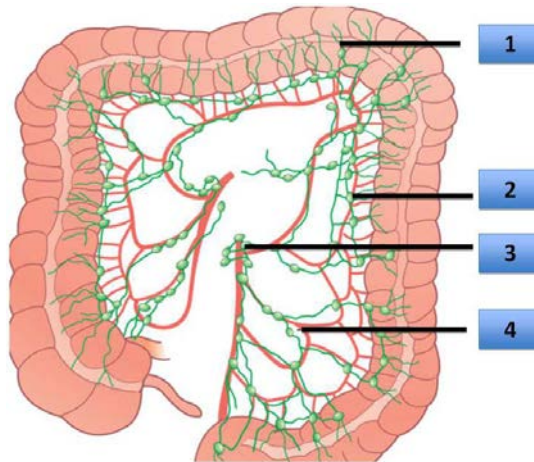


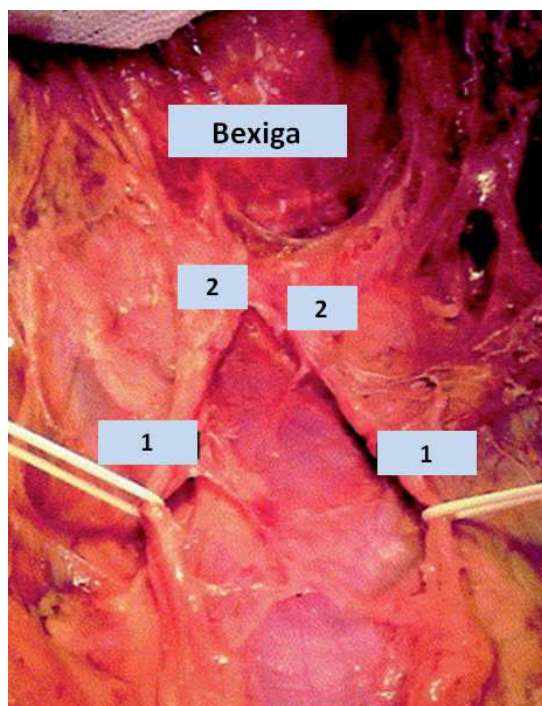
1. Nas ressecções oncológicas colônicas o correto esvaziamento ganglionar é de extrema importância.



As linfonodos assinalados na respectiva ordem de apresentação (1 a 4) são denominados de:

- (A) Paracólicos, epicólicos, principal e intermediário.
- (B) Paracólicos, epicólicos, intermediários e principal.
- (C) Epicólicos, paracólicos, principal e intermediário.
- (D) Epicólicos, paracólicos, intermediário e principal.
- (E) Intermediários, principal, paracólicos e epicólicos.

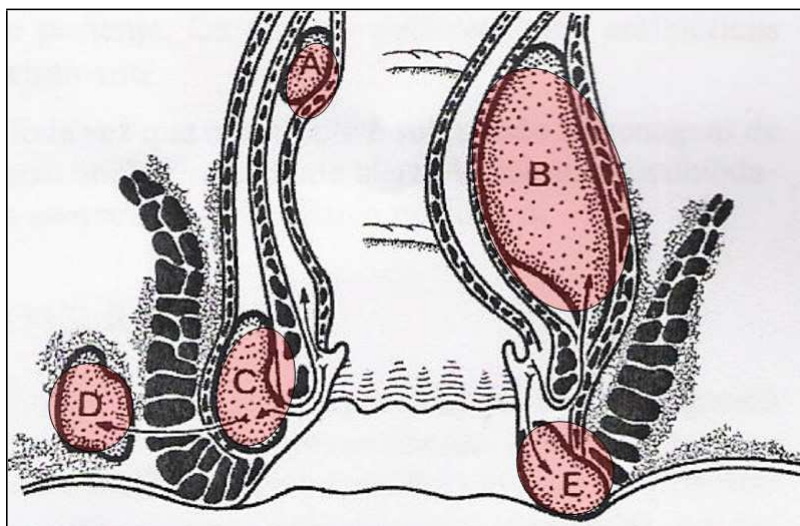
2. Uma estrutura anatômica, identificada como número 1, está sendo reparada na cirurgia de reto.



Identifique o nome da estrutura e a consequência de sua inadvertida secção durante a cirurgia:

- (A) Artéria gonadal e atrofia testicular.
- (B) Ureter e hidronefrose.
- (C) Ducto deferente e oligospermia.
- (D) Plexo nervoso retal e bexiga espástica.
- (E) Plexo nervoso hipogástrico e impotência.

Atenção: Analise a figura para responder às questões de números 3 a 5:



3. Os abscessos assinalados com as letras A, B e D podem ser classificados, respectivamente, em:

- (A) Submucoso, interesfincteriano alto e isquirretal.
- (B) Interesfincteriano alto, perianal, submucoso.
- (C) Isquirretal, submucoso e perianal.
- (D) Interesfincteriano alto, isquirretal e submucoso.
- (E) Isquirretal, submucoso e sub-esfincteriano.

4. O método diagnóstico de maior acurácia para os abscessos identificados com as letras B e D é:

- (A) Ultrassom perianal.
- (B) Tomografia computadorizada.
- (C) Fistulografia.
- (D) Ressonância nuclear magnética.
- (E) Ultrassom perianal 3D.

5. Tratamento para o abscesso identificado com a letra E:

- (A) Drenagem endoscópica.
- (B) Antibiótico sem drenagem para evitar a formação de fistulas complexas.

(C) Drenagem e antibioticoterapia.

(D) Punção e cultura do líquido.

(E) Banho de assento e antibiótico tópico.

Atenção: Para responder às questões de números 6 e 7 considere o quadro clínico e o RX apresentados abaixo:

Paciente de 57 anos de idade, deu entrada no PS com história de dor abdominal do tipo cólica há 12 horas, localizada em mesogástrio, sem fator de piora ou melhora, queda do estado geral, associado a importante distensão abdominal com parada na eliminação de gases. Ao exame, abdome distendido, RHA ausentes, dor a palpação superficial e profunda de todo abdome. Regular estado geral, eupneico, hidratado, descorado (2+), eutrófico, toque retal normal. Rx abdome solicitado:



6. Diagnóstico provável:

(A) Volvo de ceco.

(B) Obstrução em alça fechada de cólon esquerdo.

(C) Obstrução de cólon transverso.

(D) Volvo de sigmóide.

(E) Fecaloma.

7. Frente ao diagnóstico a conduta é:

(A) Colonoscopia.

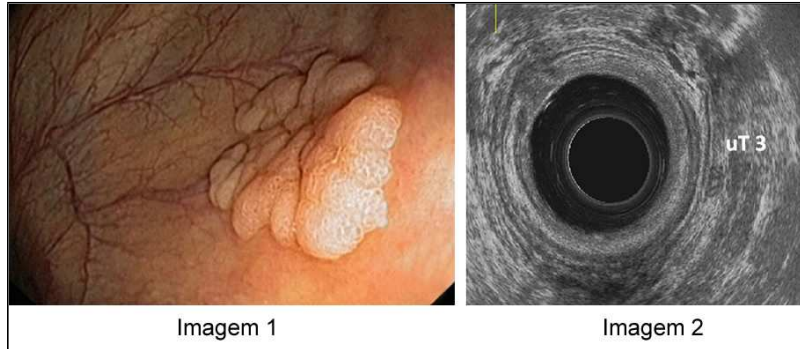
(B) Enema opaco para complementação diagnóstica.

(C) Lavagem intestinal com “fleet enema”, hidratação e jejum.

(D) Passagem da sonda nasogástrica e jejum.

(E) Cirurgia de emergência.

Paciente de 45 anos de idade com queixa de sangramento em pequena quantidade há 3 meses. Ao toque retal presença de lesão nodular palpável em parede anterior do reto. A colonoscopia evidencia lesão nodular com cerca de 3 cm de diâmetro, localizada a 5 cm da margem anal (imagem 1), a biópsia é compatível com adenocarcinoma. Realizada a ultrassonografia endoanal (imagem 2).



8. Frente aos exames e ao quadro clínico, a melhor conduta inicial é:

(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.

Atenção: Para responder às questões de números 9 e 10, considere a imagem apresentada abaixo:



9. Diagnóstico:

(A) Fístula perianal anterior e fissuras anais agudas.

(B) Abscesso perianal com trajeto fistuloso.

(C) Fissura anal e molusco contagioso.

(D) Laceração de períneo, retocele e fístula.

(E) Retocolite ulcerativa fistulizante.

10. Melhor opção terapêutica:

(A) Terapia biológica.

(B) Drenagem do abscesso e fistulotomia.

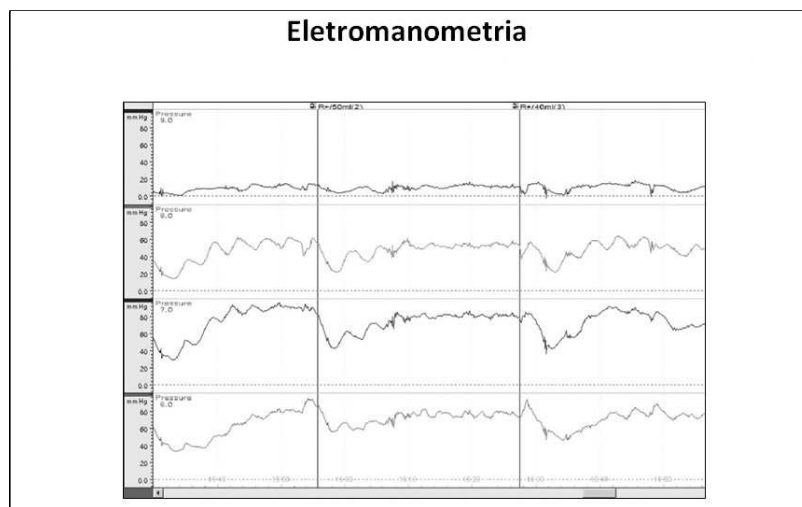
(C) Pomada a base de vasodilatadores e retirada mecânica do molusco.

(D) Correção do períneo e da retocele.

(E) Fistulotomia e se necessário o uso de *seton*.

Atenção: Para responder às questões de números 11 e 12, considere o resultado apresentado abaixo:

Paciente com queixa de constipação intestinal de longa duração(15 anos), realiza a monometria.



11. O diagnóstico pela manometria é:

(A) Baixa capacidade de contração voluntária.

(B) Contração paradoxal do puborretal.

(C) Ausência do reflexo inibitório retoanal.

(D) Presença do reflexo inibitório retoanal (RIRA).

(E) Adequada capacidade de contração.

12. A conduta frente a este caso é:

(A) Excluir megacolon e solicitar tempo de trânsito colônico.

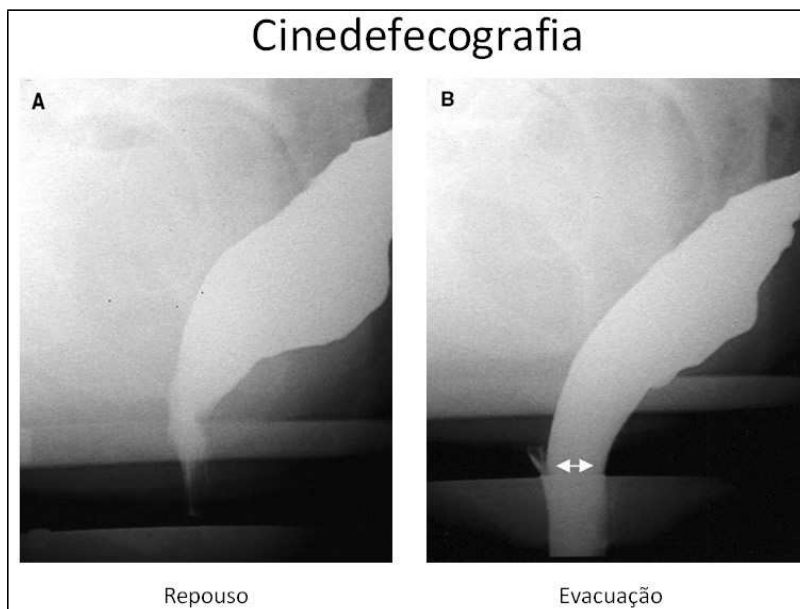
(B) Biofeedback para corrigir a contração paradoxal.

(C) Indicar cirurgia para tratar paciente com megacolon.

(D) Biofeedback para melhorar a capacidade de contração e sustentação.

(E) Investigar com ultrassom endoanal a presença de retocele.

Atenção: Para responder às questões de números 13 e 14, analise a cinedefecografia abaixo:



13. Diagnóstico:

(A) Retocele.

(B) Normal.

(C) Sigmoidocele.

(D) Aumento do ângulo ano retal.

(E) Descendo do assoalho pélvico.

14. Conduta terapêutica mais indicada:

(A) Promontofixação.

(B) Correção da retocele.

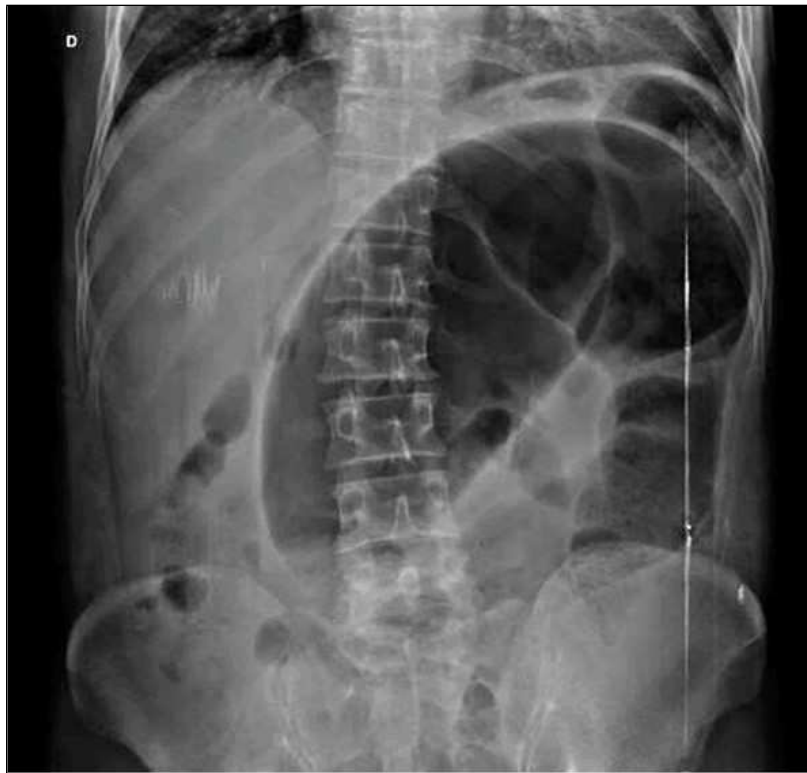
(C) Sigmoidectomia.

(D) Biofeedback.

(E) Não há necessidade de terapêutica, pois o exame é normal.

Atenção: Para responder às questões de números 15 e 16, considere o caso abaixo:

Paciente feminina, 60 anos, procurou atendimento médico, devido a dor abdominal em cólica iniciada há cerca de 12 horas, com piora progressiva. Relata parada da eliminação de gases e fezes há 18 horas. Abdome com aumento da tensão, distendido, doloroso difusamente, Realizado o RX abaixo:



15. Frente ao caso clínico e ao RX, o diagnóstico é:

- (A) Fecaloma.
- (B) Obstrução de cólon descendente/sigmóide.
- (C) Volvo de ceco.
- (D) Volvo de sigmóide.
- (E) Megacólon tóxico.

16. Conduta:

- (A) Remoção manual.
- (B) Cirurgia de Hartmann.
- (C) Hemicolectomia direita.
- (D) Distorção endoscópica.
- (E) Colectomia total.

Atenção: Para responder às questões de números 17 e 18, considere o exame:



17. Diagnóstico:

- (A) Fístula colonoentérica por doença de Crohn.
- (B) Fístula coloentérica devido a doença diverticular.
- (C) Fístula colovesical devido a divertículo colônico.
- (D) Fístula colovesical por doença de Crohn.
- (E) Fístula cólon entérica por neoplasia de sigmóide.

18. A melhor opção terapêutica:

- (A) Correção cirúrgica, entrectomia e retossigmoidectomia.
- (B) Correção cirúrgica e retossigmoidectomia.
- (C) Trânsito intestinal e entrectomia.
- (D) Enterectomia.
- (E) Hemicolectomia esquerda.

Atenção: Para responder às questões de números 19 e 20, considere a tomografia:

Paciente de 68 anos com quadro de dor abdominal, parada da eliminação de gases, inapetência e queda do estado geral. Procurou PS onde foi realizada a tomografia abdominal:



19. A seta indica o diagnóstico:

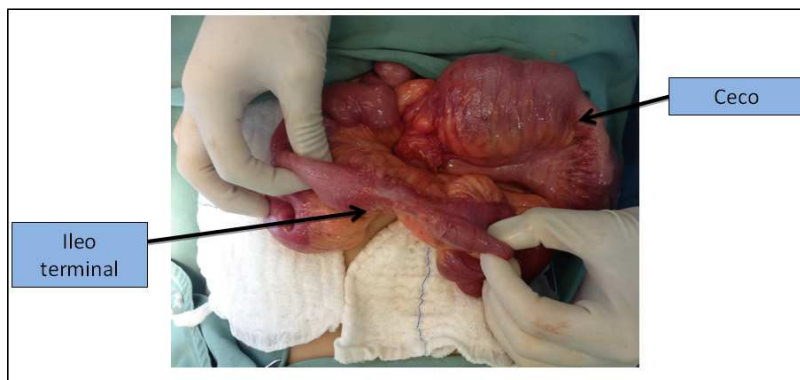
- (A) Doença de Crohn.
- (B) Tumor obstrutivo de sigmóide.
- (C) Diverticulite aguda Hinchey I.
- (D) Diverticulite aguda Hinchey III.
- (E) Fístula coloentérica.

20. Melhor conduta:

- (A) Tratamento com antibioticoterapia e reavaliação após 24 e 48 horas.
- (B) Ressecção cirúrgica oncológica.
- (C) Tratamento com terapia biológica (Anti TNF).
- (D) Retossigmoidectomia em caráter de urgência.
- (E) Retossigmoidectomia e correção da fístula em caráter eletivo.

Atenção: Para responder às questões de números 21 a 23 considere o quadro clínico e a imagem apresentados abaixo:

Paciente de 30 anos de idade com diagnóstico de Doença de Crohn (forma estenosante) com estenose única em ileo terminal até a válvula ileocecal. Indicada a cirurgia devido piora do quadro obstrutivo apesar do tratamento clínico. A imagem refere-se ao achado intraoperatório:



21. Frente ao achados intraoperatórios, a melhor conduta é:

- (A) Ressecção do íleo terminal, somente.
- (B) Enteroplastia.
- (C) Ressecção do íleo comprometido e ceco.
- (D) Dilatação intraoperatória.
- (E) Ressecção do íleo comprometido e do cólon direito.

22. Nos pacientes portadores de doença de Crohn, quando há a necessidade de ressecções o melhor tipo de anastomose é

- (A) Término-terminal.
- (B) Latero-lateral.
- (C) Término-lateral.
- (D) Latero-terminal.
- (E) Indiferente.

23. No seguimento deste paciente, a ileocolonoscopia de controle deve ser realizada

- (A) após 2 meses.
- (B) entre 6 e 12 meses.
- (C) após 1 mês.
- (D) entre 12 e 18 meses.
- (E) após 2 anos.

24. O resultado desta ileocolonoscopia mostra inflamação difusa intensa com várias úlceras largas e amplas, próximas à anastomose. A melhor conduta para este paciente é:

- (A) Corticosteróides.
- (B) Mezalazina.
- (C) Derivados 5 ASA.
- (D) Terapia biológica (anti TNF).
- (E) Repetir a colonoscopia em 6 meses.

Atenção: Considere o caso apresentado abaixo para responder às questões de números 25 e 26.

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, apresenta quadro de hemorragia digestiva baixa em moderada quantidade. Deu entrada no PS com PA 110x55, FC=P= 95, descorado +. Realizada a colonoscopia evidencia-se as seguintes lesões:

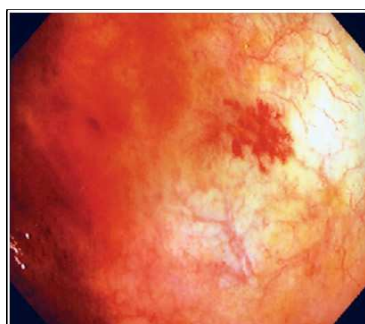


Imagem 1



Imagem 2

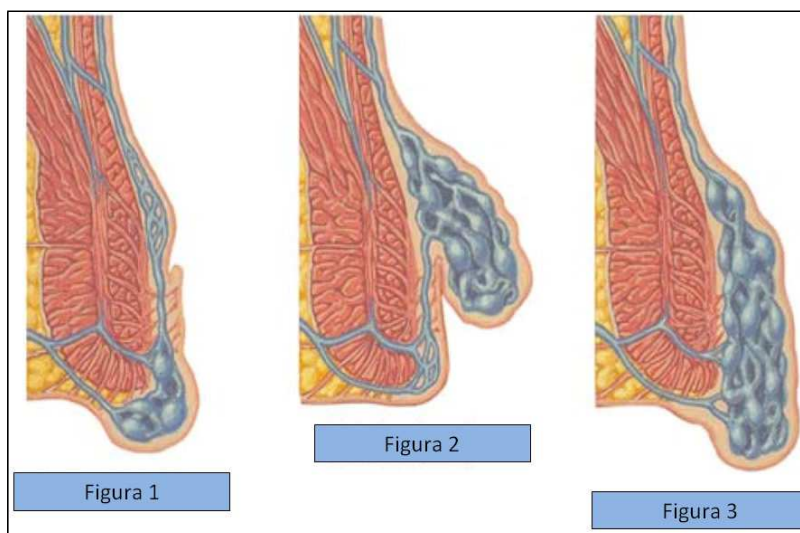
25. Os diagnósticos das imagens 1 e 2 são, respectivamente,

- (A) angiodisplasia e pólipso.
- (B) retite actínica e câncer de cólon (Bormann II).
- (C) angiodisplasia e câncer de cólon (Bormann III).
- (D) retite actínica e pólipso colônico.
- (E) ectasia vascular e neoplasia precoce tipo IB.

26. A melhor opção terapêutica frente ao diagnóstico:

- (A) Infiltração de adrenalina e biópsia.
- (B) Conduta expectante e biópsia.
- (C) Ablação com bisturi elétrico e biópsia.
- (D) Instilação de formalina e polipectomia.
- (E) Ablação com bisturi de argônio e polipectomia.

Atenção: Considere as imagens apresentadas para responder às questões de números 27 e 28:



27. Pode-se classificar as hemorróidas, respectivamente, em:

- (A) Externas, internas e mistas.
- (B) Grau II, grau I e grau IV.
- (C) Grau III, grau II e grau IV.
- (D) Grau II, grau I e mistas.
- (E) Mistas, internas e grau III.

28. Com relação ao tratamento das hemorroidas apresentadas na figura 1 e na figura 3, respectivamente, são:

- (A) Ligadura e procedimento para prolapso hemorroidal (PPH).
- (B) Ligadura e hemorroidectomia.

- (C) Ligadura para ambos os tipos.
- (D) Hemorroidectomia para ambos os tipos.
- (E) Hemorroidectomia e ligadura.

Atenção: Considere a imagem para responder às questões de números 29 e 30.



29. Diagnóstico:

- (A) Hemorróida externa com trombose.
- (B) Hemorróidas internas grau II.
- (C) Câncer de canal anal.
- (D) Prolapso retal parcial.
- (E) Hemorróidas trombosadas e prolapsadas.

30. Conduta inicial:

- (A) Redução manual e banho de assento.
- (B) Hemorroidectomia com crioterapia.
- (C) Tratamento clínico a base de anti-inflamatórios, analgésicos associados ao tratamento tópico.
- (D) Procedimento para prolapso hemorroidário.
- (E) Radioterapia e quimioterapia.

Atenção: Para responder às questões de número 31 a 33, considere as figuras representadas abaixo:

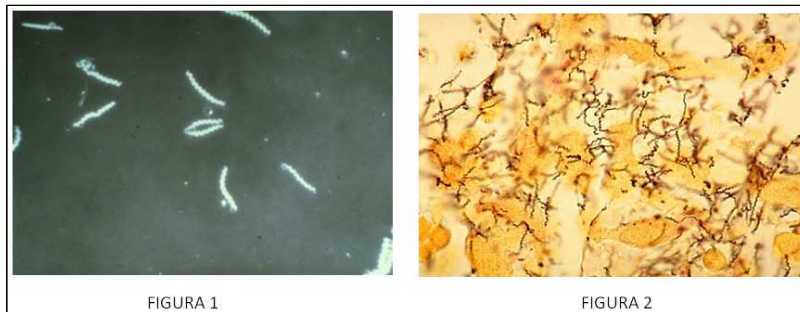


FIGURA 1

FIGURA 2

31. As figuras 1 e 2 referem-se à métodos diagnóstico para uma importante doença sexualmente transmissível (DST). Estes métodos, respectivamente, são:

(A) Giemsa e Masson.

(B) Campo escuro e coloração por prata.

(C) Masson e Giemsa.

(D) Campo escuro e Masson.

(E) Masson e coloração por prata.

32. A doença sexualmente transmissível e o agente, respectivamente, são:

(A) Sífilis e *Treponema pallidum*.

(B) Gonorréia e *Neisseria gonorrhoeae*.

(C) Cancróide e *Haemophilus ducreyi*.

(D) Linfogranuloma e *Chlamydia trachomatis*.

(E) Herpes simples e herpes vírus.

33. Para esta DST o tratamento adequado é:

(A) Podofilina.

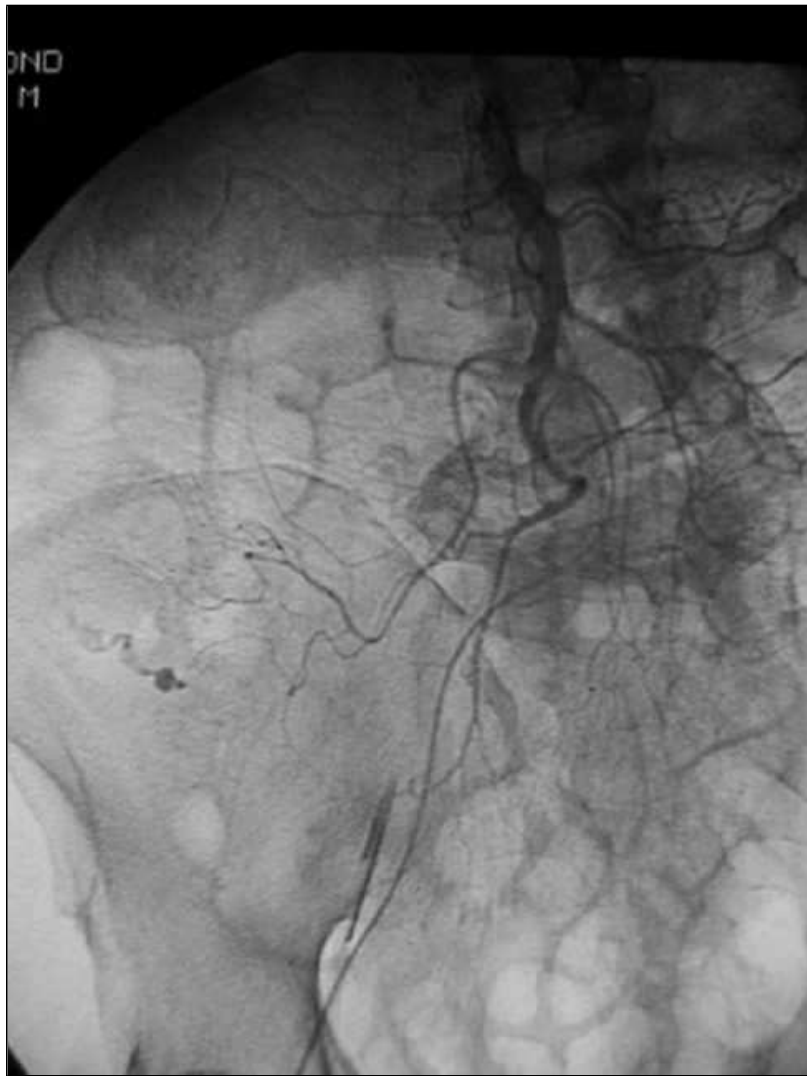
(B) Antirretrovirais.

(C) Penicilina.

(D) Tetraciclina.

(E) Azitromicina.

Atenção: Para responder à questão de número 34, considere a figura representada abaixo:



34. Quanto ao nome deste exame e o diagnóstico do mesmo, é correto afirmar:

- (A) Angiografia com aneurisma na artéria ileocecoapendicocólica.
- (B) Angiografia com extravasamento de contraste no ramo da cólica direita.
- (C) Angiotomografia normal.
- (D) Angiotomografia com aneurisma de artéria cólica direita.
- (E) Angiografia normal.

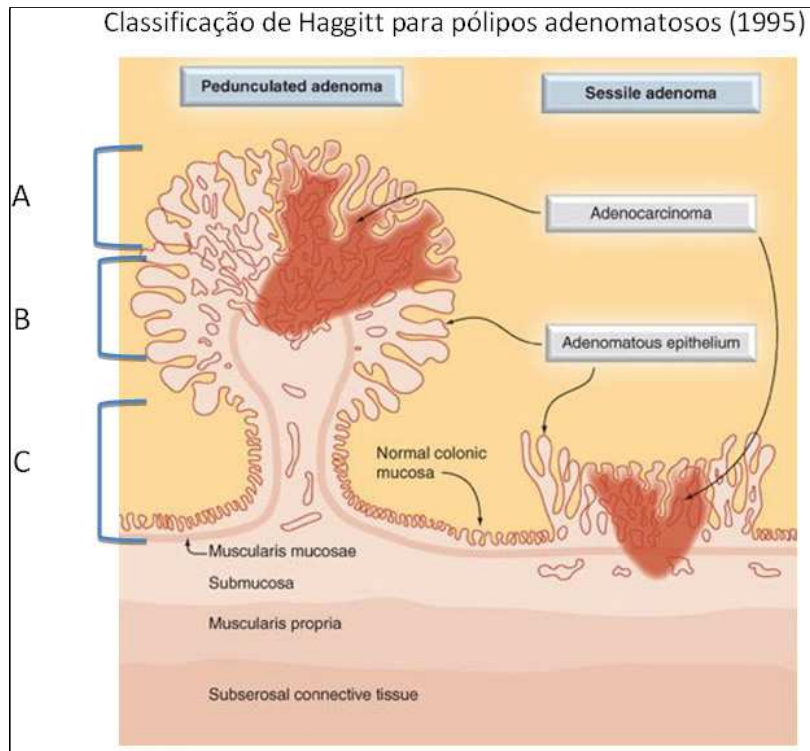
Paciente do sexo feminino, 23 anos, com diagnóstico de doença de Crohn ileocolônica, forma fistulizante conforme demonstrado na figura abaixo.



35. Conduta terapêutica mais adequada:

- (A) Passagem de seton e infiltração local com terapia biológica (Anti-TNF).
- (B) Fistulotomia e infiltração com corticóide.
- (C) Injeção de cola de fibrina nas fistulas mais profundas e fistulotomia nas superficiais.
- (D) Passagem de seton e curetagem das fistulas e, a seguir, indicar a terapia biológica (Anti-TNF).
- (E) Terapia biológica (Anti-TNF) e após a indução, realizar a passagem do seton e/ou fistulectomia.

Atenção: Para responder às questões de números 36 a 38, considere a figura abaixo:



36. Segundo a classificação de Haggitt (1995), as letras identificadas como A, B e C correspondem, respectivamente, aos seguintes níveis:

- (A) a, b e c.
- (B) 0, 1 e 2.

(C) 1, 2 e 3.

(D) 1a, 1b e 2.

(E) 0, 1 e 3.

37. Com relação a conduta terapêutica do nível assinalado pela letra A , a melhor escolha é:

(A) Colectomia segmentar sem polipectomia.

(B) Polipectomia com extensão da ressecção através de segmentectomia.

(C) Polipectomia sem a necessidade de ressecção do cólon.

(D) Colectomia do segmento afetado com esvaziamento ganglionar loco regional.

(E) No caso de pacientes abaixo dos 45 anos , indicar a colectomia total.

38. Com relação a letra C, a conduta terapêutica adequada é:

(A) Polipectomia sem a necessidade de ressecção do cólon quando a margem for maior que mm, tipo histológico bem ou moderadamente diferenciado e excisão completa do pólip.

(B) Segmentectomia, independente do tipo histológico e da margem de ressecção.

(C) Colectomia do segmento afetado com esvaziamento ganglionar loco regional.

(D) Polipectomia independente de quaisquer fatores.

(E) Devido a alta probabilidade de metástases linfáticas e hematogênicas, deve-se fazer a hemicolectomia do segmento afetado e amplo esvaziamento linfático.

Atenção: Para responder às questões de números 39 e 40, considere o exame de trânsito apresentado abaixo:



39. Paciente feminina 45 anos de idade, após ter realizado o exame de trânsito demonstrado na figura.

O diagnóstico é:

(A) Síndrome do intestino longo.

(B) Inércia colonica.

(C) Síndrome da evacuação obstruída.

(D) Síndrome do ceco móvel.

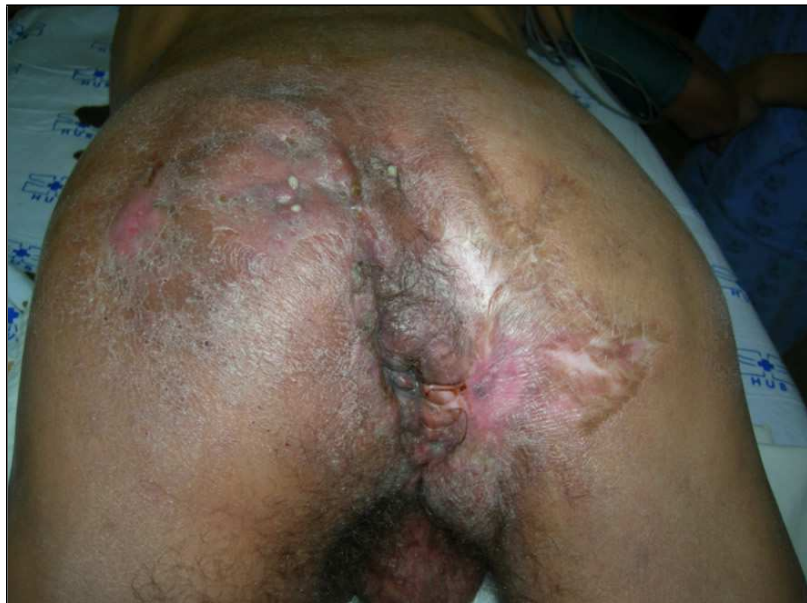
(E) Síndrome do intestino irritável.

40. Conduta a seguir:

- (A) Enema opaco e eletromanometria.
- (B) Biofeedback e dieta laxativa.
- (C) Colectomia total com anastomose ileorretal.
- (D) Colonoscopia e trânsito intestinal.
- (E) Cinedefecografia e eletromanometria.

Atenção: Para responder às questões de números 41 e 42 considere o quadro clínico e a imagem apresentados abaixo:

Paciente masculino, 28 anos, HIV positivo, refere recorrência de abscesso na região perianal e nádegas, já tendo sido submetido a duas drenagens de abscessos. Atualmente refere importante desconforto, mal-cheiro local e limitações sociais, porém sem incontinência fecal. A figura mostra a inspeção da região.



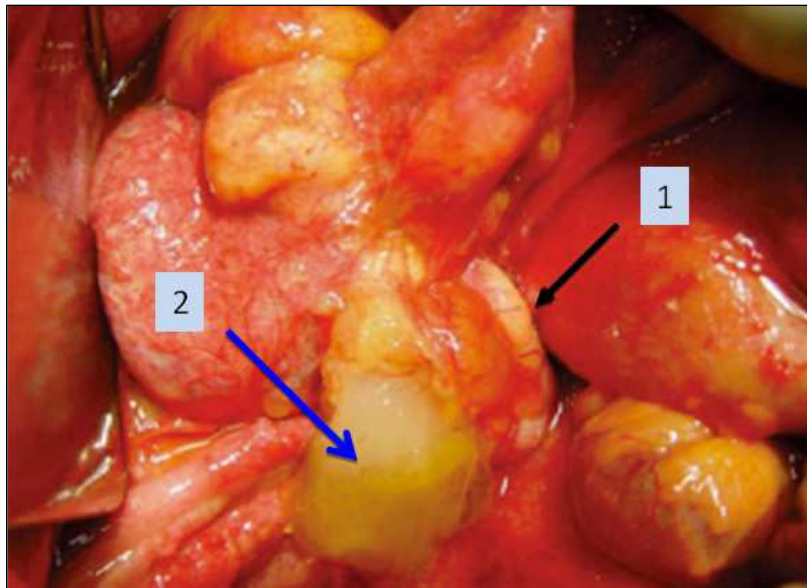
41. A hipótese diagnóstica é:

- (A) Psoríase infectada.
- (B) Abscesso perianal.
- (C) Sífilis secundária infectada.
- (D) Hidrosadenite.
- (E) Síndrome de Fournier.

42. Conduta:

- (A) Tratamento com penicilina Benzatina e biópsia para confirmação diagnóstica.
- (B) Antibioticoterapia de amplo espectro por 21 dias e correção das fístulas.
- (C) Excisão ampla com a ressecção da pele e tecido celular subcutâneo comprometido.
- (D) Tratamento tópico, antibióticos e terapia biológica com Anti-TNF.
- (E) Curetagem e drenagem cirúrgica dos abscessos e colostomia protetora.

Atenção: Considere a imagem abaixo para responder às questões de números 43 e 44.



43. Paciente submetido a laparotomia exploradora por suspeita de abdome agudo inflamatório. A figura mostra a região de fossa ilíaca direita, na qual estão identificadas duas setas (1) e (2) que correspondem, respectivamente, a:

- (A) Apêndice e mucina (muco).
- (B) Ceco e cisto de ovário.
- (C) Apêndice e cisto de ovário.
- (D) Trompa e cisto de ovário.
- (E) Ovário e cisto de ovário.

44. Frente ao achado, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) tumor mucinoso de ovário.
- (B) tumor mucinoso de apêndice.
- (C) hidrosalpinge.
- (D) apendicite crônica ou hiperplásica.
- (E) cistoadenoma de ovário.

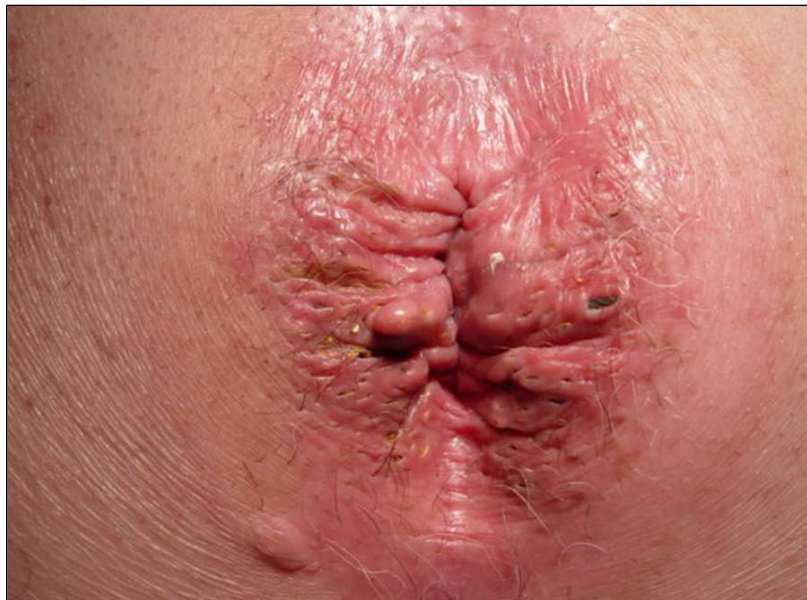
45. Homem, 48 anos, com queixa de dor de fraca intensidade e caroço que sai ao evacuar há 6 meses. Atualmente, necessita manobra digital para redução. Acompanha sangramento anal no papel. Emagrecimento de 5 kg no último ano. Nega doenças atuais ou pregressas. A inspeção está na foto anexa. O toque foi doloroso, revelando tumor amolecido com base pouco endurecida tomando a região posterior e a lateral esquerda do canal anal prolongando-se até 3 cm acima da linha pectínea. A biópsia revelou carcinoma espinocelular. Os exames mostraram HIV-positivo, CD4+ 270/mm³, carga viral 178.000 cópias, albumina 3,1. O estadiamento não revelou disseminação sistêmica ou local.



Como proceder:

- (A) Indicar terapia antirretroviral e realizar ressecção local, que serão suficientes para o caso.
- (B) Introduzir terapia antirretroviral e indicar amputação abdomino-perineal do anorreto.
- (C) Indicar radioterapia e a quimioterapia, apenas se houver linfonodos comprometidos pelos métodos de imagem.
- (D) A terapia antirretroviral ainda não é necessária e a radioterapia funciona mal nestes casos. Indicar cirurgia.
- (E) Introduzir terapia antirretroviral e encaminhar para esquema de radio e quimioterapia.

46. Mulher de 43 anos, refere coceira intensa e ardor anal com piora progressiva há 5 meses. Evacuações diárias, pastosas, sem esforço. Usa papel higiênico. Hipertensa arterial e diabética medicada, refere várias alergias (dipirona, esparadrapo, corantes amarelos, leite e derivados). Faz depilação da região com cera quente. Fistulectomia anal há 8 anos. Ao exame físico: dermatite com eritema e descamação nas sobrancelhas, sulcos nasais e nas regiões retro-auriculares.



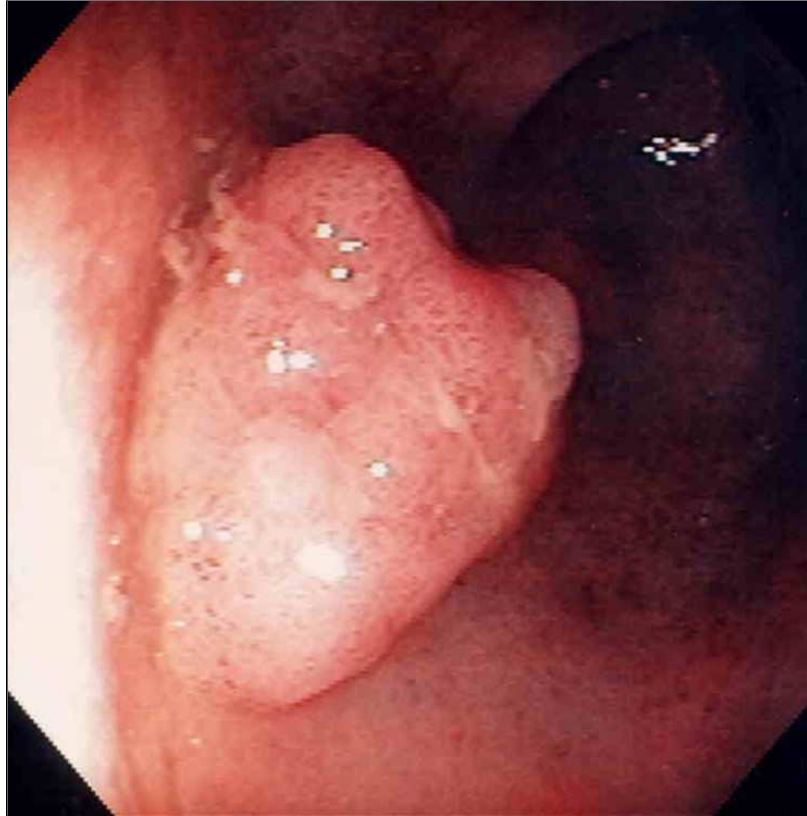
Conduta inicial:

- (A) Avaliar glicemia de jejum, prescrever antimicóticos e banhos de assento.
- (B) Praticar biópsia, evitar papel higiênico, cremes com anestésicos e cicatrizantes.
- (C) Pomadas com antimicóticos e agendar operação para retirar os plicomas.

(D) Indagar sobre outras dermatopatias, pomada com corticosteróides, não limpar com papel.

(E) Praticar biópsia, prescrever cremes polivalentes com antimicrobianos, antimicóticos e anestésicos.

47. Homem de 40 anos referiu sangramento vivo junto com as fezes e no papel higiênico, esporadicamente, há 2 meses. Sem outra queixa. Evacuações pastosas, sem esforço. Sem doenças pregressas ou atuais. Sem relato de câncer na família. O exame proctológico revelou mamilos hemorroidários pouco dilatados, sem sinais de sangramento recente e pólipó sésseil com 10 mm no reto, a 9 cm da margem anal, que foi retirado. O exame histopatológico mostrou adenoma tubular com displasia leve.



O procedimento é:

(A) Indicar retossigmoidectomia pelo risco de desenvolver carcinoma.

(B) Indicar colonoscopia pela possibilidade de haver lesões sincrônicas.

(C) Indicar seguimento semestral com colonoscopia ou retossigmoidoscopia e enemaopaco.

(D) Manter seguimento anual com sangue oculto nas fezes e exame proctológico.

(E) Pedir marcadores tumorais e tomografia computadorizada ou ressonância magnética da pelve.

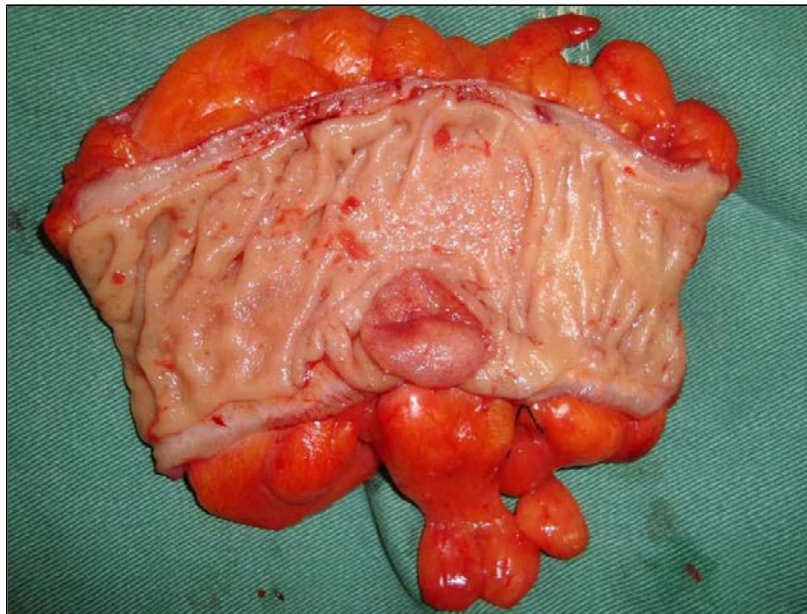
48. Homem que faz sexo com homem, 29 anos, HIV-positivo, em uso de terapia antirretroviral, refere caroços anais há uma semana, assintomático. Apresentou fissura anal, pouco dolorosa, que durou 30 dias e melhorou com pomadas comuns. Evacuações diárias, pastosas e sem esforço. CD4 990/mm³ e carga viral indetectável. O exame físico mostrou de positivo apenas as lesões da foto abaixo.



Procedimento inicial:

- (A) Tratar como condilomas acuminados.
- (B) Praticar biópsia incisional.
- (C) Solicitar testes sorológicos para sífilis.
- (D) Indicar ressecção cirúrgica.
- (E) Indicar aciclovir tópico e via oral.

49. Mulher, 64 anos, foi submetida a retossigmoidectomia por videolaparoscopia devido adenocarcinoma do sigmóide há 2 meses. O estadiamento pós-operatório revelou se tratar de doença T2 N0 M0. Descobriu o tumor pela colonoscopia de rotina que fez devido o pai ter diagnóstico de carcinoma do reto aos 87 anos. CEA pré-operatório de 1,1.



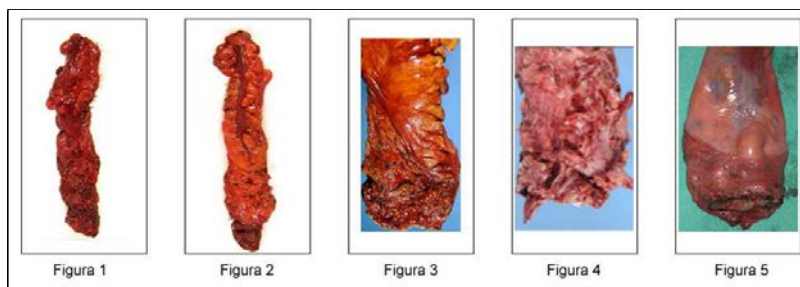
Como proceder no seguimento:

- (A) CEA trimestral até 18 meses, depois semestral até 5 anos.
- (B) Colonoscopia anual até o quinto ano, depois a cada 5 anos.
- (C) Tomografia computadorizada do abdome a cada 12 meses.

(D) Colonoscopia e PET-CT a cada 12 meses até o quinto ano.

(E) CEA, ultrassom do fígado e RX do pulmão semestrais.

50. As figuras correspondem à ressecção de tumores de reto pela técnica de excisão total do mesorreto.



A figura que apresenta a melhor ressecção é

(A) 4.

(B) 2.

(C) 5.

(D) 1.

(E) 3.