



**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".

---

1. É indicação absoluta de profilaxia antibiótica em uma colonoscopia:

- (A) prótese de quadril há menos de três anos.
- (B) síndrome de imunodeficiência adquirida.
- (C) passado de endocardite bacteriana.
- (D) *stent* de artéria renal.
- (E) ponte de safena.

---

2. Ao término de uma colonoscopia diagnóstica há suspeita de perfuração colônica. A medida inicial a ser tomada é

- (A) repetir a colonoscopia.
- (B) Rx simples de abdome.
- (C) realizar enema baritado.
- (D) realizar ultrassonografia endorretal.
- (E) manter o paciente sedado até o completo esclarecimento do caso.

---

3. Medicamento que deve ser suspenso 12 horas antes da realização de uma colonoscopia:

- (A) AAS.
- (B) warfarina.
- (C) clopidogrel.
- (D) ciclodextrina.
- (E) enoxaparina.

---

4. Contra-indicação absoluta para colonoscopia:

- (A) peritonite.
- (B) suboclusão intestinal.
- (C) marca passo cardíaco.
- (D) idade acima de 90 anos.
- (E) infarto agudo do miocárdio há menos de 3 meses.

---

5. Um paciente de 70 anos vai ser submetido a uma colonoscopia. A medicação deste paciente é Clopidogrel, Amlodipino, Ticlopidina, Fluoxetina, Tramadol e Sinvastatina. Os seguintes medicamentos devem ser suspensos antes do exame:

- (A) Tramadol e Ticlopidina.
- (B) Amlodipino e Fluoxetina.
- (C) Tramadol e Sinvastatina.
- (D) Clopidogrel e Ticlopidina.
- (E) Amlodipino e Clopidogrel.

- 
6. A cirurgia colorretal executada por via laparoscópica tem comprovadamente algumas vantagens sobre a cirurgia convencional. Uma destas vantagens é:
- (A) menor tempo de cirurgia.
  - (B) menor tempo de íleo no pós-operatório.
  - (C) menor perda sanguínea.
  - (D) dispensar a necessidade de anestesia geral.
  - (E) menores custos hospitalares.
- 
7. A cirurgia videolaparoscópica para a Doença de Crohn apresenta dificuldades extras para o cirurgião porquê
- (A) grande parte das cirurgias termina em colectomia total.
  - (B) sendo a maioria dos pacientes idosos o pneumoperitônio é pior tolerado.
  - (C) as lesões perianais podem dificultar a manutenção do pneumoperitônio.
  - (D) sendo uma doença de característica inflamatória a anatomia é menos clara.
  - (E) as anastomoses intracorpóreas, muito necessárias na Doença de Crohn, são menos seguras que as extracorpóreas.
- 
8. Os implantes neoplásicos nas punções de trocar foram no passado uma preocupação que motivou muitos estudos. O consenso atual é que o percentual de pacientes com tais implantes não deve ultrapassar
- (A) 0,1%
  - (B) 0,5%
  - (C) 1,0%
  - (D) 5,0%
  - (E) 10%
- 
9. A piora da função pulmonar no pós-operatório da cirurgia abdominal é um fato conhecido e bem estudado. Na cirurgia abdominal por via laparoscópica a piora da função pulmonar é
- (A) mais intensa que na cirurgia aberta e de recuperação mais lenta por causa da restrição pulmonar determinada pelo pneumoperitônio.
  - (B) menos intensa que na cirurgia aberta por se tratar de um método que causa menos dor pós-operatória.
  - (C) menor que na cirurgia aberta porém de recuperação mais lenta.
  - (D) de manejo mais difícil pela restrição ao uso de opiáceos.
  - (E) mais intensa e se relaciona com a broncopneumonia de aspiração.
- 
10. A cirurgia colorretal por via laparoscópica leva a algumas alterações fisiológicas importantes como, por exemplo, o aumento
- (A) da pressão intracraniana.
  - (B) da perfusão venosa renal.
  - (C) do risco de hemorragias.
  - (D) do retorno venoso central.
  - (E) da saturação de O<sub>2</sub> no ventrículo direito.

- 
11. Devido às várias opções terapêuticas para o câncer de reto, deve-se estadiar corretamente a lesão afim de programar o seu tratamento. Neste sentido os fatores de maior importância no prognóstico são:
- (A) presença de lesões sincrônicas no cólon.
  - (B) tamanho do tumor e aderência ao sacro.
  - (C) a distância da margem anal é o fator mais importante.
  - (D) idade do paciente e presença de antecedentes familiares com câncer de reto.
  - (E) grau de penetração na parede retal, metástases em linfonodos regionais e presença de metástases à distância.
- 
12. Ao estadiar um tumor do 1/3 inferior do reto deve-se utilizar alguns exames de imagem. Qual deles apresenta maior acurácia para detectar o grau de penetração e a presença de linfonodos perirretais com metástase:
- (A) Pet scan.
  - (B) ultrassom endorretal (ERUS).
  - (C) ressonância magnética da pelve.
  - (D) tomografia computadorizada da pelve.
  - (E) tomografia de pelve mais ultrassom endorretal.
- 
13. Em relação ao câncer retal avançado ou localmente recidivado:
- (A) o tratamento com radioterapia é mais eficiente.
  - (B) a cirurgia radical com ressecção em bloco está sempre indicada.
  - (C) deve-se realizar a colostomia e quimioterapia.
  - (D) deve-se utilizar a terapêutica multimodal, pois resulta em melhor controle e maior sobrevida.
  - (E) a terapêutica local é mais eficiente e menos agressiva ao paciente.
- 
14. No câncer de ânus, a terapêutica com quimio-radiação, proposta por Nigro et al, em 1974, revolucionou o tratamento. Na sua proposta original Nigro utilizou
- (A) radioterapia intrarretal e 5-FU.
  - (B) radioterapia externa com 50 Gy e cisplatina.
  - (C) radioterapia externa com 30 Gy , mitomicina C e 5-FU.
  - (D) ressecção local + radioterapia pós-operatória e 5-FU.
  - (E) radioterapia com 45-50 Gy mais mitomicina e cisplatina.
- 

15. Caso clínico:

Paciente do sexo masculino de 60 anos, com queixa de dor retal e sangramento, realizou retossigmoidoscopia rígida sendo diagnosticado um tumor do terço inferior do reto, invadindo a linha pectínea. O anátomo patológico revelou um adenocarcinoma bem diferenciado, e a ressonância magnética da pelve detectou metástase em linfonodos perirretais. Foi realizada neoadjuvância e após 6 semanas, o paciente foi examinado revelando diminuição incompleta do tumor, não havendo alteração do aspecto dos linfonodos na ressonância magnética. Neste caso a melhor opção terapêutica é

- (A) amputação abdominoperineal do reto.
- (B) ressecção local do tumor remanescente.
- (C) retossigmoidectomia abdominal e ileostomia.
- (D) retossigmoidectomia com anastomose coloanal.
- (E) ressecção anterior do reto com ressecção total do mesorreto.

- 
16. Paciente em seguimento ambulatorial pós-ressecção de adenocarcinoma do cólon esquerdo com exames de imagem normais. Foi observada uma acentuada e recente elevação do CEA. O método diagnóstico mais sensível na detecção da doença metastática é
- (A) ressonância magnética pélvica.
  - (B) tomografia computadorizada.
  - (C) ultrassom endorretal.
  - (D) enema opaco.
  - (E) PET-CT.
- 

17. Paciente com incontinência anal e hipotonia esfinteriana comprovada por manometria. O exame que melhor complementa o diagnóstico da etiologia é:
- (A) defecografia.
  - (B) tomografia pélvica.
  - (C) ultrassonografia endorretal.
  - (D) retossigmoidoscopia.
  - (E) exame sob anestesia.
- 

18. Um paciente masculino de 43 anos foi admitido no setor de emergência com dor e distensão abdominal. Apresentava plenitude há 4 dias e vômitos alimentares há 2 dias. Referia sangramento eventual há 1 ano que relacionou com provável doença hemorroidária. Evacuou fezes sólidas 2 dias antes e emagreceu 10 kg nos últimos 6 meses. Ao exame: paciente em regular estado geral, emagrecido, hipocorado e discretamente desidratado. O abdômen apresentava-se distendido e timpânico, com alguns ruídos metálicos. Sua história familiar revelava um irmão submetido à colectomia por polipose e um tio operado por câncer do reto. Melhor exame de investigação e melhor conduta:
- (A) laparoscopia e ileostomia derivativa.
  - (B) RX simples do abdômen e laparotomia exploradora.
  - (C) colonoscopia com *stent* colônico e laparotomia imediata.
  - (D) tomografia abdominal e radio + quimioterapia neoadjuvante.
  - (E) preparo intestinal oral com enema opaco e reavaliação em 12 horas.
- 

19. Principal determinante isolado da eficácia da antibioticoprofilaxia:
- (A) início do antibiótico antes da cirurgia.
  - (B) associação de drogas.
  - (C) uso de múltiplas doses em curto período.
  - (D) uso de altas doses.
  - (E) duração da administração superior a 48h.
-

20. Mulher de 42 anos com diagnóstico de doença de Crohn há 5 anos na forma de pancolite grave e doença perianal fistulizante em tratamento clínico com aminossalicilatos, corticóide e antibiótico. Há 30 dias com dor abdominal no lado esquerdo e febre. Nega perda de peso no período. Ao exame físico exibe dor à palpação da fossa ilíaca esquerda e massa palpável nessa localização. A radiografia simples do abdome foi normal. A tomografia computadorizada segue abaixo e revela fístula do cólon sigmóide para o retroperitônio. Leucograma:  $15.000 \text{ leu/mm}^3$  sem desvio. Conduta:



- (A) drenagem percutânea guiada por tomografia.
- (B) nutrição parenteral e indução com Adalimumabe.
- (C) colectomia total abdominal com ileostomia.
- (D) nutrição enteral e corticoterapia intravenosa.
- (E) vancomicina e reposição com albumina.
- 
21. Homem de 43 anos com história de dor na região anal há 3 dias e abaulamento há um dia. Não aferiu a temperatura. Sem outros antecedentes mórbidos importantes. A inspeção da região anal está ilustrada na foto abaixo. O exame proctológico não pode ser realizado devido à dor. Assinale o diagnóstico e o tratamento:



- (A) trombose hemorroidária; hemorroidectomia convencional.
- (B) hidradenite supurativa; antibioticoterapia.
- (C) fístula anorretal: fistulotomia eletiva.
- (D) abscesso anorretal; drenagem cirúrgica de urgência.
- (E) fissura anal; esfínterectomia de urgência.
- 
22. Com relação à irrigação arterial do cólon,
- (A) a artéria cólica média é ramo da artéria mesentérica superior.
- (B) o ceco, cólon ascendente e os segmentos proximais do cólon transversal são territórios de irrigação da artéria mesentérica inferior.
- (C) a arcada de Riolan é comunicação entre o tronco celíaco e a artéria mesentérica inferior.
- (D) o ponto crítico de Griffith está localizado na região da transição retossigmoideana.
- (E) o ponto crítico de Sudeck está localizado na região do ângulo hepático do cólon.

- 
23. Paciente do sexo feminino, 42 anos, é submetida à ligadura elástica de hemorróidas internas de 3º grau apresentando evolução satisfatória. Após 30 dias retorna ao consultório médico queixando-se de dor anal e sangramento ao evacuar. O exame proctológico revela lesão fissurária no local da ligadura elástica. Conduta ideal:
- (A) avanço de retalho de pele para corrigir o defeito.
  - (B) cauterização com nitrato de prata.
  - (C) dilatação anal cuidadosa para relaxar o esfíncter.
  - (D) banhos de assento, pomadas cicatrizantes.
  - (E) o uso da esfinterotomia interna é contraindicado, pois não se trata de fissura anal.
- 
24. Paciente do sexo masculino, 42 anos, é submetido à ligadura elástica de mamilo hemorroidário interno de 3º grau. No dia seguinte ao procedimento, procura o consultório médico queixando-se de dor de forte intensidade no ânus. O exame clínico é inalterado, com sinais vitais dentro dos padrões da normalidade. O exame proctológico não demonstra alterações, além das já anteriormente observadas, com exceção da dor referida pelo paciente e hipertonia esfíncteriana. Conduta ideal:
- (A) retirada do anel elástico.
  - (B) indicar a hemorroidectomia de urgência.
  - (C) eletrofulguração do mamilo comprometido.
  - (D) infiltração do ânus com corticosteróide e solução de marcaína a 0,5%.
  - (E) utilização de analgesia mais potente e observação do paciente.
- 
25. A etiologia da fissura anal é ainda um tema controverso e postulam-se para o mesmo algumas teorias. A mais aceita é:
- (A) hipertonia do esfíncter externo do ânus.
  - (B) estreitamento congênito da porção distal do canal anal.
  - (C) hipertrofia da musculatura lisa do esfíncter interno do ânus.
  - (D) menor perfusão sanguínea da comissura posterior do canal anal.
  - (E) relaxamento deficiente do complexo esfíncteriano durante a defecação.
- 
26. A esfinterotomia interna pela técnica de Notaras, descrita por este autor em 1969 para o tratamento da fissura anal, tem como fundamentos técnicos:
- (A) inserção lateral na submucosa do canal anal de um bisturi de lâmina fina, com secção do esfíncter interno, tendo como limite o sulco interesfíncteriano.
  - (B) secção do esfíncter interno com uma tesoura de lâmina fina, tendo como limite a submucosa do canal anal.
  - (C) inserção mediana na submucosa do canal anal, de uma tesoura de lâmina fina e secção do esfíncter interno, tendo como limite o esfíncter externo.
  - (D) secção do esfíncter interno com bisturi elétrico bipolar de lâmina fina, tendo como limite a porção superficial do esfíncter externo.
  - (E) esfinterotomia interna, com dissecação do esfíncter interno através de uma incisão lateral, tendo como limite o sulco interesfíncteriano.
- 
27. A principal vantagem da fistulotomia anal sobre a fistulectomia anal é
- (A) menor sangramento.
  - (B) menos dor pós-operatória.
  - (C) menor tempo de cicatrização.
  - (D) menor incidência de incontinência fecal.
  - (E) maior facilidade em reconhecer o orifício interno da fístula.
-

---

28. No tratamento cirúrgico das fístulas retovaginais, a técnica contraindicada é:

- (A) fistulotomia.
- (B) reparo transesfincteriano com reconstrução por planos.
- (C) reparo por planos com avanço de retalho mucoso.
- (D) avanço de retalho mucoso por via transanal.
- (E) reconstrução por planos por via vaginal.

---

29. Paciente do sexo feminino, 46 anos, apresenta incontinência fecal para fezes pastosas e gases com frequência de três episódios de evacuação nas roupas íntimas por semana. Relata parto muito difícil, com uso de fórceps aos 34 anos de idade. O exame proctológico demonstra hipotonia esfinteriana acentuada e dificuldade de contração voluntária do ânus. Os exames complementares mais indicados para orientar o tratamento deste caso são:

- (A) ressonância magnética e manometria anorretal.
- (B) ressonância magnética e tomografia computadorizada.
- (C) eletromiografia esfinteriana e tomografia computadorizada.
- (D) ultrassonografia pélvica e tempo de latência terminal dos pudendos.
- (E) ultrassonografia anorretal tridimensional e tempo de latência terminal dos pudendos.

---

30. Paciente do sexo masculino, 34 anos, apresenta quadro de dor intensa e grande desconforto no ânus há 48 horas, com irradiação para a região sacrococcígea e membros inferiores, impedindo o paciente de sentar e evacuar. O exame clínico demonstrou febre de 38,9° C, pulso 98 bpm, dor perianal à palpação, toque retal muito doloroso principalmente no quadrante posterior, onde se identifica um abaulamento da parede retal. A melhor conduta é:

- (A) observar o paciente e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) indicar a ressonância magnética pélvica para confirmar abscesso pós-anal profundo e realizar a drenagem por via transretal.
- (C) punção do espaço pós-anal para confirmar possível abscesso pós-anal profundo e realizar a drenagem pela técnica de Hanley.
- (D) indicar a tomografia computadorizada pélvica para confirmar abscesso pós-anal profundo e realizar a drenagem por via transsacral.
- (E) indicar a ultrassonografia transretal para confirmar abscesso pós-anal profundo e realizar a punção evacuadora do abscesso por via transanal.

---

31. A técnica de Bascom para o tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococcígea consiste tecnicamente em

- (A) ressecção individual de cada trajeto sinusal, fechando-se as feridas da linha média e deixando-se as laterais abertas para drenagem.
- (B) zetaplastia para correção das grandes perdas teciduais.
- (C) manutenção da ferida operatória aberta para drenagem.
- (D) marsupialização das paredes da ferida.
- (E) fechamento primário da ferida.



---

32. Os pólipos adenomatosos com degeneração carcinomatosa podem ser tratados por polipectomia endoscópica, caso os seguintes critérios sejam adotados:

- (A) localização mais proximal do pólipo, ausência de invasão linfática, margens livres de tecido tumoral, exame histoquímico do material retirado, tumor bem diferenciado.
  - (B) exame histoquímico do material retirado, tumor bem diferenciado, ausência de invasão vascular, margens livres de tecido tumoral, localização mais proximal do pólipo.
  - (C) visualização da ressecção completa, exame histológico minucioso do material retirado, ausência de tumor indiferenciado, ausência de invasão vascular ou linfática, margens livres de tecido tumoral.
  - (D) ausência de invasão vascular ou linfática, localização mais proximal do pólipo, margens livres com 1 cm de segurança, exame histoquímico do material retirado, tumor bem diferenciado.
  - (E) tumor bem diferenciado, margens livres com 0,5 cm de segurança, ausência de invasão linfática ou vascular, exame histoquímico do material retirado, localização mais proximal do pólipo.
- 

33. A técnica de York-Mason para acessar lesões retais é uma via de acesso

- (A) transsacral.
  - (B) transanal.
  - (C) abdominal.
  - (D) transesfincteriana.
  - (E) interesfincteriana.
- 

34. O uso tópico da solução de podofilina e do imiquimode no tratamento das lesões por HPV é contraindicado na seguinte condição:

- (A) lesões no interior do canal anal.
  - (B) pacientes já vacinados contra o HPV.
  - (C) pacientes em insuficiência cardíaca.
  - (D) pacientes que foram submetidos à radioterapia.
  - (E) pacientes portadores de imunodeficiência adquirida.
- 

35. Alguns pacientes portadores de prurido anal respondem de modo insatisfatório às medidas terapêuticas tradicionais. Em determinados casos selecionados ocorrem melhora significativa dos sintomas com a injeção local de

- (A) fenol 0,2% diluído em solução salina a 0,9%.
  - (B) álcool absoluto em injeção intradérmica perianal.
  - (C) metil orange 5% diluído em solução salina a 0,9%.
  - (D) azul de metileno 1% diluído em solução salina a 0,9%.
  - (E) azul da prússia 2% diluído em solução glicosada a 10%.
- 

36. Paciente do sexo masculino, 42 anos, procura serviço de emergência apresentando quadro clínico compatível com obstrução intestinal alta. Após medidas de suporte clínico, é indicada laparotomia exploradora que demonstra volvo de ceco, sem sofrimento intestinal associado. A conduta cirúrgica é

- (A) cecopexia com fixação na goteira parietocólica direita.
  - (B) ressecção do ceco com anastomose íleo-cólica.
  - (C) colopexia com cecostomia por tubo.
  - (D) cecopexia com apendicostomia por tubo.
  - (E) hemicolectomia direita com ileostomia de proteção.
-

- 
37. Paciente do sexo masculino, 34 anos, procura serviço de coloproctologia queixando-se de hematoquezia e emagrecimento. É diagnosticado adenocarcinoma indiferenciado de cólon direito pela colonoscopia e histologia. Não se constatou a presença de pólipos intestinais. A história familiar revela que teve uma irmã falecida de câncer de cólon direito aos 32 anos, além do pai aos 50 anos e um tio por parte de pai aos 48 anos, ambos pela mesma doença. É necessária a pesquisa de
- (A) síndrome de Lynch III.
  - (B) deleção no gen APC.
  - (C) síndrome de Muir -Torre.
  - (D) estabilidade de microsátélites.
  - (E) HNPCC (hereditary nonpolyposis colorectal cancer).
- 
38. Os pacientes portadores de angiodisplasia do cólon podem apresentar o seguinte conjunto de patologias associadas:
- (A) insuficiência aórtica, púrpura de Henoch-Schoenlein, hiperesplenismo.
  - (B) estenose aórtica, doença de Von Willebrand, insuficiência renal crônica.
  - (C) estenose mitral, púrpura trombocitopênica idiopática, doença de Caroli.
  - (D) coarctação da aorta, púrpura de Osler-Rendu-Weber, insuficiência hepática auto imune.
  - (E) persistência do conduto arterioso, doença de Von Willebrand, insuficiência supra renal crônica.
- 
39. Paciente do sexo feminino, 64 anos, apresenta adenocarcinoma bem diferenciado no sigmóide. É submetida à retossigmoidectomia pela técnica de Dixon, evoluindo sem complicações. O exame da peça cirúrgica, os exames de imagem e o inventário da cavidade abdominal constatam que o tumor invade a parede intestinal até o nível da serosa, dois linfonodos regionais comprometidos e nenhuma metástase a distância detectada. O estadiamento TNM deste tumor é
- (A) T2,N2,M0 - estágio II.
  - (B) T2,N1,M0 - estágio III.
  - (C) T3,N1,M0 - estágio III.
  - (D) T3,N2,MX - estágio III.
  - (E) T4,N1,M0 - estágio IV.
- 
40. Paciente do sexo masculino, 32 anos, foi submetido a procedimento de Hartmann por lesão do sigmóide produzida por projétil de arma de fogo, há seis meses. Apresenta no momento sangramento anal vivo, tenesmo e mucorréia. O exame proctológico revela hiperemia acentuada da mucosa retal, com lesões ulcerativas e sangramento ao toque do aparelho. A biópsia da mucosa demonstra processo inflamatório inespecífico. A hipótese diagnóstica e seu tratamento são:
- (A) HSV II – aciclovir.
  - (B) amebíase – secnidazol.
  - (C) enterocolite pseudomembranosa – vancomicina.
  - (D) retocolite ulcerativa idiopática – enemas de 5 - ASA.
  - (E) colite de desvio – enemas de ácidos graxos de cadeia curta.
- 
41. Em relação à doença diverticular é correto afirmar que
- (A) na diverticulite não complicada o diagnóstico é frequentemente confundido com doença de Crohn.
  - (B) o uso de analgésicos contendo opióides pode aumentar o risco de complicações na doença diverticular.
  - (C) o número de divertículos pode aumentar com a idade e o tamanho dos divertículos permanece inalterado com a idade.
  - (D) o risco de desenvolver a doença diverticular é em torno de 10% aos 40 anos de idade.
  - (E) dez a quinze por cento dos pacientes com diverticulite requerem intervenção cirúrgica.
-

- 
42. Em relação à identificação de abscesso na doença diverticular complexa, é correto afirmar que
- (A) abscesso menor que 1 cm de diâmetro frequentemente não responde ao tratamento clínico com antibióticos.
  - (B) cirurgia de urgência é a opção inicial para grandes abscessos mesmo em serviços com tomografia de urgência.
  - (C) drenagem de abscesso por tomografia computadorizada guiada percutaneamente é a melhor opção quando há pequeno abscesso.
  - (D) ruptura de abscesso com peritonite purulenta é considerada classificação de Hinchey IV.
  - (E) drenagem de abscesso por tomografia computadorizada guiada percutaneamente ou transretal na classificação de abscesso Hinchey II torna possível uma cirurgia eletiva posterior.
- 

43. Em relação à fístula na doença diverticular complexa, é correto afirmar que
- (A) o tipo de fístula mais comum associado à doença diverticular é a fístula colo entérica.
  - (B) trauma abdominal e doença diverticular são, respectivamente, a primeira e segunda causas mais comuns de fístula colo vesical.
  - (C) gás na bexiga raramente é identificado nos exames de imagem de fístula colo vesical decorrente de doença diverticular.
  - (D) ressecção do cólon e cateterização da bexiga por 5 a 7 dias é o tratamento indicado para a fístula colo vesical.
  - (E) o único tipo de tratamento para fístula colo vesical decorrente de doença diverticular é a ressecção colônica com cistectomia parcial.
- 

44. Paciente masculino, 45 anos, com queixa de dor contínua no quadrante inferior esquerdo do abdômen com irradiação para dorso e perna esquerda há 24 horas. A dor vem piorando de intensidade. Nega sangramento retal e ao exame apresenta distensão abdominal e dor à palpação no quadrante inferior esquerdo e fossa ilíaca esquerda. Foi tratado com antibioticoterapia oral por 48 horas em sua residência. Apresentou piora do quadro de dor abdominal e febre. Tem antecedentes de transplante renal e está em uso de imunossupressor. Conduta:
- (A) tomografia computadorizada em caráter de urgência é o exame mais importante.
  - (B) ultrassonografia é o melhor exame na urgência.
  - (C) suspender imunossupressor imediato.
  - (D) cirurgia em caráter de urgência é a conduta inicial.
  - (E) neste caso o risco é inerente ao grau de processo inflamatório e deve-se seguir conduta habitual.
- 

45. Em relação à síndrome do intestino irritável,
- (A) colecistocinina é mais bem indicada na diarreia do que na constipação.
  - (B) apresentam tempo de trânsito intestinal lento, quando há sintomas de diarreia.
  - (C) o tratamento envolve drogas que afetam o metabolismo da serotonina.
  - (D) tegaserode é um antagonista da serotonina e por isto melhor indicado na constipação.
  - (E) o tratamento tanto na diarreia como na constipação não diferem.
- 

46. Em relação à colonoscopia como método de rastreamento e prevenção do câncer colorretal, é correto afirmar que
- (A) em casos de sangramento retal que perdure por mais de uma semana está indicada a colonoscopia.
  - (B) pólipos e pequenos tumores, usualmente, são silenciosos justificando a colonoscopia em assintomáticos.
  - (C) quando falamos de pacientes de médio risco para câncer colorretal, nos referimos às síndromes familiares como HNPCC.
  - (D) um caso de câncer colorretal esporádico em parente de primeiro grau, não recomenda a colonoscopia na descendência.
  - (E) ela pode ser substituída pela pesquisa de sangue oculto no rastreamento de pequenos grupos populacionais da mesma etnia.
-

- 
47. A TC colonografia, também denominada “colonoscopia virtual” tem sido proposta para o rastreamento e prevenção do câncer colorretal. Em relação a este método de investigação diagnóstica é correto afirmar que
- (A) é mais seguro, pois não há risco de perfuração do colo.
  - (B) tem a preferência dos pacientes por dispensar um preparo rigoroso.
  - (C) tem a mesma acurácia que a colonoscopia ótica para pólipos menores que três milímetros.
  - (D) ainda não foi testada em grandes populações em comparação com a colonoscopia ótica.
  - (E) tem como principal vantagem a documentação precisa de todo o trajeto examinado.
- 
48. A hidroadenite supurativa perianal é mais comum em
- (A) negros.
  - (B) asiáticos.
  - (C) mamelucos.
  - (D) caucasianos.
  - (E) europeus do sul.
- 
49. O agente etiológico do megacolo chagásico é
- (A) *Haemophyllus ducreyi*.
  - (B) *Treponema pallidum*.
  - (C) *Haemophyllus chagae*.
  - (D) *Trypanosoma cruzi*.
  - (E) *Chlamydia trachomatis*.
- 
50. Paciente feminina, branca, 76 anos é submetida a colonoscopia por sangramento anal eventual. O exame identifica a presença de esparsos óstios diverticulares no cólon sigmóide e pólipos pediculado de 1,6 cm no reto. O exame anatomopatológico apresentou o seguinte resultado: adenocarcinoma no ápice do pólipo com pedículo livre de doença (Haggitt nível 1). Em relação a este caso é correto afirmar que
- (A) a polipectomia foi o tratamento adequado.
  - (B) a colectomia parcial deve ser realizada por se tratar de adenocarcinoma de cólon.
  - (C) não devemos excisar pólipos quando desconfiarmos da presença de malignidade.
  - (D) devemos submeter esta paciente a uma ampliação das margens cirúrgicas na base da implantação do pedículo.
  - (E) radioterapia e quimioterapia devem ser realizadas como tratamento complementar da polipectomia neste caso.
- 
51. Sobre a classificação das hemorroidas:
- (A) Hemorroidas de primeiro grau são compostas por mamilos internos que se exteriorizam aos esforços.
  - (B) Hemorroidas de segundo grau são compostas por mamilos redutíveis apenas com auxílio manual.
  - (C) Hemorroidas de terceiro grau são compostas por mamilos externos e internos que são irreductíveis.
  - (D) Hemorroidas de quarto grau são compostas por mamilos externos que sofrem trombose com frequência.
  - (E) Hemorroidas de quarto grau caracterizam-se por mamilos internos exteriorizados e irreductíveis.
-

- 
52. Quanto ao tratamento esclerosante das hemorróidas,
- (A) está indicado para hemorróidas internas do primeiro grau.
  - (B) ulcerações são formadas devido à injeção intraluminal do agente esclerosante ou ao excesso administrado.
  - (C) a esclerose se baseia no colapso das veias mediante a injeção de determinadas substâncias em sua luz.
  - (D) sua melhor indicação encontra-se no tratamento dos mamilos de terceiro grau devido à boa redução volumétrica em que resultam.
  - (E) sua utilização somente é possível após a infiltração de anestésico local, anestesia raquidiana ou sedação do paciente.
- 

53. Após uma colostomia várias complicações podem surgir:
- (A) o tratamento cirúrgico do prolapso requer sempre uma laparotomia para a melhor fixação da alça exteriorizada.
  - (B) o prolapso ocorre com mais frequência nas colostomias terminais do que nas colostomias em alça.
  - (C) a isquemia precoce em uma sigmoidostomia por ressecção de Miles deve-se, principalmente, ao baixo fluxo da artéria retal média.
  - (D) a hérnia paraestomal é a complicação tardia mais comum de uma sigmoidostomia após ressecção de Miles.
  - (E) o abscesso paraestomal é uma complicação precoce mais frequente nas sigmoidostomias e deve-se a contaminação pelas fezes.
- 

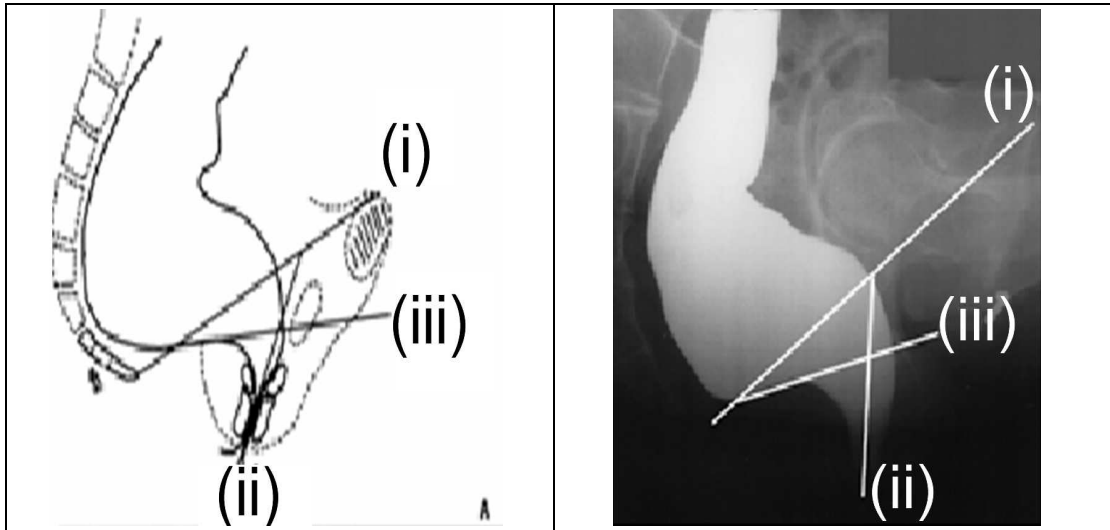
54. Sobre as colostomias,
- (A) o prolapso de uma colostomia em alça é mais comum de acontecer no ramo eferente do intestino exteriorizado.
  - (B) as colostomias confeccionadas lateralmente ao reto abdominal são mais resistentes à formação de hérnia paraestomal.
  - (C) uma colostomia, tipo “cano de espingarda” é mais eficiente em desviar o trânsito intestinal do que uma colostomia em alça.
  - (D) a maturação tardia de uma colostomia em alça diminui a chance de complicações, principalmente infecciosas.
  - (E) a transversostomia em alça é uma boa alternativa para o tratamento de uma hemorragia por neoplasia de reto irressecável.
- 

55. Algumas patologias que comprometem o cólon podem levar a formação de inúmeros pólipos. Sobre essas doenças pode-se afirmar que
- (A) na síndrome de Cronkhite-Canada observamos lesões adenomatosas com potencial evolução neoplásica.
  - (B) a síndrome de Peutz-Jeghers se caracteriza por inúmeros hamartomas acompanhados de diarreia e perda ponderal.
  - (C) a síndrome de Cronkhite-Canada se apresenta com grandes lesões polipóides que frequentemente levam a invaginação intestinal.
  - (D) a síndrome de Cronkhite-Canada pode ser descrita por polipose gastrointestinal, hiperpigmentação, alopecia e distrofia ungueal.
  - (E) a síndrome de Peutz-Jeghers surge por uma alteração autossômica que leva a proliferação anormal do ectoderma e do endoderma, formando os pólipos.
- 

56. A colite pseudomembranosa tem como agente etiológico o *Clostridium difficile*, um bacilo anaeróbico gram positivo e está relacionada ao uso de antibioticoterapia. Sobre essa patologia, pode-se afirmar que
- (A) o metronidazol é contraindicado no tratamento da colite pseudomembranosa.
  - (B) o *Clostridium difficile* produz várias toxinas no lúmen intestinal, sendo já isolados os tipos A,B,C e D.
  - (C) a contaminação ocorre pela introdução de medicamentos contaminados pelo *Clostridium difficile*.
  - (D) os principais agentes farmacológicos responsáveis pela colite pseudomembranosa são os aminoglicosídeos.
  - (E) a sintomatologia pode começar dentro das 48 horas após a administração do antibiótico, entretanto pode desenvolver-se até 10 semanas após o término do tratamento.
-

- 
57. Paciente do sexo masculino, 78 anos, apresenta episódio grave de hipotensão arterial decorrente de arritmia cardíaca que necessitou internação em unidade de tratamento intensivo. Após colocação de marca passo e regularização do ritmo cardíaco, começa a apresentar sangramento anal moderado e dor abdominal. A colonoscopia demonstra lesões inflamatórias de mucosa intestinal com sangramento ao toque do aparelho, a partir de 15 cm da margem anal. Um estudo radiológico revela o sinal da impressão do polegar. Em relação ao caso:
- (A) o sinal radiológico da impressão do polegar sugere o diagnóstico de retocolite ulcerativa.
  - (B) o diagnóstico provável é de angiodisplasia de mucosa e o tratamento é a escleroterapia.
  - (C) o diagnóstico é de colite isquêmica e o tratamento inicial é conservador.
  - (D) o diagnóstico provável é de enfarte enteromesentérico por tromboembolismo cárdio-arterial com indicação de cirurgia imediata.
  - (E) a administração de medicação anticoagulante para o paciente é a causa provável do sangramento.
- 
58. A hemorragia decorrente da proctite actínica pode ser tratada por um dos seguintes métodos terapêuticos:
- (A) aplicação de gaze embebida em formol a 15% na mucosa retal.
  - (B) aplicação de gaze embebida em formol a 4% na mucosa retal.
  - (C) aplicação de clister de formol a 12% com sucralfato.
  - (D) aplicação de clister de formol a 10% com 5-ASA.
  - (E) aplicação de clister de formol com budesonida.
- 
59. Após 24 horas de pós-operatório, um paciente colostomizado apresenta o estoma de cor escurecida e viabilidade questionável. Conduta a ser seguida:
- (A) indicar a reoperação e revisão do estoma.
  - (B) punção da mucosa do estoma e observar se ocorre sangramento vivo.
  - (C) observar o paciente com hemogramas seriados, exames laboratoriais de rotina e métodos de imagem caso necessários.
  - (D) estudo endoscópico através do estoma para avaliar a viabilidade intestinal até a altura das arcadas arteriais do mesentério.
  - (E) estudo endoscópico através do estoma para avaliar a viabilidade intestinal até a altura da aponeurose abdominal mais superficial.
- 
60. Em relação à anatomia do canal anal,
- (A) o canal anal superior tem escassa inervação sensorial junto às válvulas anais.
  - (B) o músculo elevador do ânus é suprido pelas raízes nervosas lombares (L3, L4 e L5).
  - (C) a secção unilateral do nervo pudendo leva à perda da função do esfíncter anal externo.
  - (D) o esfíncter anal interno é suprido pelos nervos simpático (L5) e parassimpático (S-2, S-3 e S-4).
  - (E) o músculo puborectalis e o esfíncter anal externo agem como uma unidade devido à inervação em comum.
- 
61. É correto afirmar que
- (A) as doenças anorretais são mais observadas em enfermos com retocolite ulcerativa do que com doença de Crohn.
  - (B) no megacolon tóxico está indicada a colonoscopia para descompressão.
  - (C) a estenose de cólon é frequentemente maligna na doença de Crohn.
  - (D) a estenose de cólon é frequentemente benigna na retocolite ulcerativa.
  - (E) as doenças anorretais são mais observadas em enfermos com doença de Crohn do que com retocolite ulcerativa.

62. As linhas referenciais para análise dos proctogramas gerados pela defecografia são:



- (A) (i) linha pubococcigeana, (ii) linha médio-anal e (iii) linha retal posterior.
- (B) (i) linha pubococcigeana, (ii) linha sagital do reto e (iii) linha antero-posterior do reto.
- (C) (i) linha ísqueococcigeana, (ii) linha médio-anal e (iii) linha retal posterior.
- (D) (i) linha ísqueococcigeana, (ii) linha sagital do reto e (iii) linha retal posterior.
- (E) (i) linha pubococcigeana, (ii) linha médio-anal e (iii) linha retal transversa.

63. Em relação ao prolapso retal,

- (A) as abordagens cirúrgicas para o prolapso de reto apresentam maiores índices de morbidade do que a retopexia abdominal.
- (B) a síndrome da úlcera solitária e a colite cística profunda são alterações incomuns, associadas com o prolapso retal.
- (C) a abordagem videolaparoscópica para o tratamento do prolapso retal está restrita aos casos de retopexia isolada.
- (D) a diarreia crônica com urgência fecal é o fator predisponente mais identificado em pacientes com prolapso retal.
- (E) o procedimento de Delorme tem resultados semelhantes tanto por via laparoscópica, quanto por via laparotômica.

64. São descrições da classificação uTNM ultrassonográfica do câncer de reto:

- (A) uT0 = o tumor está restrito a mucosa e a submucosa / uN1 = sem evidência de linfonodo metastático.
- (B) uT1 = o tumor penetra, sem atravessar a muscular própria / uN1 = há evidência de linfonodo metastático.
- (C) uT2 = o tumor penetra, sem atravessar a muscular própria / uN1 = há evidência de linfonodo metastático.
- (D) uT3 = o tumor envolve um órgão adjacente / uN0 = sem evidência de linfonodo metastático.
- (E) uT4 = o tumor se estende na gordura perirretal / uN2 = há evidência de linfonodo metastático.

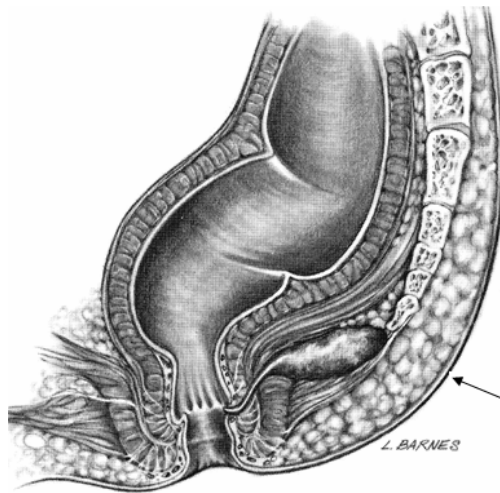
65. Em relação ao câncer anal é correto afirmar que

- (A) apresenta metástases distantes em mais de 50% dos casos.
- (B) o câncer de canal anal tem menor incidência que o câncer de margem anal.
- (C) a radioterapia está contraindicada no câncer de margem anal com 5 cm ou mais de extensão.
- (D) o Pet scan pode ajudar a diferenciar metástases indetectáveis de canal anal de alterações teciduais induzidas pela radiação.
- (E) no sistema de estadiamento do AJCC (The American Joint Committee on Cancer) para o câncer de margem anal, o estágio 3b se refere T1,2,3 + N1 + M0.

66. Em relação ao vírus papiloma humano (HPV),
- (A) o preservativo previne, com eficácia, a transmissão de HPV.
  - (B) a abstinência sexual é o único meio eficaz de prevenir a transmissão de HPV.
  - (C) o HPV é um fator importante para o desenvolvimento do adenocarcinoma de canal anal.
  - (D) a transmissão do HPV ocorre por contato sexual e por via sanguínea.
  - (E) as lesões perianais por HPV ocorrem, somente, através do intercurso anal receptivo.

67. Quanto à síndrome do intestino irritável (IBS),
- (A) os sintomas da IBS não são influenciados pela dieta.
  - (B) os opiáceos constituem a primeira escolha para as dores abdominais na IBS.
  - (C) os anti-inflamatórios não hormonais tem papel importante no tratamento da dor na IBS.
  - (D) a sensação de desconforto abdominal agravada pela defecação é uma das características da IBS.
  - (E) o uso de inibidores seletivos da reabsorção de serotonina, em baixas doses, tem demonstrado alívio da dor em pacientes com IBS.

68. A figura ao lado representa um abscesso



- (A) isquiorretal.
  - (B) pós-anal profundo.
  - (C) supraelevador.
  - (D) interesfincteriano.
  - (E) pré-sacral.
69. Complicação mais comum do linfogranuloma venéreo anorretal:
- (A) fístula anorretal.
  - (B) sangramento anorretal.
  - (C) estenose anorretal.
  - (D) malignização da lesão anorretal.
  - (E) incontinência anal.
70. Na coleta do material purulento para o diagnóstico da proctite gonocócica durante o exame proctológico, deve-se ter o seguinte cuidado:
- (A) evitar o uso de lubrificantes oleosos.
  - (B) semear o material colhido em meio de Sabouraud.
  - (C) evitar o toque retal para não disseminar a infecção.
  - (D) utilizar luvas estéreis para evitar a contaminação da amostra.
  - (E) aplicar anestésico local no canal anal devido à dor da proctite.