SBCP
Sociedade
Brasileira
de Coloproctologia

CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

PROVA TEÓRICA

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno contém **70 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.

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

SELECT

Setembro / 2009

1. Em relação às deiscências e fístulas das anastomoses realizadas após ressecções sobre o cólon e o reto, pode-se afirmar que

(A) as maiores taxas estão relacionadas às íleo-cólicas e às íleo-ileais.

(B) o risco das bolsas ileais é maior que o das colorretais baixas (< 7cm).

(C) o uso prévio de prednisona não eleva o risco dessas complicações.

(D) quanto mais próxima da margem anal, maior o índice de deiscência.

(E) o *diabetis mellitus* e o tempo de duração da operação não são fatores de risco.

2. Em relação às infecções das feridas operatórias:

(A) sistemas de drenagem com vácuo prolongam o tempo para cicatrização.

(B) deve-se abrir a pele e o subcutâneo de toda a ferida operatória.

(C) a prescrição de antimicrobianos de amplo espectro é necessária.

(D) se necessário o debridamento, o fechamento primário pode ser feito.

(E) febre, dor e eritema local no 5º dia sugerem a complicação.

3. Quanto à anatomia do canal anal, do cólon e do reto é correto afirmar que

(A) o limite superior do canal anal anatômico é a linha pectínea e o anel muscular anorretal é o do cirúrgico.

(B) a terceira valva de Houston, que corresponde ao nível da reflexão peritoneal, é o local da junção do reto com o sigmóide.

(C) a linha pectínea, também conhecida como linha anocutânea de Hilton, é a fonte dos carcinomas anais mais indiferenciados.

(D) as glândulas de Chiari têm localização preferencial na região anterior, na linha pectínea, e podem ser a origem dos abscessos e fístulas anais.

(E) a fáscia de Denonvilliers separa o reto extraperitoneal das estruturas ósseas posteriores.

4. Em relação à fisiologia anorretal, pode-se afirmar que

(A) o reflexo inibitório retoanal está presente com grau máximo de contração nos portadores de doença de Hirschprung.

(B) o reflexo inibitório retoanal representa a contração máxima involuntária do músculo esfíncter anal interno com a distensão do reto pelas fezes.

(C) o reflexo cutâneoanal ocorre pela via do nervo pudendo e está ausente nas lesões da cauda equina.

(D) a contração da musculatura puborretal retifica o ângulo anorretal e permite a evacuação fisiológica.

(E) o reflexo excitatório retoanal é caracterizado pelo relaxamento do esfíncter anal externo após o estímulo de distensão retal, permitindo a evacuação.

5. Em relação à fisiologia cólica, pode-se afirmar que

(A) há predominância de bactérias aeróbias no cólon em relação às anaeróbias.

(B) o butirato tem importância na proliferação e na diferenciação celular da mucosa cólica.

(C) o acetato se combina com enzimas hepáticas, sintetizando ácidos graxos de cadeia curta como fonte de energia para os músculos.

(D) os ácidos graxos de cadeia longa são produzidos, principalmente, no cólon proximal e absorvidos no distal.

(E) o propionato, produzido pela fermentação, é a principal fonte de energia para os colonócitos.

6. Assinale os desfechos associados à colectomia laparoscópica, quando comparada à realizada por laparotomia:

(A) internação mais curta, menos dor, maior número de complicações pulmonares.

(B) maior tempo operatório, maior custo, maior morbidez.

(C) menos dor, menor trauma cirúrgico, mais recidiva neoplásica.

(D) íleo pós-operatório mais curto, menos dor, efeito cosmético superior.

(E) efeito cosmético superior, maior mortalidade, maior custo.

---

7. Com relação ao tratamento cirúrgico radical do carcinoma do cólon,

(A) os índices de sobrevivência e de recidiva após operações laparoscópicas são similares aos das realizadas por laparotomia.

(B) a ocorrência de recidiva parietal após tratamento cirúrgico por videolaparoscopia é maior do que após operações convencionais.

(C) há maior número de complicações infecciosas associadas à via de acesso por vídeolaparoscopia.

(D) o benefício associado à colectomia por videolaparoscopia para pacientes obesos é menos significativo.

(E) os resultados oncológicos associados à via laparoscópica para o manejo do carcinoma do reto são superiores aos observados após o tratamento por laparotomia.

---

8. Com relação ao tratamento cirúrgico de urgência da diverticulite aguda do sigmóide:

(A) a gravidade da contaminação peritoneal não deve influenciar a decisão sobre a via de acesso.

(B) a opção de lavagem da cavidade e drenagem por videolaparoscopia, pode ser realizada em todos os casos de peritonite diverticular.

(C) sepse com instabilidade hemodinâmica favorece a indicação da via de acesso por videolaparoscopia.

(D) a indicação de anastomose após ressecção do sigmóide, difere de acordo com a via de acesso utilizada.

(E) há evidência razoável de segurança e eficácia da via de acesso por videolaparoscopia para o manejo da perfuração complicada por abscesso localizado.

---

9. Para realização da colonoscopia, é indicação absoluta para profilaxia antimicrobiana:

(A) ponte de safena há menos de três anos.

(B) passado de endocardite bacteriana.

(C) prótese total de quadril há menos de três anos.

(D) infecção urinária tratada há menos de um mês.

(E) paciente em uso de anticoagulante.

---

10. Para adequado estadiamento local do tumor do reto distal, as melhores opções são (independente do custo):

(A) PET scan e ultrassonografia transrretal.

(B) tomografia de pelve e PET scan.

(C) ressonância magnética de pelve e ultrassonografia endorretal.

(D) ressonância magnética de pelve e PET scan.

(E) toque retal e PET scan.

11. Quanto ao estadiamento do tumor do cólon:

(A) o enema opaco associado à retossigmoidoscopia flexível tem a mesma acurácia na detecção do carcinoma colorretal que a colonoscopia.

(B) a tomografia computadorizada do abdome vem sendo substituída pelo PET scan devido a sua menor acurácia.

(C) nos doentes operados, e que usam a colonoscopia virtual como método preventivo, devem repetir o exame após 10 anos.

(D) a colonoscopia virtual não deve ser indicada, pelo risco de explosão, nos doentes com estenoses intransponíveis.

(E) o ultrassom intraoperatório é indicado para avaliar metástases hepáticas durante operação com intenção curativa.

---

12. A respeito das complicações da colonoscopia e da polipectomia colonoscópica:

(A) o tratamento da maioria dos sangramentos tardios pós-polipectomia requer cirurgia.

(B) queimadura transmural pela polipectomia necessita laparotomia imediata.

(C) a perfuração devida à colonoscopia diagnóstica requer tratamento operatório.

(D) a indicação da *hot biopsy* vem aumentando pelo menor risco de perfuração.

(E) pneumoperitônio após polipectomia requer laparotomia mesmo em assintomáticos.

---

13. Melhores métodos para diagnóstico sindrômico e topográfico da obstrução intestinal, respectivamente,

(A) anamnese e PET scan.

(B) anamnese e ultrassonografia.

(C) radiografias do abdome e PET scan.

(D) exame físico e radiografias do abdome.

(E) exame físico e tomografia computadorizada.

---

14. Os estudos fisiológicos na fissura anal crônica mostram

(A) ausência do reflexo inibitório anal.

(B) aumento da pressão anal de repouso.

(C) aumento da pressão de contração máxima.

(D) diminuição do comprimento do canal anal.

(E) que a manometria não é possível pela dor provocada.

---

15. Homem de 28 anos refere sangramento vivo em pequena quantidade no papel higiênico após defecar. Nega dor, secreções ou prolapsos. Diagnóstico mais provável e conduta:

(A) hemorróidas de 1º grau – orientação higieno-dietética.

(B) hemorróidas de 2º grau – hemorroidectomia.

(C) hemorróidas de 3º grau – indicar *INFRARED*.

(D) fissura anal – tratamento clínico com nitratos.

(E) fissura anal – pedir colonoscopia para afastar câncer.

16. Os coxins vasculares existentes no canal anal são formados por

(A) varicosidades das veias hemorroidárias inferiores na submucosa.

(B) vasos submucosos e tecido conjutivo sustentados pela musculatura.

(C) malformações artério-venosas sob o anoderma.

(D) mucosa retal redundante prolapsando durante os esforços.

(E) tecido hemorroidário externo, com dilatação.

---

17. A técnica do retalho de avanço (*flap* endorretal) apresenta melhores resultados quando indicada nas

(A) fístulas submucosas altas.

(B) fístulas interesfincterianas.

(C) falhas após uso de cola de fibrina.

(D) fístulas em ferradura, associada ao seton.

(E) fístulas retovaginais em posição média ou baixa.

---

18. As fístulas perianais presentes na doença de Crohn, geralmente

(A) apresentam trajetos simples e superficiais.

(B) não surgem após abscessos perianais.

(C) têm cicatrização simples e rápida quando operadas.

(D) não são tratadas, quando assintomáticas.

(E) são mais frequentes, quando há envolvimento do delgado.

---

19. Quanto às fístulas anais,

(A) a posição mais comum do orifício interno é a mediana anterior.

(B) as fístulas extraesfincterianas geralmente são de origem critoglandular.

(C) a regra de Goodsall-Salmon relaciona o trajeto com o orifício interno.

(D) a fístula supraelevadora é melhor tratada com fistulotomia e curetagem.

(E) tuberculose e Crohn raramente constituem causa de fístula anal.

---

20. Em relação às fissuras anais,

(A) a pressão máxima de contração está geralmente aumentada.

(B) na manometria anorretal, a pressão de repouso está geralmente aumentada.

(C) a comissura anterior do ânus é a região mais acometida pela doença.

(D) a redução da irrigação sanguínea não está relacionada à gênese da doença.

(E) operações prévias não estão implicadas em sua etiologia.

21. Em relação ao tratamento cirúrgico das fissuras anais,

(A) a esfincterotomia interna mediana posterior tem desvantagens como a incontinência anal e o defeito em fechadura.

(B) a esfincterotomia interna lateral determina as piores consequências funcionais e os maiores índices de recidiva.

(C) o retalho de avanço apresenta vantagens sobre a esfincterotomia lateral interna, quanto à cicatrização.

(D) o procedimento de Lord é a técnica preferencial nos dias de hoje, pelo baixo índice de complicações.

(E) quando houver hemorróidas, a esfincterotomia posterior deve ser realizada, para diminuir a dor pós-operatória.

---

22. Sobre a hidradenite supurativa:

(A) a obesidade não está implicada como fator predisponente.

(B) apesar de sua natureza crônica, não apresenta risco de malignização.

(C) as culturas de feridas mostram, caracteristicamente, *Staphylococcus aureus*.

(D) inicia-se com a obstrução das glândulas apócrinas por excesso de queratina.

(E) a inflamação é confinada à derme, não se estendendo aos planos mais profundos.

---

23. Em relação ao cisto pilonidal sacrococcígeo,

(A) a melhor conduta na fase aguda é a excisão ampla.

(B) a doença é mais comum nas mulheres afro-descendentes.

(C) o fechamento primário após ressecção mediana aumenta os riscos de infecção.

(D) a excisão com marsupialização tem mais recidivas que com a sutura primária.

(E) após a drenagem do abscesso, o cisto desaparece em 20% dos doentes.

---

24. Quanto à sífilis de localização anal, pode-se afirmar que

(A) o condiloma plano e o *rash* maculopapular são lesões primárias.

(B) o encontro dos espiroquetas no GRAM é efetivo no diagnóstico.

(C) o FTA-abs será pedido anualmente para controle pós-tratamento dos doentes HIV - positivo.

(D) o VDRL permanece positivo durante toda a vida dos doentes tratados.

(E) a úlcera primária é dolorosa, ao contrário da lesão primária genital.

---

25. A doença subclínica pelo papilomavírus humano (HPV) na região perianal, pode ser evidenciada com lentes de aumento e aplicação local de

(A) ácido acético a 3%.

(B) podofilina a 25%.

(C) vermelho congo a 2%.

(D) ácido tricloroacético a 90%.

(E) solução de nitrato de prata a 2%.

26. Em relação à neoplasia intraepitelial anal (NIA) provocada pela infecção pelo papilomavírus humano (HPV), é correto afirmar que

(A) é a lesão precursora do carcinoma espinocelular anal.

(B) sua ressecção tem pouca morbidez e baixa incidência de recidivas.

(C) é menos frequente em homens, independente se são HIV-positivos ou não.

(D) necessita de ressecção radical (amputação do anorreto), após radioterapia.

(E) as lesões pequenas não evoluem e não merecem tratamento ou seguimento.

27. Na escolha do tratamento cirúrgico para o prolapso completo do reto, pode-se afirmar que

(A) o hábito intestinal não altera a técnica a ser utilizada na correção do prolapso.

(B) há melhora da continência anal e da constipação após a retopexia, com ou sem sigmoidectomia, na maioria dos doentes.

(C) pacientes idosos, com risco cirúrgico aumentado, devem ser tratados com procedimentos perineais.

(D) a abordagem videolaparoscópica para retopexia tem taxas de sucesso e morbidade piores que as encontradas na laparotomia.

(E) a operação de Delorme (mucosectomia perianal) será melhor indicada nos prolapsos mais volumosos.

28. Em relação ao diagnóstico do prolapso completo do reto,

(A) a melhor posição para o exame proctológico é a lateral esquerda.

(B) o diagnóstico diferencial com o prolapso mucoso é feito pela inspeção.

(C) o toque retal é dispensável, pois já se sabe que o tônus está diminuído.

(D) a colonoscopia é desnecessária, pois não altera o diagnóstico pré-operatório.

(E) os achados do tempo de trânsito colônico, não alteram a escolha da operação.

29. A respeito da incontinência fecal,

(A) nas fístulas retovaginais, a estomia de proteção é necessária para evitar a contaminação da ferida operatória, a incontinência fecal e o risco da recidiva.

(B) na encoprese há associação com malformações anatômicas, como megassigmóide ou estenose anal, na pseudo-incontinência não se encontram malformações anatômicas.

(C) a esfincteroplastia anterior alcança os melhores resultados nos doentes com denervação pélvica e tempo de latência do nervo pudendo aumentado.

(D) ocorre por lesão do aparelho esfincteriano, sendo a complicação mais temida do tratamento clínico das fissuras anais crônicas.

(E) a condição conhecida como *soiling*, geralmente, está associada à disfunção do esfíncter anal interno ou à massa fecal impactada com relaxamento esfincteriano.

30. Em relação à incontinência fecal,

(A) a retoscopia e a colonoscopia têm grande valor na investigação etiopatogênica.

(B) embora a redução do tempo de latência do nervo pudendo confirme a existência de neuropatia, a fraqueza do assoalho pélvico não pode ser excluída.

(C) o valor da defecografia é revelar a intussuscepção retal nos doentes com sintomas pélvicos.

(D) uma das vantagens do ultrassom endoanal é o de diagnosticar, também, os defeitos no períneo da mulher.

(E) o exame físico tem pouca importância na avaliação e para a programação diagnóstica e terapêutica do doente incontinente.

31. Causa mais comum de obstrução no intestino delgado:

(A) hérnias.

(B) doença de Crohn.

(C) neoplasias.

(D) aderências e bridas.

(E) bezoares.

---

32. Na pseudo-obstrução intestinal (Síndrome de Ogilvie), o sinal mais fidedigno, na radiografia simples do abdome, para indicar risco iminente de perfuração sugerindo tratamento cirúrgico imediato, é

(A) a dilatação do ceco maior que 12 cm.

(B) o borramento da linha do músculo psoas.

(C) os sinais de infiltração gasosa na submucosa.

(D) a presença de pneumoperitôneo no espaço sub-hepático.

(E) a distensão difusa do colorretal, sem área de obstrução.

---

33. O volvo do ceco é menos comum que o volvo do sigmóide, representando 25% dos casos de volvo do intestino grosso. Em relação ao volvo do ceco, pode-se afirmar que

(A) a cecopexia deve ser associada à cecostomia.

(B) não é possível a redução endoscópica.

(C) a destorção com cecopexia é manobra cirúrgica condenada.

(D) a apendicectomia é procedimento para fixação do ceco.

(E) ocorre em faixa etária mais jovem que o volvo do sigmóide.

---

34. Manifestações extracolônicas da polipose adenomatosa familiar:

(A) tumores desmóides, câncer da bexiga e adenomas pancreáticos.

(B) meduloblastoma cerebral, câncer do endométrio e carcinoma biliar.

(C) tumores do mediastino, adenomas da suprarrenal, tumores desmóides.

(D) pólipos gástricos das glândulas fúndicas, dentes supranumerários e tumores desmóides.

(E) osteomas da mandíbula, adenomas de duodeno e tumor renal de células claras.

---

35. Em relação ao tratamento cirúrgico da polipose adenomatosa familial, está correto afirmar que

(A) após a colectomia total com ileorreto-anastomose, os pólipos do reto remanescente tendem a desaparecer.

(B) a ressecção profilática deve ser realizada antes da transformação maligna, mesmo antes dos 20 anos de idade, assim que o diagnóstico seja confirmado.

(C) a retocolectomia total com reservatório ileal é indicada mesmo nos casos de tumores desmóides do mesentério do íleo terminal.

(D) a colectomia total com ileorreto-anastomose apresenta mais complicações e maior permanência hospitalar, do que a retocolectomia total com reservatório ileal.

(E) aspectos funcionais da musculatura esfincteriana e da esfera sexual não influenciam na decisão sobre qual técnica cirúrgica deve ser empregada.

36. Com relação à polipose adenomatosa familial (PAF):

(A) rastrear não modifica o número de portadores do carcinoma colorretal.

(B) não ocorre nos doentes sem história familiar da doença.

(C) o diagnóstico genético (sequenciamento) é imprescindível ao rastreamento.

(D) a mutação do gene APC é identificada em todos os casos.

(E) o rastreamento por colonoscopia ou retossigmoidoscopia começa na puberdade.

---

37. Em relação ao seguimento dos portadores dos adenomas colorretais ressecados,

(A) adenomas vilosos têm menor incidência de carcinomas que os tubulares.

(B) a colonoscopia deve ser repetida em 3 anos, nos portadores de pólipos avançados.

(C) nos adenomas com ressecção incompleta, a colonoscopia será repetida em um ano.

(D) no pólipo degenerado com invasão além da *muscularis mucosae*, o local será revisto em até 3 meses.

(E) o tamanho dos pólipos, o número das lesões, a idade dos doentes e o tabagismo não têm influência na evolução dos adenomas.

---

38. O portador de adenoma colorretal deve ter a colonoscopia repetida em 5 anos, quando houver as seguintes características:

(A) adenoma tubular único com 5 mm e de localização retal.

(B) adenoma com componente preferencialmente viloso.

(C) existência de quatro adenomas tubulares no último exame colonoscópico.

(D) adenoma tubular em sigmóide, com displasia de alto grau à histologia.

(E) adenoma degenerado pediculado sem invasão da *muscularis mucosae*.

---

39. Na oncogênese dos tumores colorretais:

(A) os testes genéticos para polipose adenomatosa familial devem ocorrer a partir dos 15 aos 20 anos, antes do quê não há aparecimento de adenomas.

(B) no carcinoma colorretal hereditário não polipose (HNPCC) ocorre alteração no braço longo do cromossomo 5, precipitando a carcinogênese.

(C) na polipose adenomatosa familial ocorre perda da função do gene MMR (*mismatch repair*), acelerando a evolução para carcinoma.

(D) a seqüência adenoma-carcinoma ocorre na desativação do gene *APC* e nas mutações dos oncogenes *K-ras, DCC* e *P53*.

(E) mesmo com testes genéticos negativos, o parente de primeiro grau de portador de polipose adenomatosa familial, deve se submeter a colonoscopias anuais.

---

40. Para os pacientes com familiar de primeiro grau com adenoma ou adenocarcinoma colorretal,

(A) o rastreamento do carcinoma colorretal, pode se iniciar aos 40 anos.

(B) o risco de carcinoma colorretal é igual ao da população em geral.

(C) o rastreamento do carcinoma colorretal, deve se iniciar aos 50 anos.

(D) a colonoscopia a cada dois ou três anos, representa uma opção de rastreamento.

(E) o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes, não deve ser realizado.

41. Quanto à prevenção do carcinoma colorretal, pode-se afirmar que

(A) o exame de toque detecta cerca de 20% das neoplasias colorretais malignas.

(B) é onerosa se comparada ao seu tratamento, por isso não deve ser feita.

(C) a colonoscopia está indicada para pessoas com baixo risco e a partir dos 50 anos de idade.

(D) o seguimento, após colonoscopia normal, deve ser oferecido apenas aos pacientes com antecedentes familiares ou pessoais de carcinoma colorretal, aos com doença inflamatória intestinal ou com relato de radioterapia prévia.

(E) a pesquisa do sangue oculto nas fezes, método do guaiaco (sem imuno-histoquímica), tem taxas elevadas para detecção do carcinoma e baixa para os adenomas.

---

42. Com relação à síndrome do carcinoma colorretal hereditário não polipose (HNPCC),

(A) o risco de tumores sincrônicos não está aumentado.

(B) a herança genética é do tipo autossômica dominante.

(C) a retossigmoidoscopia pode ser utilizada para o rastreamento.

(D). a detecção de adenomas no intestino grosso exclui o diagnóstico de HNPCC.

(E) o fenótipo de instabilidade de microssatélites (MSI) ocorre em todos os casos.

---

43. Quanto ao carcinoma cólico, é INCORRETO afirmar que

(A) a presença de instabilidade de microssatélites foi relatada em 85 a 90% dos pacientes com HNPCC, porém até 15% dos tumores colorretais esporádicos também apresentam essa alteração.

(B) o antígeno carcino-embrionário (CEA) não tem papel importante no rastreamento do carcinoma colorretal, pois apenas 30-40% dos pacientes com tumores confinados à mucosa ou submucosa apresentarão níveis elevados desse marcador.

(C) apesar do nome fazer referência à não-polipose, os portadores de HNPCC apresentam pólipos adenomatosos que progridem para carcinomas, e em maior velocidade que na população de baixo risco.

(D) níveis pré-operatórios elevados do CEA (acima de 15 mg/dL) pressupõem risco aumentado para metástases à distância e pior prognóstico.

(E) a permanência do nível sérico elevado do CEA, após a operação curativa, é esperada mesmo nos casos de doença localizada.

---

44. Em relação às operações para tratar o carcinoma do cólon, é correto afirmar que

(A) na vigência de aneurisma da aorta abdominal concomitante, a colectomia deve sempre ser realizada antes, independendo do tamanho do aneurisma.

(B) o elevado risco de implantes de adenocarcinoma no ovário recomenda a ooforectomia profilática visando aumento da sobrevivência.

(C) na sigmoidectomia, a ligadura da artéria mesentérica inferior deve ser abaixo da emergência do ramo ascendente da artéria cólica esquerda.

(D) o aumento do risco operatório das colectomias simultâneas às ressecções das metástases hepáticas, contra-indica esse procedimento, mesmo em mãos experientes.

(E) na colectomia direita, a artéria cólica direita, a cólica média e os vasos ileocecais devem ser ligados junto à mesentérica superior para completar a linfadenectomia.

45. Em relação ao tratamento dos carcinomas do cólon:

(A) os tumores do cólon com sangramento agudo que merecem operação de emergência, não precisam ser ressecados com os mesmos cuidados das operações eletivas.

(B) grandes tumores do cólon podem ser tratados inicialmente com quimio e radioterapia para permitir posterior ressecção e anastomose primária.

(C) a extensão das margens proximal e distal ao tumor deverá ser de 5 cm, não necessitando corresponder à área de drenagem linfovascular do sítio da lesão.

(D) nos tumores do cólon direito há necessidade da ressecção de pelo menos 5 cm do íleo terminal, o suficiente para manter a irrigação sanguínea.

(E) nas operações de urgência, os tumores obstruídos dos cólons direito e transverso devem receber ressecções mais localizadas e a anastomose primária deve ser evitada.

---

46. Em relação às metástases originárias dos tumores do reto, pode-se afirmar que

(A) as células neoplásicas que se desprendem do tumor primário estão mortas e não podem se implantar, tornando desnecessária a lavagem retal antes da anastomose.

(B) os tumores de reto que invadem a linha pectínea não desenvolvem metástases na região inguinal.

(C) o local de disseminação hematogênica mais comum nos tumores no reto médio é o pulmão, seguido pelo fígado, diferente dos tumores do reto superior.

(D) a disseminação linfática dos tumores de reto somente ocorre quando os vasos linfáticos estiverem obstruídos e a linfa segue pela via retrógrada.

(E) as características patológicas, etiológicas e patogênicas do adenocarcinoma do reto são as mesmas do adenocarcinoma de cólon.

---

47. Em relação ao carcinoma do reto, é INCORRETO afirmar que

(A) a excisão total do mesorreto (TME) está associada com o aumento do risco de deiscência e fístula da anastomose, devido à maior desvascularização do reto.

(B) a invasão das margens radiais se associa ao aumento da recidiva local, constituindo um dos fatores prognósticos para o carcinoma retal.

(C) as operações com preservação do esfíncter são possíveis na maioria dos casos e o cirurgião deverá ser o responsável pela escolha da técnica de anastomose.

(D) a bolsa cólica pode ser utilizada para aumentar o reservatório fecal nas anastomoses coloanais, principalmente nos doentes com deterioração do aparelho esfincteriano.

(E) TME é o nome da ressecção em bloco de toda a gordura que envolve o reto, inclusive abaixo do tumor, com ênfase na preservação dos nervos autonômicos.

---

48. A ressecção local dos tumores retais baixos

(A) é indicada nas lesões T1 ou T2, sem linfonodos, ao ultrassom endoanal.

(B) é indicada nos tumores envolvendo até 60% da circunferência.

(C) é indicada nos tumores com até 3 cm, mesmo parecendo fixos ao toque retal.

(D) não é indicada nos doentes muito idosos, pelo risco de infecção.

(E) não deve ser usada para paliação.

49. Em relação às anastomoses após a ressecção dos tumores retais, pode-se afirmar que

(A) a estomia de proteção é utilizada nas anastomoses realizadas muito próximas à linha pectínea para diminuir o índice de deiscências.

(B) a anastomose coloanal com bolsa cólica em J apresenta índice de complicações semelhante à das anastomoses colorretais, não necessitando estomia de proteção.

(C) a anastomose coloanal com bolsa cólica em J é feita para melhorar a função defecatória, principalmente no pós-operatório mais precoce.

(D) não há necessidade da mobilização do ângulo esplênico para realizar anastomoses coloanais seguras, sem tensão ou comprometimento da irrigação.

(E) nem o índice de massa corpórea (IMC), nem a história de radiação pélvica para malignidade não retal dificultam a realização da anastomose baixa e a preservação esfincteriana.

50. Permite melhorar a mortalidade em 5 anos para o carcinoma retal, EXCETO:

(A) ressecção total do mesorreto.

(B) operações com preservação esfincteriana.

(C) tratamento adequado das metástases hepáticas.

(D) neo-adjuvância com quimio e radioterapia, combinadas.

(E) seguimento e tratamento das recidivas locais à distância.

51. Quanto às metástases hepáticas do adenocarcinoma colorretal, é INCORRETO afirmar que

(A) a quimioterapia regional pela artéria hepática é superior à sistêmica.

(B) a ressecção é a única terapia potencialmente curativa.

(C) o número de nódulos hepáticos e a localização bilateral não pioram o prognóstico.

(D) a ressecção hepática está indicada quando a doença primária estiver controlada.

(E) tumor maior que 5 cm e CEA superior a 200 ng/mL predizem a recidiva pós-ressecção.

52. Quanto ao carcinoma espinocelular anal,

(A) nas lesões do canal anal, a radioterapia isolada apresenta resposta similar a radio e quimioterapia combinadas.

(B) a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é causa suficiente para o desenvolvimento das lesões precursoras e do carcinoma anal.

(C) sua localização mais comum é na margem anal, em homens, e no canal anal das mulheres, independendo da prática do sexo anal.

(D) carcinoma *in situ*, neoplasia intraepitelial anal de alto grau, displasia anal grave e doença de Bowen podem ser sinônimos da mesma entidade histopatológica.

(E) é consenso que o seguimento pós-tratamento deve ser feito com CEA, ultrassom endoanal e tomografia computadorizada ou PET scan, periodicamente.

53. Em relação ao diagnóstico do megacólon chagásico, pode-se afirmar que

(A) a colonoscopia é fundamental para confirmação diagnóstica da doença.

(B) a suspeita diagnóstica é feita associando os sintomas e os sinais com procedência de área endêmica.

(C) a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames usados para avaliar a extensão do processo.

(D) a avaliação cardiológica com cateterismo é importante para diagnóstico da forma cardiológica da doença.

(E) o enema opaco mostrando dilatação do cólon é o exame mais importante para o diagnóstico.

54. Considerando-se as plastias das estenoses no tratamento cirúrgico da doença de Crohn, pode-se afirmar que

(A) há contra-indicação para sua realização em casos de perfuração bloqueada.

(B) podem ser realizadas em pacientes com albumina inferior a 1,5 g/dL.

(C) estão indicadas para múltiplas estenoses em seguimento intestinal curto.

(D) não devem ser feitas na doença que "recidivou" rapidamente com obstrução.

(E) são contra-indicadas nos portadores da síndrome do intestino curto.

---

55. No tratamento da doença de Crohn anorretoperineal,

(A) estenoses anais devem ser sempre tratadas, mesmo que assintomáticas.

(B) a terapia biológica com infliximabe associada à ciprofloxacina tem efeito semelhante, no fechamento das fístulas anais, ao do infliximabe isolado.

(C) fístulas retovaginais e anovaginais são mais fáceis de tratar do que as fístulas perianais devido à origem diferente.

(D) fístulas perianais são derivadas das úlceras do canal anal e não devem ser tratadas com técnicas de avanço de retalho.

(E) pode haver cicatrização das fístulas com metronidazol por via oral, entretanto, piora da doença e parestesias poderão ocorrer após a redução da dose.

---

56. Em relação à doença de Crohn,

(A) a colite tóxica é complicação potencialmente fatal, principalmente se acompanhada por megacólon.

(B) o sangramento agudo com grande volume necessitando de operação de urgência, é tão comum como na retocolite ulcerativa inespecífica.

(C) as alças intestinais sem doença não estão envolvidas pelas aderências inflamatórias ou pelas fístulas internas.

(D) quando houver necessidade de ressecção, margem de segurança de pelo menos 5 cm deve ser deixada, para evitar recidiva na anastomose.

(E) a perfuração do intestino delgado em peritônio livre é frequente e a ressecção com anastomose primária é o tratamento de escolha.

---

57. Em relação aos marcadores sorológicos nas doenças inflamatórias do intestino,

(A) o soro dos portadores da doença de Crohn, não reage com o marcador p-ANCA.

(B) a taxa de sedimentação dos eritrócitos (ESR), é mais específica para o Crohn do delgado, do que para os quadros de colite (Crohn ou retocolite ulcerativa).

(C) o ASCA é reagente com maior frequência nos portadores da doença de Crohn do que da retocolite ulcerativa.

(D) os portadores de colite indeterminada, não reagem com os marcadores sorológicos ASCA ou p-ANCA.

(E) o marcador genético NOD2/CARD15 é positivo para cerca de 30% dos portadores da retocolite ulcerativa inespecífica.

---

58. A respeito do tratamento clínico da retocolite ulcerativa, pode-se afirmar que

(A) o tratamento para induzir remissão é padrão e independe da apresentação clínica da doença.

(B) a remissão clínica precede a cura endoscópica que por sua vez precede a remissão histológica.

(C) os corticosteróides, o metotrexate e a nicotina são agentes efetivos para a terapia de manutenção.

(D) a azatioprina e a 6 mercaptopurina são drogas efetivas para manutenção quando o mesalazina controlou a doença aguda.

(E) os corticosteróides são fundamentais na indução da remissão e devem ser utilizados como drogas de primeira linha na fase aguda.

59. Sobre o tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa:

(A) a ileostomia continente é uma boa opção, mas não pode ser realizada se o paciente já é portador de ileostomia a Brooke.

(B) a colectomia total com íleorreto-anastomose não tem indicação nos pacientes com retocolite ulcerativa, pois o reto está sempre comprometido.

(C) o procedimento com maior resolução e o mínimo de complicações é a proctocolectomia total com ileostomia a Brooke.

(D) na urgência, apenas o seguimento cólico perfurado ou com hemorragia deve ser ressecado, deixando-se a operação definitiva para um segundo tempo.

(E) a proctocoletomia total com anastomose bolsa ileal-canal anal é o tratamento padrão com baixos índices de morbidez e letalidade.

---

60. Colite isquêmica,

(A) o uso de drogas vaso-ativas previne a doença.

(B) caracteristicamente acomete jovens sem co-morbidades.

(C) a colonoscopia pode identificar a doença, mas não é o exame de escolha.

(D) ocorre entre os corredores de grandes distâncias e usuários de cocaína.

(E) a colectomia segmentar está indicada, pois o tratamento clínico é ineficaz.

---

61. Considerando-se a doença diverticular dos cólons como causa comum de hemorragia digestiva, é correto afirmar que

(A) poucos são os pacientes em que a hemorragia cessa de modo espontâneo.

(B) o exame colonoscópico identifica o preciso sítio da hemorragia, mesmo na ausência de sangramento ou de coágulos aderidos.

(C) a maioria dos sangramentos diverticulares detectados pela arteriografia estão no cólon direito e são pouco distinguíveis dos provocados pela angiodisplasia.

(D) mesmo conhecendo a região do sangramento, a colectomia total é preferível à segmentar, para evitar recidivas.

(E) a hemorragia associada à doença diverticular é mais prevalente nos usuários de anti-inflamatórios não-hormonais.

---

62. No que diz respeito à diverticulite aguda, pode-se afirmar que

(A) a ressecção com anastomose primária não deve ser feita, mesmo em doentes estáveis.

(B) em qualquer situação, a indicação será cirúrgica quando o tratamento clínico e/ou a drenagem percutânea não resolveram.

(C) na doença aguda, o tratamento operatório indicado não dependerá do grau de resposta inflamatória encontrada.

(D) a perfuração intestinal com peritonite localizada poderá ser tratada com aspiração percutânea.

(E) os abscessos que não responderam ao tratamento clínico poderão ser drenados pelas vias percutânea ou transretal.

---

63. Em relação às complicações da doença diverticular dos cólons, pode-se afirmar que

(A) as fístulas colo-vesicais são mais comuns nas mulheres histerectomizadas.

(B) gás na bexiga, identificado à tomografia, é pouco sugestivo de fístula colo vesical.

(C) as fístulas mais comuns associadas à doença diverticular são as colo-cutâneas.

(D) o enema opaco diferencia a estenose carcinomatosa, daquela de origem inflamatória.

(E) o uso do *stent* para a obstrução é efetivo e tem baixo índice de complicações.

64. Causas mais frequentes de hemorragia digestiva baixa em indivíduos com idade superior a 60 anos:

(A) colite isquêmica, ectasia vascular.

(B) colite isquêmica, carcinoma colorretal.

(C) retite actínica, doença diverticular do cólon.

(D) ectasia vascular do cólon, divertículo de Meckel.

(E) ectasia vascular do cólon, doença diverticular do cólon.

---

65. Diagnóstico da fonte do sangramento digestivo baixo:

(A) o sangramento volumoso e contínuo será melhor avaliado pela cintilografia.

(B) a cintilografia é mais eficaz que a arteriografia para definir o sítio do sangramento.

(C) o toque e a anuscopia não são feitos, pois raramente definem a fonte de hemorragia.

(D) se o doente está estável e com sangramento autolimitado, a colonoscopia é preferível.

(E) a arteriografia é tão eficaz quanto a colonoscopia no sangramento agudo e volumoso.

---

66. Quanto à técnica de realização dos estomas, pode-se afirmar que

(A) nas colostomias em alça há necessidade da colocação de suporte, durante pelo menos 15 dias, para evitar a retração do estoma.

(B) na fixação dos estomas na parede abdominal, a camada seromuscular intestinal não deve ser suturada a outra estrutura que não a pele.

(C) na ileostomia a Brooke, a alça ileal deve ser tracionada até 1 a 2 cm acima da pele, através da abertura na parede abdominal, antes de ser invertida e fixada.

(D) a colostomia de proteção para as anastomoses coloanais é preferível à ileostomia, porque seu fechamento é mais fácil e tem menor índice de complicações.

(E) a maturação secundária está indicada quando as alças intestinais estão espessas ou inflamadas demais para receber sutura e inversão das bordas.

---

67. Em relação ao prolapso das colostomias,

(A) pode ser efetivamente evitado com a fixação adequada da alça intestinal à aponeurose.

(B) a ocorrência de alça redundante do cólon sigmóide favorece o desenvolvimento do prolapso da sigmoidostomia.

(C) doenças sistêmicas, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, não interferem no desenvolvimento do prolapso.

(D) não há associação de prolapso e de hérnia paracolostômica, por apresentarem fatores desencadeantes díspares.

(E) ocorre mais nas colostomias terminais do que naquelas em alça, pois, nesse último caso, as duas alças auxiliam na fixação do estoma dentro da cavidade.

---

68. Em relação aos estomas intestinais, é correto afirmar que

(A) os estomas em abdomes obesos devem ser supraumbilicais.

(B) a construção do estoma na cicatriz umbilical não é uma boa alternativa.

(C) é melhor a colostomia ser infraumbilical, onde a mobilização das alças é maior.

(D) as colostomias do lado esquerdo são mais fáceis de construir que as ileostomias.

(E) a colostomia deve ficar na junção do reto abdominal com a musculatura lateral.

69. Quanto às complicações dos estomas intestinais:

(A) a hérnia paracolostômica é mais comum nas colostomias terminais.

(B) a ileostomia a Brooke reduz a chance de dermatite periestomal.

(C) a hérnia interna é a causa mais comum de obstrução pós-colostomia.

(D) o edema e a congestão do estoma merecem revisão operatória de urgência.

(E) doentes com ileostomia têm menor incidência de nefrolitíase que a população geral.

---

70. Em relação aos distúrbios do assoalho pélvico,

(A) a ressecção do cóccix é o tratamento de escolha para a coccigodinia.

(B) a proctografia com ressonância magnética não diagnostica o *anismus*.

(C) a proctalgia fugax é sintoma de alerta de doença anorretal de maior gravidade.

(D) o achado de retocele no defecograma de mulher assintomática não deve ser tratado.

(E) doentes que evacuam o balão no teste de expulsão não têm evacuação obstruída.