral e não se preocupa com a qualidade da água que bebe. Trouxe exame protoparasitológico (uma amostra) normal e coprocultura sem crescimento. A colonoscopia mostrou esta imagem no cólon esquerdo.

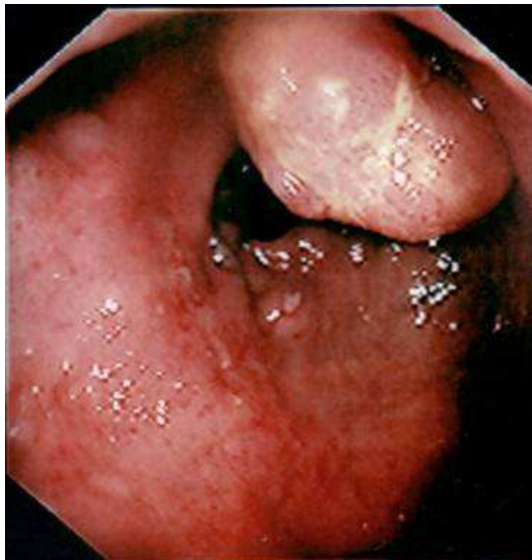


(Fig 44)

A histopatologia não foi esclarecedora. Qual é a hipótese inicial, baseada na imagem e no quadro clínico?

- (A) Colite amebiana.
- (B) Doença de Crohn.
- (C) Colite isquêmica.
- (D) Colite provocada pelo citomegalovírus (CMV).
- (E) Retocolite ulcerativa inespecífica.

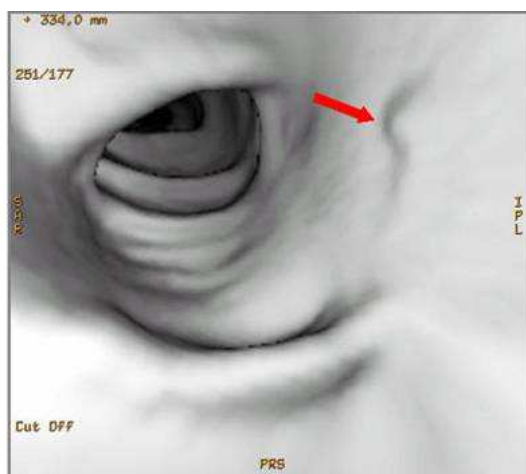
45. Doente de 52 anos relata sangramento vivo junto com as fezes há 15 dias. Já apresentou dois episódios. O exame proctológico nada revelou, mas a colonoscopia mostrou o tumor da foto, localizado no sigmóide distal. A biópsia identificou adenocarcinoma. Os exames não mostraram doença à distância.



(Fig 45)

Qual é a conduta?

- (A) Quimioterapia prévia à sigmoidectomia.
 - (B) Retocolectomia sub-total e bolsa cólica em J.
 - (C) Radioterapia neoadjuvante e retossigmoidectomia.
 - (D) Retossigmoidectomia abdominal com linfadenectomia.
 - (E) Ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto.
-
46. Doente com 48 anos procurou médico devido dificuldade para evacuar e cólicas abdominais há 15 dias. O exame físico não foi esclarecedor. O exame colonoscópico mostrou tumor ulcerado obstruindo o reto alto, intransponível ao aparelho.



(Fig 46)

Qual das condutas abaixo NÃO deverá ser utilizada na avaliação do restante do cólon?

- (A) PET scan.
- (B) Colonoscopia intraoperatória.
- (C) Enema opaco préoperatório.
- (D) Colografia por tomografia computadorizada.
- (E) Palpação intraoperatória e colonoscopia pós-operatória.

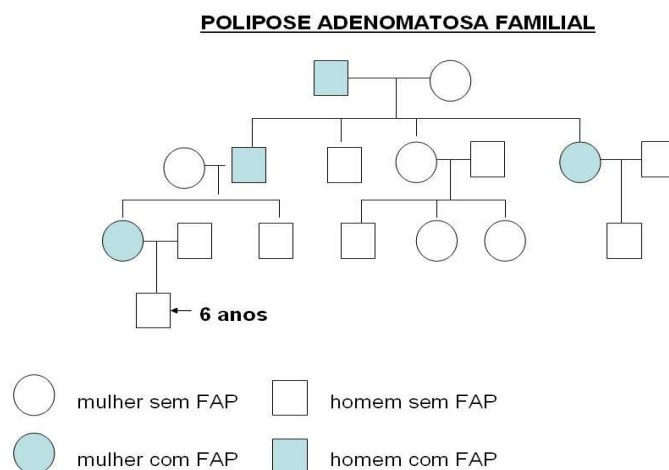
47. Doente com 36 anos vem ao consultório queixando-se de ardor e prurido perianais há 7 dias. Sem outra queixa. Sem doenças pregressas, nem medicação em uso. Esta é a inspeção da região perianal.



(Fig 47)

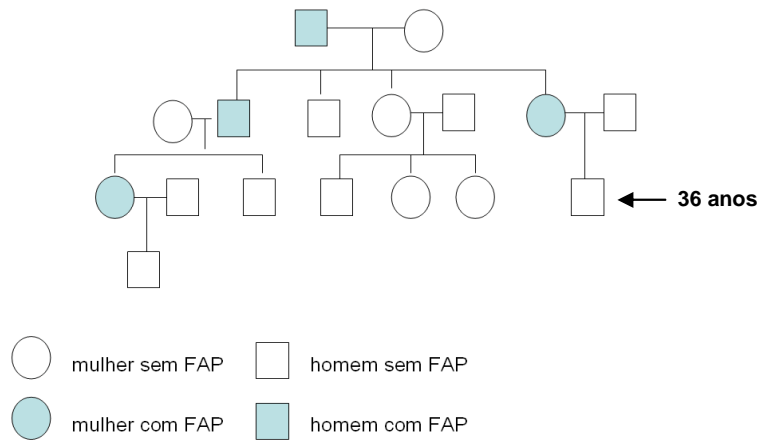
Qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Psoríase, pela distribuição em “asas de borboleta” da lesão.
 - (B) Líquen plano crônico, por uso excessivo de papel higiênico.
 - (C) Fase inicial, pré-vesicular, de herpes simples ulcerativo.
 - (D) Hidradenite supurativa, caracterizada pelo eritema e edema locais.
 - (E) Dermatite de contato, iniciada após 6 dias de auto-medicação com triclomazol.
-
48. Nesta família de portadores de polipose adenomatosa familiar (FAP), somente os dois homens apresentaram adenocarcinomas, aos 40 e 42 anos. As mulheres receberam colectomia total aos 26 e 22 anos. Olhando o heredograma,



quando iniciar o rastreamento do menino com 6 anos?

- (A) Iniciar agora, pois hamartomas podem ocorrer.
- (B) A partir dos 12 anos, quando os pólipos começam a surgir.
- (C) Após os 21 anos, até essa idade não há transformação.
- (D) Aos 30 anos, já que os tumores apareceram após os 40 anos.
- (E) Não há consenso, pode-se iniciar com qualquer idade após os 20 anos.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL

(Fig 49)

O homem de 36 anos (seta) já foi submetido a três exames colonoscópicos, todos normais, o último há 15 dias. Diante dos resultados

- (A) deve-se repetir o exame aos 50 anos e depois acompanhar com sigmoidoscopia flexível anual.
- (B) não é necessário repetir o exame, pois o doente não tem risco para carcinoma.
- (C) deve-se repetir o exame aos 50 anos e depois a cada cinco anos pelo risco aumentado.
- (D) indicar o teste genético, e só indicar colonoscopia se houver a mutação.
- (E) deve-se repetir o exame anual até os 40 anos, depois seguir como de moderado risco para carcinoma colorretal.

50. Mulher de 31 anos refere dificuldade para evacuar, só conseguindo quando as fezes estão líquidas, o que a obriga a usar laxativos. Tem o problema há 6 meses desde que operou fissura anal. Apresenta, ainda, incontinência para gases e fezes líquidas, necessitando usar absorventes para não sujar a roupa. A foto mostra a inspeção da região anal com subestenose. O toque foi impossível.



(Fig 50)

Qual é a conduta para tratar especificamente o problema?

- (A) Esfincterotomia interna lateral fechada.
- (B) Dieta líquida, laxativos e dilatação com velas de Hegar.
- (C) Secção da fibrose cicatricial e retalho de avanço.
- (D) Secção da fibrose e dilatação rotineira com velas de Hegar.
- (E) Retotomia bilateral para evitar lesão muscular na região anterior.