



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: COLOPROCTOLOGIA

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

Prezado(a) Participante,

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

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

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

Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

01. Uma paciente portadora de síndrome da defecação obstruída está em tratamento clínico há alguns anos e a despeito de seguir as recomendações médicas, está evoluindo com refratariedade. Foi indicada a investigação imagiológica para se definir a indicação ou não de algum tratamento cirúrgico. Qual dos seguintes métodos, tem melhor acurácia nesse contexto?
- A) Defecografia.
 - B) Ultrassonografia pélvica total.
 - C) Ultrassonografia transperineal.
 - D) Ressonância magnética dinâmica.
02. Um paciente de 42 anos foi submetido à hemicolectomia esquerda em decorrência de adenocarcinoma mucinoso T3N1M0. No seguimento pós-cirúrgico, após 18 meses, houve elevação de CEA e suspeita de implantes peritoniais na tomografia abdominal, sem evidências de outros focos de doença em um PET-CT. Foi indicada cirurgia para citorredução sem hipertermoquimioterapia, pois não havia disponibilidade da mesma. Qual dos seguintes fatores prognósticos está relacionado com melhor sobrevida após a cirurgia?
- A) Positividade nodal.
 - B) Diferenciação do tumor primário.
 - C) Baixo índice de carcinomatose peritoneal.
 - D) Redução do índice de percentual de citorredução.
03. O avanço recente em conceitos de medicina personalizada tem favorecido a busca por biomarcadores que permitam tratamentos individualizados quer seja na indicação cirúrgica ou no tratamento adjuvante ou no seguimento de longo prazo. Qual dos seguintes biomarcadores é útil no seguimento ou planejamento da RT/QT de pacientes tratados por carcinoma espinocelular do ânus?
- A) Positividade p53 na escolha da quimioterapia adjuvante.
 - B) Positividade p16 na escolha do tratamento radioterápico.
 - C) Níveis séricos de Antígeno SCC (squamous cels carcinoma) no seguimento pós RT-QT ou cirurgia.
 - D) Não há, no momento, biomarcadores confiáveis no tratamento e seguimento desses pacientes.
04. Uma paciente de 47 anos teve diagnóstico recente de diverticulite aguda não complicada. No seguimento ambulatorial, evoluiu com alternância de hábito intestinal além de dor abdominal leve, inespecífica, ocasional e associada aos períodos de piora da constipação. O manejo clínico dessa paciente deve incluir?
- A) Prebióticos orais na dieta.
 - B) Prednisona oral em baixa dose por 2 meses.
 - C) Aminoglicosídeos por via oral por 4 semanas.
 - D) Dieta rica em fibras e melhora da ingesta hídrica.
05. A doença de Crohn pode acometer qualquer segmento do trato intestinal, e por se tratar de inflamação crônica, pode estar relacionada com um aumento na incidência de tumores malignos. Com relação a pacientes com doença de Crohn, em qual dos segmentos abaixo listados há relato do aumento da incidência de adenocarcinomas em relação à população geral.
- A) Intestino delgado, cólons e canal anal.
 - B) Intestino delgado e canal anal.
 - C) Intestino delgado e cólons.
 - D) Cólons e canal anal.
06. Um paciente portador de retocolite ulcerativa, em uso de várias medicações, teve detectada refratariedade clínica e foi indicada uma proctocolectomia total com restauração do trato digestivo por meio de bolsa ileal com anastomose íleoanal. Com base nesse caso descrito, qual das seguintes drogas, ou classes de fármacos, está associada a complicações pós-operatórias e deve ser otimizada ou suspensa, se possível, antes da cirurgia?
- A) Salicilatos.
 - B) Tiopurinas.
 - C) Corticosteroides.
 - D) Inibidores da calcineurina.

07. A fissura anal crônica pode ser uma doença debilitante quanto a qualidade de vida de uma pessoa. Mediante a falha terapêutica de agentes tópicos, a cirurgia de esfínterectomia anal interna é a que apresenta o melhor resultado quanto a taxas de cicatrização pós-operatória. No entanto, o risco de incontinência fecal tem impulsionado a busca por procedimentos de preservação de esfínter. No tratamento cirúrgico da fissura anal crônica com preservação de esfínter, qual dos seguintes procedimentos abaixo, apresenta melhores resultados na taxa de cicatrização?
- A) Anoplastia.
 - B) Laserterapia.
 - C) Fissurectomia.
 - D) Toxina Botulínica.
08. Pacientes com fístulas decorrentes da doença de Crohn podem demandar tratamento invasivo. Qual das seguintes técnicas utilizadas no tratamento de fístulas, por doença de Crohn, pode ser caracterizada como poupadora de esfínter e está associada a melhores taxas de cicatrização em longo prazo?
- A) Laser (FILAC).
 - B) Avanço de mucosa.
 - C) Sedenho de drenagem.
 - D) Injeção de células tronco.
09. As hemorroidas são responsáveis por um grande número de consultas em coloproctologia. Na sua fisiopatologia (hemorroidas internas), há grande suspeita de que os coxins vasculares submucosos do canal anal percam sustentação do tecido conectivo e passem a se descolar, possibilitando o prolapso de graus variados. Acerca desses coxins vasculares submucosos, pode-se afirmar que sua principal função se relaciona com:
- A) Facilitação da passagem das fezes.
 - B) Manutenção da continência fecal.
 - C) Auxílio ao reflexo reto-esfíntérico.
 - D) Manutenção da pressão de contração.
10. A incontinência fecal de urgência é descrita como aquela onde há a percepção da presença de fezes no reto porém a pessoa não consegue segurar por muito tempo e se suja. Já na incontinência fecal passiva, a pessoa não sente a presença de fezes no reto e se suja sem perceber. Com base nessa descrição, qual dos seguintes achados é mais associado à incontinência de urgência do que na incontinência passiva?
- A) Maior complacência retal.
 - B) Maior pressão de repouso.
 - C) Maior pressão de sensibilidade.
 - D) Maior redução de tônus ao toque retal.
11. Paciente de 34 anos, acompanhado em ambulatório de DST/AIDS há 8 anos, em uso regular de TARV, relata que há cerca de 3 semanas apresentou quadro de febre de 37,8 graus, adenopatia inguinal e axilar e astenia. Tratou com dipirona oral com melhora do quadro. Há cerca de 5 dias, apresentou pequenas lesões de pele em palma das mãos caracterizadas como pseudopústulas e há 2 dias apresenta dor pélvica, perianal e tenesmo intensos, sendo internado. Fez TC de pelve que evidenciou proctite com grande espessamento do reto e irregularidade localizada na parede lateral do canal anal, de aspecto inflamatório, superficial e sem líquido em seu interior. Ao exame do proctologista, havia endurecimento com cerca de 1 cm de diâmetro, na borda anal, sem hiperemia e o paciente recusou o toque em decorrência da dor forte. Considerando o relato acima, qual deve ser o diagnóstico mais provável?
- A) Linfocitoma venéreo.
 - B) Sífilis secundária.
 - C) Farmacodermia.
 - D) Monkeypox.

12. O tratamento cirúrgico da correção de prolapso (procidências) é descrito em inúmeras técnicas operatórias e a maioria delas tem como complicação potencial o desenvolvimento ou piora de sintomas prévios de constipação intestinal. No tratamento dessa doença, qual dos seguintes passos técnicos está relacionado com redução na incidência da constipação pós-cirúrgica?
- A) Sigmoidectomia.
 - B) Uso de material sintético.
 - C) Mobilização completa do mesorreto.
 - D) Dissecção e plicatura do fundo de saco anterior.
13. Uma paciente de 48 anos foi atendida em ambulatório de proctologia com queixa de mucorreia importante. Tinha também, sangramento anal vermelho vivo, desconforto e aumento de esforço evacuatório há pelo menos 8 anos. O exame proctológico evidenciou discreta exteriorização da mucosa do canal anal ao esforço, que se reduzia espontaneamente. A colonoscopia evidenciou apenas áreas de enantemas na porção anterior do reto médio e distal. Com base no relato, qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Prolapso retal.
 - B) Doença hemorroidária.
 - C) Síndrome da úlcera retal solitária.
 - D) Síndrome da evacuação dissinérgica.
14. Uma das complicações mais temidas em cirurgia coloproctológica é a deiscência de anastomose colorretal. Alguns pacientes selecionados podem ser tratados de maneira menos invasiva por meio de terapêutica endoscópica, onde se coloca uma esponja endoluminal ou perianastomótica acoplada a um dispositivo de aspiração contínua criando vácuo. Acerca desse tratamento pode-se afirmar que:
- A) Evita uma reintervenção cirúrgica.
 - B) Evita a confecção de uma estomia.
 - C) Está contraindicado em defeitos circulares.
 - D) Reduz a incidência de estenoses de anastomose.
15. O câncer colorretal pós-colonoscopia pode ser descrito como aquele onde o diagnóstico da doença maligna ocorre dentro do intervalo programado para a realização de rastreamento após uma colonoscopia normal. Sua incidência pode estar relacionada a critérios de qualidade do exame. Qual dos seguintes critérios se relaciona com redução na sua incidência?
- A) Taxa de detecção de adenomas maior que 50%.
 - B) Taxa de entubação do ceco de pelo menos 70%.
 - C) Tempo de retirada do aparelho maior que 6 minutos.
 - D) Tempo de introdução do aparelho maior que 30 minutos.
16. O tratamento cirúrgico de fístulas anorretais transesfinctéricas, que acometem mais de 30 % do esfíncter externo, são considerados exemplos de desafio terapêutico ao cirurgião colorretal. Qual das seguintes técnicas é capaz de prover menor taxa de dano à musculatura esfíncteriana e maior taxa de cicatrização nessa situação?
- A) LIFT.
 - B) Cola de fibrina.
 - C) Fistulotomia simples.
 - D) Fistulotomia com sedenho de secção.
17. A constipação crônica induzida por opioides, reconhecida como entidade distinta na classificação Roma IV, constitui um problema de saúde que reduz a qualidade de vida das pessoas acometidas. Acerca de sua apresentação clínica e tratamento pode-se afirmar que:
- A) Os laxantes osmóticos devem ser evitados, pois podem piorar a dor e distensão.
 - B) Laxativos devem ser prescritos de forma regular, ao invés de "quando necessário".
 - C) Conforme os critérios Roma IV, a doença se caracteriza por constipação em uso de opioides.
 - D) Os bloqueadores de receptores opioides intestinais podem reduzir os efeitos analgésicos sistêmicos.

18. Dentre as opções técnicas de tratamento cirúrgico da doença hemorroidária o procedimento de desarterialização hemorroidária transanal (THD) foi inicialmente descrito em 1995 e depois aprimorado ao incorporar o uso de um doppler e associar uma mucopexia. Em qual das seguintes situações esse procedimento é melhor indicado?
- A) Hemorróidas grau I.
 - B) Hemorróidas grau III.
 - C) Hemorróidas grau IV.
 - D) Hemorróidas mistas.
19. Uma paciente de 56 anos relata que há cerca de 10 anos tem perda involuntária de conteúdo fecal, que se intensificou no último ano, com impacto grande em qualidade de vida. Tem história pregressa de dois partos pélvicos e nega quaisquer intervenções cirúrgicas abdominais ou anorretais. Realizou manometria anorretal que evidenciou hipotonia anal de repouso e RM de pelve que não evidenciou lesão significativa em esfíncter externo. Já foi submetida a biofeedback de reforço com melhora parcial e insatisfatória. Considerando a disponibilidade de todas as intervenções e a aceitação pela paciente, qual proposta terapêutica de segunda linha deve ser oferecida?
- A) Esfíncteroplastia cirúrgica.
 - B) Implantação de neuroestimulador sacral.
 - C) Injeção perianal de “agentes de volume”.
 - D) Estimulação percutânea do nervo tibial posterior.
20. Paciente masculino, 62 anos, acompanhado em ambulatório de doença intestinal inflamatória há 4 anos, em uso de 5 ASA oral em dose de manutenção há 2 anos. É PVHIV e HSH, em uso de terapia antirretroviral de forma correta e com carga viral indetectável nos últimos 10 anos. Estava assintomático, até que há 15 dias iniciou quadro de tenesmo e evacuações sanguinolentas, 10 vezes ao dia. Realizada rectossigmoidoscopia flexível de urgência, evidenciando edema, friabilidade, perda do padrão vascular da mucosa e múltiplas áreas de ulceração, interpretada como agudização de colite ulcerosa, tendo iniciado corticoterapia intravenosa. Foram realizadas biópsias e estudo microbiológico das fezes onde foi detectada a presença de *Blastocystis hominis*, tratado com metronidazol. Na biópsia retal, foi detectada a presença de achados sugestivos de citomegalovírus (tratado com ganciclovir). Não houve melhora do quadro após 5 dias, sendo colhido swab retal para teste molecular. Mediante resultado positivo, foi iniciada antibioticoterapia com doxiciclina por 21 dias resultando em resolução completa do quadro agudo. Qual foi o achado positivo do teste molecular?
- A) *E. coli* enteropatogênica.
 - B) *Chlamidia trachomatis*.
 - C) *Clostridium difficile*.
 - D) *Treponema pallidum*.