



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 07**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 18/01/2026 – 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 da respectiva prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

**Nº DE INSCRIÇÃO**

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIAS UESPI - 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.** No quarto dia de pós-operatório, a causa mais provável de febre é:
- a) hematoma no sítio cirúrgico.
  - b) seroma na ferida operatória.
  - c) atelectasia.
  - d) infecção.
  - e) bronco-aspiração.
- 02.** O diagnóstico de hérnia incisional é realizado na maioria dos pacientes por:
- a) RM de abdômen.
  - b) US abdominal.
  - c) laparoscopia diagnóstica.
  - d) exame físico.
  - e) TC de abdômen.
- 03.** Sobre a acalasia do esôfago com megaesôfago inicial podemos afirmar que ocorre
- a) ausência ou redução da peristalse no esôfago cervical.
  - b) hipotonia do esfíncter inferior do esôfago.
  - c) metaplasia para epitélio colunar com células calciformes.
  - d) grande aumento do calibre do esôfago formando o dólico-megaesôfago.
  - e) ausência do relaxamento do esfíncter inferior do esôfago.
- 04.** A respeito da síndrome de Mallory-Weiss podemos afirmar que
- a) deve ser avaliada com raio X contrastado.
  - b) está associada à infecção pelo *Helicobacter pylori*.
  - c) está relacionada ao uso de álcool e vômitos repetitivos.
  - d) melhor método para diagnóstico é a ecoendoscopia.
  - e) está associada à úlcera gástrica.
- 05.** O cálculo biliar pode ocasionar obstrução intestinal, principalmente, em qual segmento?
- a) transição retossigmoideana.
  - b) cólon transverso.
  - c) cólon ascendente.
  - d) papila íleo-cecal.
  - e) jejuno.
- 06.** Em qual segmento intestinal o adenocarcinoma ocorre com maior frequência?
- a) jejuno-íleo.
  - b) cólon ascendente.
  - c) cólon transverso.
  - d) cólon descendente.
  - e) retossigmoide.



- 07.** Quanto ao câncer gástrico, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) O etilismo e o tabagismo são fatores de risco.
  - b) A principal método de tratamento curativo é ressecção com margens livres da lesão associada à ressecção dos linfonos locorregionais.
  - c) Ocorre mais nas mulheres que nos homens, com pico na sétima década.
  - d) Os pólipos adenomatosos apresentam alto risco de desenvolver malignidade.
  - e) A infecção por *Helicobacter pylori* é um fator de risco para o câncer gástrico.
- 08.** Na apendicite aguda podemos encontrar os seguintes sinais:
- a) sinal de Rovsing, sinal de Charcot e sinal de Cullen.
  - b) sinal de Murphy, sinal de Couvoisier e sinal de Kehr.
  - c) sinal Blumberg, sinal de Rovsing e sinal do iliopsoas.
  - d) sinal Blumberg, sinal de Grey Turner e sinal de Charcot.
  - e) sinal de Kehr, sinal de obturador e sinal de Jobert.
- 09.** Sobre perfuração de úlceras pépticas podemos afirmar que o(a)
- a) perfuração tem baixa taxa de mortalidade comparada às outras complicações das úlceras pépticas.
  - b) perfuração ocorre geralmente na pequena curvatura do antro.
  - c) perfuração ocorre geralmente na parede anterior gástrica.
  - d) reparo de Graham é uma das técnicas utilizadas nas operações de emergência.
  - e) raio x de tórax não tem importância no diagnóstico do pneumoperitônio da perfuração da úlcera péptica.
- 10.** Sobre enxertos e retalhos de pele, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O enxerto de pele não possui derme.
  - b) O autoenxerto vem da própria pessoa e o heteroenxerto vem de outra pessoa.
  - c) A área mais importante de um enxerto é o pedículo vascular.
  - d) O curativo de Brown é o ideal nos casos de infecção da área receptora de um enxerto.
  - e) O retalho de pele possui um pedículo vascular para manter o suprimento sanguíneo.
- 11.** No câncer gástrico precoce a invasão vai no máximo até qual camada?
- a) Mucosa.
  - b) Lâmina própria.
  - c) Submucosa.
  - d) Muscular própria.
  - e) Serosa.
- 12.** Qual alteração histológica caracteriza o esôfago de Barrett?
- a) Metaplasia gástrica antral.
  - b) Metaplasia gástrica de corpo e fundo.
  - c) Metaplasia colunar intestinal.
  - d) Presença de anel fibroso, concêntrico e não maligno.
  - e) Hipertrofia das células escamosas.



13. No seguimento do tratamento do câncer de cólon, qual marcador indica recidiva?
- a) CA 19.9.
  - b) CA 125.
  - c) Alfafetoproteína.
  - d) Antígeno carcinoembrionário.
  - e) Ácido 5-hidroxiindolacético.
14. Qual melhor exame complementar padrão para o diagnóstico de perfuração do esôfago?
- a) Endoscopia digestiva alta.
  - b) Broncoscopia.
  - c) Raio X de tórax.
  - d) Tomografia do tórax.
  - e) Esofagograma com bário.
15. Sobre os marcadores tumorais, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O CEA é utilizado como teste de rastreamento devido a sua alta sensibilidade nos estágios iniciais da doença.
  - b) A alfafetoproteína sérica elevada só ocorre no caso de neoplasias malignas.
  - c) O CA 19-9 é utilizado no monitoramento do tratamento do câncer de pâncreas.
  - d) Após a ressecção de neoplasia de cólon o CEA encontra-se normal.
  - e) A alfafetoproteína está elevada exclusivamente nas neoplasias de estômago.
16. Paciente de 28 anos de idade do sexo masculino, com peso de 80kg, altura 175cm. Sem doenças prévias. Sofreu acidente por queimaduras de 2º e de 3º grau em membros inferior e superior à esquerda, além da parte anterior do tronco. Utilizando a “regra dos nove” para aferir a área acometida, podemos afirmar que o paciente sofreu queimaduras em qual porcentagem da área corpórea?
- a) Em 18% da área corpórea.
  - b) Em 27% da área corpórea.
  - c) Em 36% da área corpórea.
  - d) Em 45% da área corpórea.
  - e) Em 54% da área corpórea.
17. Sobre a hérnia do obturador, está correto o que se afirma, **EXCETO** em:
- a) a dor na face anteromedial da coxa por compressão do nervo obturador é o sinal de Howship-Romberg.
  - b) a obstrução intestinal é bastante frequente, aproximadamente 50% dos casos.
  - c) um exame físico abdominal e ultrassonografia tem alta sensibilidade.
  - d) ocorre mais em mulheres idosas.
  - e) o forame do obturador é reparado com tela.



- 18.** Sobre neoplasia de tireoide, todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**,
- a) a incidência aumenta com a idade sendo raros em crianças.
  - b) as neoplasias malignas ocorrem duas vezes mais frequentemente nas mulheres que nos homens.
  - c) são fatores causadores do câncer a irradiação, a baixa ingestão de iodo e a predisposição genética.
  - d) o melhor método de investigação da natureza de um nódulo tireoidiano é a punção do nódulo com agulha fina.
  - e) quando não tratado o câncer invade estruturas adjacentes como o esôfago e a traqueia, levando a disfagia progressiva e ou em dispnéia.
- 19.** Quanto à profundidade das queimaduras, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Na queimadura de primeiro grau, ocorre lesão da epiderme formando bolhas.
  - b) A queimadura de segundo grau danifica todas as camadas da pele.
  - c) Na queimadura de terceiro grau, o dano atinge órgãos abaixo da pele.
  - d) A queimadura de terceiro grau atravessa toda a pele.
  - e) Na queimadura de quarto grau, ocorre lesão de todas as camadas da pele.
- 20.** Sobre o fio de polipropileno, estão corretas todas as alternativas, **EXCETO**,
- a) é um fio de grande resistência e baixo grau de lesão tecidual.
  - b) indicado para hernioplastias.
  - c) é um fio indicado para suturas vasculares.
  - d) deve ser evitado em feridas com tecidos infectadas.
  - e) é indicado nas anastomoses intestinais.
- 21.** O Dumping no pós-operatório tem as seguintes características, **EXCETO**,
- a) distensão e dor abdominal.
  - b) hipotensão arterial.
  - c) hipoglicemia com sudorese.
  - d) diarreia com enterorragia
  - e) taquicardia.
- 22.** Paciente do sexo masculino com 75 anos de idade deu entrada com quadro de obstrução intestinal. Exame físico do abdômen sem sinais de irritação peritoneal. Na investigação por imagem, observou-se um volvo em sigmoide. Qual a melhor conduta inicial?
- a) Cirurgia de Hartmann.
  - b) Retossigmoidectomia com reconstrução primária.
  - c) Colonoscopia descompressiva.
  - d) Colostomia a jusante do volvo.
  - e) Colostomia a montante do volvo.
- 23.** Qual é o tipo histológico de pólipo colônico com maior risco de malignização?
- a) Pólipo inflamatório.
  - b) Pólipo tubular.
  - c) Pólipo viloso.
  - d) Pólipo hiperplásico.
  - e) Todos têm o mesmo risco.



24. Sobre o divertículo de Meckel está **CORRETO** afirmar que:
- a) é um divertículo de pulsão.
  - b) é persistência do conduto onfalomesentérico.
  - c) é quando ocorre o encarceramento apenas do bordo antimesentérico de uma alça intestinal.
  - d) a hemorrágica geralmente ocorre pela presença de vasos aberrantes.
  - e) é um divertículo com apenas uma camada do intestino.
25. Os itens I, II, III e IV contêm afirmações sobre os fatores de maior risco de doença maligna invasiva na neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas:
- I. Alteração abrupta de calibre do ducto pancreático principal com atrofia pancreática distal.
  - II. Cistos com mais de 3cm e parede espessada com fixação de contraste.
  - III. Dilatação do ducto pancreático principal com mais de 1cm.
  - IV. Imagem com componente sólido com fixação de contraste dentro do cisto.
- Estão **CORRETOS** os itens:
- a) I, III e IV.
  - b) I, II e III.
  - c) II, III e IV.
  - d) I, II e IV.
  - e) I, II, III e IV.
26. Qual estadiamento correto, segundo TNM para um câncer de vesícula biliar que perfura a serosa e invade o fígado, com comprometimento de linfonodos ao longo do ducto cístico e sem metástases a distância?
- a) T2, N1, M0.
  - b) T3, N1, M0.
  - c) T3, N2, M0.
  - d) T4, N2, M0.
  - e) T4, N2, M1.
27. Sobre a acalasia do esôfago, marque qual o exame complementar mais importante para o diagnóstico:
- a) Videoesndoscopia digestiva alta.
  - b) Ultrassonografia endoscópica.
  - c) Esofagograma contrastado.
  - d) Phmetria do esôfago de alta resolução.
  - e) Manometria do esôfago.
28. Qual opção cirúrgica tem menor recidiva da úlcera duodenal e é mais eficaz na redução da secreção ácida?
- a) Gastrectomia subtotal.
  - b) Vagotomia troncular com cirurgia de heineke-mikulicz..
  - c) Vagotomia superseletiva com cirurgia de heineke-mikulicz.
  - d) Vagotomia troncular com antrectomia.
  - e) Vagotomia superseletiva.



29. Qual melhor exame complementar para o diagnóstico de necrose do pâncreas?
- Ultrassonografia abdominal.
  - Tomografia abdominal contrastada.
  - Ultrassonografia endoscópica.
  - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
  - Ressonância magnética do abdome.
30. No tratamento cirúrgico da síndrome da alça aferente podemos utilizar as seguintes técnicas, **EXCETO**,
- eliminação da alça aferente “longa” junto com a reconstrução.
  - conversão de reconstrução de Billroth II em Billroth I.
  - jejunojejunostomia entre alças aferente e eferente.
  - reconstrução em Y de Roux.
  - anastomose tipo Billroth II.
31. Os fatores a seguir estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver câncer de cólon na colite ulcerativa, **EXCETO**,
- duração prolongada da doença.
  - doença pancolônica.
  - doença continuamente ativa.
  - intensidade da inflamação.
  - doença restrita ao cólon esquerdo.
32. O fígado é subdividido em oito segmentos. Como esta divisão anatômica é baseada?
- No suprimento arterial dos segmentos.
  - No sistema de drenagem biliar.
  - O sistema de drenagem venosa.
  - Na disposição do sistema porta.
  - É baseada por uma divisão arbitrária.
33. Durante exame endoscópico notou-se na junção esôfago-gástrica uma área de retração circunferencial bem delimitada. Feitas biópsias da referida área com o seguinte achado histológico: ausência de malignidade, área com fibrose e processo inflamatório crônico. Marque a alternativa **CORRETA**.
- O achado endoscópico com a confirmação histológica afirmam uma lesão cáustica exógena do esôfago.
  - Trata-se de um caso de esôfago de Barrett.
  - O exame descreve um anel de Schatzki.
  - O diagnóstico mais provável é acalasia de esôfago.
  - O esofagograma desse caso revela uma imagem típica em “bico de pássaro”.
34. Paciente com mamilo hemorroidário que se exteriorizou e é irreduzível com manobras digitais. Segundo o grau de evolução, a doença hemorroidária está classificada como:
- grau I.
  - grau II.
  - grau III A.
  - grau III B.
  - grau IV.



- 35.** Todas as informações sobre a isquemia intestinal estão corretas, **EXCETO**,
- a) são fatores de risco idade maior que 65 anos, arritmia cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica.
  - b) a causa oclusiva mais frequente é do fenômeno tromboembólico.
  - c) o raio X de abdome com pneumoperitônio sugere perfuração intestinal.
  - d) a avaliação radiológica com contraste de bário é o exame de escolha inicial.
  - e) a pesquisa de sangue oculto nas fezes é importante na fase inicial.
- 36.** São vantagens da gastrectomia vertical laparoscópica, **EXCETO**,
- a) simplicidade técnica.
  - b) preservação do piloro com evitando o *dumping*.
  - c) baixa incidência de fístulas.
  - d) redução metabólica dos níveis de grelina.
  - e) redução das hérnias internas.
- 37.** Sobre procedimentos cirúrgicos para obesidade mórbida marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A gastrectomia vertical reduz a área produtora de grelina levando à diminuição do apetite.
  - b) Na gastrectomia vertical, há um extensa ressecção gástrica preservando um tubo ao longo da pequena curvatura até o piloro e associando a uma derivação íleo-duodenal.
  - c) Além de ser um procedimento para tratar a obesidade mórbida também reduz o refluxo gastroesofágico.
  - d) A gastrectomia vertical é um procedimento somente restritivo.
  - e) A gastrectomia vertical pode ser reversível.

**Leia o caso clínico e responda às questões 38 e 39.**

Paciente do sexo masculino com abaulamento em região inguinal bilateral. Sendo que a esquerda foi submetido a cirurgia há 2 anos. No exame físico da região inguinal, nota-se, à esquerda, cicatriz de cirurgia prévia com abaulamento e alargamento do anel inguinal profundo. À direita, observa-se abaulamento da parede inguinal com anel Inguinal profundo íntegro.

- 38.** Segundo a classificação de Nyhus, as hérnias à esquerda e à direita são respectivamente:
- a) tipo II e IIIb.
  - b) tipo IIIb e IIIa.
  - c) tipo IVb e IIIa.
  - d) tipo IIIa e IIIb.
  - e) tipo IVa e IIIb.
- 39.** Qual é a melhor conduta para o caso?
- a) Cirurgia de Lichenstein à esquerda e Shoudice à direita.
  - b) Cirurgia de Bassini à esquerda e Lichenstein à direita.
  - c) Correção por videolaparoscopia.
  - d) Cirurgia de Bassini bilateral.
  - e) Cirurgia de Lichenstein à direita e uso de funda por 1ano no lado esquerdo.



40. Sobre o câncer papilar da tireoide marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A tireoidectomia total está indicada nos nódulos com um centímetro ou mais.
- b) Ocorre com mais frequência em adultos jovens.
- c) As metástases ocorrem precocemente.
- d) O TNM não é um bom método para avaliar prognóstico.
- e) A tireoidectomia total está sempre indicada.

## ESPECÍFICA

41. Qual das alternativas a seguir apresenta a descrição **CORRETA** de um conceito fundamental da anatomia do canal anal, essencial para a compreensão e execução de procedimentos anorretais?

- a) O esfíncter anal externo é composto por músculo liso e recebe inervação exclusivamente parassimpática, sendo a principal estrutura responsável pela continência fecal sob esforço.
- b) A linha pectínea é o marco anatômico que divide a drenagem venosa portal (acima) da drenagem venosa sistêmica (abaixo), e delimita o que se conhece como “canal anal cirúrgico”.
- c) O espaço interesfincteriano está localizado entre o músculo puborretal e o esfíncter anal externo, e é o local onde encontra-se as glândulas anais envolvidas na etiopatogenia dos abscessos anorretais
- d) O esfíncter anal interno é o espessamento da camada muscular circular do reto, estende-se caudalmente até a linha anocutânea e possui controle involuntário mediado pelo sistema nervoso autônomo.
- e) O anel anorretal é formado exclusivamente pelas fibras do músculo puborretal e marca o limite distal do canal anal cirúrgico.

42. Mulher de 85 anos é transferida para a enfermaria da Coloproctologia devido a um quadro de prolapso retal redutível. Ao exame proctológico, a prolapso possui aproximadamente 15cm de extensão. Tem como comorbidades: obesidade, insuficiência renal crônica dialítica, diabetes e hipertensão arterial compensada. Diante deste quadro, dentre as opções abaixo, a cirurgia mais indicada seria:

- a) Anopexia mecânica.
- b) Retossigmoidectomia perineal.
- c) Retopexia ventral.
- d) Sacropromontofixação do reto.
- e) Cirurgia de Hartmann.

43. No contexto do desenvolvimento do câncer colorretal (CCR), algumas síndromes genéticas têm um papel fundamental no risco para esta afecção. Assinale a alternativa que contém as duas principais síndromes relacionadas ao CCR:

- a) Síndrome de Lynch / Polipose Adenomatosa Familiar.
- b) Síndrome de Peutz- Jeghers / Polipose Juvenil.
- c) Polipose Adenomatosa Familiar / Polipose Juvenil.
- d) Síndrome de Lynch / Síndrome de Peutz-Jeghers.
- e) Síndrome de Cowden/ Polipose Juvenil.



- 44.** Sobre as modalidades de tratamento da doença hemorroidária, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A ligadura elástica é indicada para hemorroidas externas trombosadas e pode ser realizada sob anestesia local
  - b) A hemorroidectomia aberta (técnica de Milligan-Morgan) é o método preferencial para todos os graus de doença hemorroidária, independentemente dos sintomas.
  - c) O tratamento com laser substituiu completamente as técnicas convencionais devido à sua superioridade comprovada em termos de dor pós-operatória e recidiva.
  - d) A desarterialização hemorroidária guiada por Doppler (THD) é uma técnica minimamente invasiva que visa identificar e ligar as artérias hemorroidárias, podendo ser associada a mucopexia.
  - e) O uso de agentes esclerosantes está contraindicado em qualquer grau da doença hemorroidária devido ao risco elevado de necrose retal.
- 45.** A deiscência de anastomose colorretal ou coloanal é a complicação mais temida em cirurgia colorretal, associada a elevadas taxas de morbimortalidade e risco aumentado de estoma permanente. Sobre as medidas preventivas, fatores de risco e o manejo inicial desta complicação, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O fator de risco isolado mais importante para deiscência de anastomose em cirurgia colorretal é a presença de doença de Crohn, e a sua prevenção primária deve ser feita com antibióticos sistêmicos de amplo espectro por 7 dias no pré-operatório.
  - b) Em caso de deiscência clinicamente evidente (septicemia, peritonite), o manejo de escolha é sempre a reoperação com desmantelamento da anastomose e confecção de um estoma proximal, sendo a drenagem percutânea um tratamento de exceção em casos muito localizados.
  - c) A construção de um estoma de proteção proximal (ileostomia ou colostomia) não demonstrou reduzir a incidência de deiscência, mas reduz significativamente a morbidade e mortalidade associadas a ela, sendo recomendado em anastomoses de alto risco.
  - d) O fator de risco modificável mais importante relacionado à deiscência é o estado nutricional deficitário do paciente, e a medida mais eficaz para aprimorar a vascularização da anastomose é a liberação completa da artéria mesentérica inferior até sua origem na aorta.
  - e) Uma complicação comum da deiscência é o desenvolvimento de fístula enterocutânea que, se de alto débito (>500 mL/dia), deve ser manejada clinicamente com inibidores da bomba de prótons e dieta zero, reservando a cirurgia de reparo da fístula para casos de baixo débito.
- 46.** Sobre o diagnóstico, estadiamento e tratamento atual do câncer colorretal (CCR), assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O desenvolvimento do câncer colorretal segue primariamente a sequência adenoma-carcinoma, sendo que a maioria dos casos esporádicos está associado a mutações genéticas hereditárias.
  - b) O estadiamento ideal do CCR de reto deve ser feito com ultrassonografia endorretal e tomografia computadorizada de abdome e tórax, sendo a ressonância magnética pélvica reservada apenas para tumores T3/T4 ou com linfonodos positivos.
  - c) Em casos de tumor T3/N+, a neoadjuvância (quimioterapia e radioterapia) é o padrão de tratamento para o câncer de reto, e o intervalo ideal entre o término da neoadjuvância e a cirurgia é de 8 a 10 semanas.
  - d) O tratamento-padrão para o CCR de cólon não metastático (Estádios I, II e III) é a colectomia segmentar com linfadenectomia seguida por quimioterapia adjuvante para todos os pacientes Estádio II e Estádio III.
  - e) A cirurgia minimamente invasiva (laparoscopia ou robótica) para o CCR de reto não deve ser indicada para tumores localizados no reto inferior (próximo à margem anal), devido ao risco aumentado de margem de ressecção positiva.



47. A classificação e o manejo da doença diverticular do cólon (DDC) evoluíram significativamente nas últimas décadas. Sobre os conceitos mais importantes e o manejo atual da diverticulite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A cirurgia eletiva para diverticulite recorrente (colectomia segmentar) está atualmente indicada para pacientes imunocompetentes após dois episódios de diverticulite aguda não complicada, devido ao risco cumulativo de perfuração.
  - b) Em pacientes com um primeiro episódio de diverticulite aguda não complicada (classificação de Hinchey modificada 0 ou Ia), o tratamento de escolha é hospitalização, jejum e antibioticoterapia intravenosa com cobertura para germes Gram-negativos e anaeróbios.
  - c) A diverticulite aguda classificada como Hinchey III (abscesso distante/coleção purulenta não contida) é tratada primariamente com drenagem percutânea e antibioticoterapia, com a cirurgia de emergência reservada apenas para falha do tratamento conservador.
  - d) A doença diverticular do cólon direito é epidemiologicamente mais comum na Ásia e, quando aguda, frequentemente se apresenta como um processo inflamatório mais brando, sendo o tratamento conservador bem-sucedido na maioria dos casos.
  - e) O tratamento de um episódio de diverticulite Hinchey IV (perfuração livre com peritonite fecal) envolve, preferencialmente, a lavagem peritoneal laparoscópica seguida por drenagem, uma vez que estudos recentes demonstraram desfechos superiores em relação à colectomia segmentar de Hartmann.

48. Uma paciente de 45 anos, sexo feminino, apresenta história de constipação intestinal crônica há mais de dois anos, caracterizada por evacuações infrequentes (média de 1 a 2 vezes por semana), esforço evacuatório prolongado e sensação de evacuação incompleta. Ela relata necessidade frequente de manobras digitais para auxiliar a passagem das fezes. O manejo inicial com aumento da ingestão de fibras e o uso de laxantes osmóticos (Polietilenoglicol) por 6 meses não resultou em melhora satisfatória. A investigação laboratorial básica e a colonoscopia realizadas foram normais.

Qual das seguintes afirmações sobre a investigação complementar e o manejo terapêutico de primeira linha para o provável diagnóstico desta paciente é **CORRETA**?

- a) O diagnóstico de constipação de trânsito lento é o mais provável após falha do tratamento clínico inicial. O estudo de trânsito colônico com marcadores radiopacos é o exame “gold standard” para confirmar a etiologia, devendo preceder qualquer intervenção terapêutica adicional.
- b) O tratamento deve ser escalonado imediatamente para o uso de agonistas dos receptores de serotonina 5-HT<sub>4</sub> (ex: prucalopride), que são a opção de primeira linha para constipação refratária, não sendo mandatório realizar testes funcionais adicionais na ausência de sintomas de alarme.
- c) A presença de esforço evacuatório e manobras digitais sugerem fortemente uma disfunção do assoalho pélvico (defecação dissinérgica). A investigação inicial deve incluir manometria anorretal e teste de expulsão do balão, e o tratamento de primeira linha para a condição confirmada é o biofeedback.
- d) A defecografia, seja ela a cindefecografia por Raio-X ou por ressonância magnética, é considerada o exame de primeira linha para a avaliação da constipação intestinal refratária com suspeita de obstrução de saída, pois é o único capaz de diagnosticar a dissinergia defecatória, tornando a manometria anorretal dispensável no rastreamento inicial.
- e) Em casos de constipação refratária ao manejo clínico otimizado, a indicação de colectomia subtotal com anastomose íleo-retal deve ser considerada precocemente, desde que se comprove trânsito colônico lento e a ausência de dor abdominal significativa.



49. Um paciente assintomático, de 45 anos, sem histórico familiar de câncer colorretal, realiza sua primeira colonoscopia de rastreio e apresenta os seguintes achados:

Um adenoma tubular de 4 mm no reto superior, totalmente ressecado, sem displasia de alto grau. Um segundo adenoma tubular de 7 mm no colon ascendente, totalmente ressecado, sem displasia de alto grau.

Considerando-se a indicação de rastreio para este paciente e o intervalo de vigilância colonoscópica recomendado após a ressecção desses adenomas, qual das seguintes afirmações está **CORRETA**?

- a) A indicação para a primeira colonoscopia de rastreio estava incorreta, pois para indivíduos de risco médio sem sintomas ou histórico familiar, o rastreio deve se iniciar aos 50 anos (ou 45 anos, dependendo da diretriz). Devido à presença dos dois adenomas, o próximo exame deve ser realizado em 1 ano.
  - b) O paciente apresenta um achado de alto risco para recorrência de adenomas (dois adenomas). O rastreio inicial estava correto, pois as diretrizes mais recentes recomendam iniciar aos 45 anos. O próximo exame de vigilância deve ser realizado em 3 anos.
  - c) O paciente apresenta um achado de baixo risco para recorrência (apenas adenomas tubulares pequenos). O rastreio inicial estava correto. Porém, próximo exame de vigilância deve ser realizado em 2 anos, devido à presença de adenoma em cólon proximal.
  - d) A indicação para a primeira colonoscopia de rastreio estava incorreta, pois ele só deveria ter sido rastreado se tivesse sintomas. O achado de dois adenomas classifica o paciente no grupo de risco intermediário, e o próximo exame deve ser realizado em 5 anos.
  - e) O achado de dois adenomas com menos de 10 mm e sem displasia de alto grau é classificado como de baixo risco. O rastreio iniciou-se corretamente, e o próximo exame de vigilância é recomendado em 7 anos.
50. Um paciente de 35 anos, do sexo masculino, com histórico prévio de abscesso perianal drenado há 3 meses, retorna ao consultório com queixa de drenagem piossanguinolenta persistente na região perianal. O exame sob anestesia e a ressonância magnética demonstram uma fístula transesfincteriana baixa, sem envolvimento da musculatura puborretal.

Considerando-se o manejo e as características das fístulas anorretais, qual das seguintes afirmações sobre esta condição está **CORRETA**?

- a) Na avaliação pré-operatória de fístulas anorretais, a ressonância magnética da pelve é indispensável para todos os casos, pois o ultrassom endoanal é insuficiente para mapear a relação do trajeto com o complexo esfíncteriano e, principalmente, para descartar a presença de trajetos secundários.
- b) A regra de Goodsall, que correlaciona a localização do orifício externo com o trajeto e orifício interno, não se aplica a fístulas transesfincterianas, sendo válida apenas para fístulas interesfincterianas ou submucosas.
- c) O tratamento de escolha para esta fístula é o procedimento de fistulotomia, pois o envolvimento da musculatura esfíncteriana externa inferior é tolerável, apresentando alto índice de cura com risco aceitável de incontinência.
- d) O uso de seton de corte é reservado apenas para fístulas extraesfincterianas. Em fístulas transesfincterianas, o tratamento ideal deve ser a cirurgia de retalho de avanço, por apresentar taxa de recorrência igual à fistulotomia e risco zero de incontinência.
- e) Fístulas anorretais de origem criptoglandular são classificadas como de alto risco para degeneração maligna, sendo que o rastreio histopatológico deve ser obrigatório em todas as peças cirúrgicas, independentemente do tempo de evolução.

**RESIDÊNCIAS  
UESPI**