



SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA

TÍTULO DE ESPECIALISTA 2017

PROVA TEÓRICA

NOME DO CANDIDATO

NÚMERO DO DOCUMENTO

CADERNO
VERSÃO

A

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 70 questões, numeradas de 01 a 70. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada no Cartão de Respostas que você recebeu.
- Assine e identifique corretamente o Cartão de Respostas.

VOCÊ DEVE

- Procurar, no CARTÃO DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar esta letra no CARTÃO DE RESPOSTAS preenchendo todo o quadrinho correspondente.

Exemplo:



ATENÇÃO

- Marque as respostas com caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos como telefone celular, *tablet*, etc.
- Você terá **4h (quatro horas)** para responder a todas as questões e preencher o Cartão de Respostas.
- Devolva este caderno de prova ao aplicador, juntamente com seu Cartão de Respostas.

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



BOA PROVA



01. Com relação aos tumores retrorretais:

- (A) O sinal da cimitarra, identificado nas radiografias seriadas da pelve, é encontrado nos cordomas retrorretais.
- (B) Os neurilemomas (schwannomas) e os tumores de células gigantes podem provocar destruição óssea sacral.
- (C) Os hamartomas císticos retrorretais sofrem degeneração maligna em mais de 80% dos casos.
- (D) Os teratomas são mais comuns na população pediátrica, estão associados a outras anomalias congênitas e raramente sofrem degeneração maligna.

02. Com relação aos portadores de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF):

- (A) Indivíduos com mutação exclusivamente localizada em um dos alelos do gene apresentam risco moderado para desenvolver câncer colorretal.
- (B) Nos portadores de pólipos duodenais, classificados no estágio II da classificação de Spiegelman, o acompanhamento por endoscopia digestiva alta deve ser realizado anualmente.
- (C) Portadores de polipose associada às mutações do gene MutY (hMTUYH), diferentemente do que ocorre nos portadores de PAF, não apresentam pólipos gástricos de glândulas fúndicas, adenomas duodenais e neoplasias extracólicas.
- (D) Os tumores desmoides representam a terceira causa de mortalidade em portadores de polipose adenomatosa familiar, após o câncer colorretal.

03. No que se refere à Polipose Adenomatosa Familiar (PAF):

- (A) Os pólipos geralmente surgem após a segunda década de vida e o câncer colorretal é diagnosticado após os 40 anos na maioria dos casos.
- (B) A Hipertrofia Congênita do Epitélio Pigmentado da Retina (HCEPR), quando ocorre em ambos os olhos, pode ocasionar amaurose bilateral.
- (C) O acompanhamento por colonoscopia de portadores de PAF deve ser iniciado antes dos 12 anos de idade por haver risco de desenvolvimento de neoplasia antes dos 20 anos de idade.
- (D) Doentes com mutação no códon 1309 apresentam fenótipo grave e devem ser submetidos a retocolectomia total com reconstrução do trânsito por meio de reservatório ileal.

04. Com relação à Síndrome de Peutz-Jeghers:

- (A) Trata-se de uma forma de polipose hamartomatosa, de caráter recessivo, causada por mutações no gene LKB1 (STK11).
- (B) O risco do aparecimento de neoplasias malignas é menor do que 5% para mama, cólon, pâncreas e estômago.
- (C) Seu diagnóstico pode ser estabelecido quando uma das seguintes características está presente: manchas escurecidas (melanina) periorais e bucais, pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal e história familiar.
- (D) A maioria dos pólipos hamartomatosos desenvolve-se no cólon proximal.

05. Com relação à Síndrome de Lynch (SL):

- (A) O câncer que acomete as vias urinárias é o tipo de câncer extracolônico mais frequente.
- (B) O câncer colorretal nos portadores da SL geralmente localiza-se no cólon proximal, apresenta diferenciação mucinosa (mucoprodutores) e maior tendência ao desenvolvimento de tumores sincrônicos ou metacrônicos.
- (C) Os genes MLH1 e MLH3 são os genes de reparo mais comumente mutados nos portadores de SL, representando 33% e 31% dos casos, respectivamente.
- (D) Na SL, os adenomas localizados no cólon, com imunoistoquímica que não identifica a proteína de reparo hMLH1, apresentam baixo risco de transformação maligna.

06. Com relação aos adenomas sésseis serrilhados:

- (A) Representam mais de 10% de todos os pólipos colônicos.
- (B) Quando isolados, são mais frequentes no cólon distal.
- (C) Sua carcinogênese está relacionada às mutações no gene BRAF e hipermetilação na região promotora do gene hMLH1.
- (D) O risco do aparecimento de câncer de intervalo é semelhante ao dos pólipos hiperplásicos.

07. Quando se consideram as classificações de Haggitt e Kudo para os pólipos colorretais, em relação ao acometimento da camada submucosa (SM), pode-se afirmar que:

- (A) Os tipos I, II e III de Haggitt estão relacionados ao nível de invasão SM1.
- (B) Os tipos I e II de Haggitt estão relacionados ao nível de invasão SM1 e o tipo III, ao nível de invasão SM3.
- (C) O tipo I de Haggitt é relacionado ao nível de invasão SM1, enquanto os tipos II e III, ao grau de invasão SM3.
- (D) O tipo IV é sempre relacionado ao nível de invasão SM3.

08. Com relação à obstrução do intestino grosso:

- (A) Pacientes com válvula ileocecal competente caracteristicamente apresentam menos dor abdominal e vômitos do que aqueles com válvula ileocecal incompetente.
- (B) A tomografia computadorizada é o método de escolha para o diagnóstico e o planejamento terapêutico em pacientes com quadro clínico de obstrução do intestino grosso.
- (C) O risco de perfuração e de agravamento da obstrução intestinal é maior quando se utiliza CO² para insuflação na colonoscopia.
- (D) A prótese endoscópica (*stent*) é recomendada para o tratamento de obstruções do intestino grosso por doenças benignas.

09. Com relação ao tratamento do volvo do intestino:

- (A) A descompressão endoscópica do volvo no ceco deve ser tentada antes da indicação do tratamento cirúrgico.
- (B) Pacientes com megacólon e volvo no cólon sigmoide apresentam taxa de recorrência do volvo igual aos indivíduos sem megacólon.
- (C) O volvo no ceco geralmente resulta da rotação longitudinal no sentido anti-horário do cólon, ao redor do seu mesentério.
- (D) Pacientes com volvo no cólon sigmoide, submetidos à cirurgia de Hartmann, na vigência de obstrução intestinal, desenvolvem hérnia paraestomal com maior frequência do que aqueles operados eletivamente.

10. Com relação à pseudo-obstrução colônica aguda:

- (A) A diferenciação entre causas mecânicas e funcionais de obstrução do intestino grosso requer, geralmente, a realização de tomografia computadorizada.
- (B) A administração de polietilenoglicol, após a descompressão com êxito do intestino grosso, não reduz a taxa de recorrência do quadro de pseudo-obstrução colônica aguda.
- (C) A entubação do ceco é mandatória para a descompressão endoscópica ser considerada efetiva.
- (D) A administração de neostigmina intravenosa não deve ser repetida em caso de falha de resposta.

11. Com relação à colite isquêmica:

- (A) O risco de colite isquêmica em pacientes submetidos ao tratamento endovascular de aneurisma da aorta é igual àqueles tratados por laparotomia.
- (B) É mais comum no sexo feminino.
- (C) O prognóstico da colite isquêmica do cólon direito é igual ao da colite isquêmica do cólon esquerdo.
- (D) A maioria dos casos de colite isquêmica tem causa oclusiva vascular, seja por trombose, seja por embolia arterial.

12. Assinale a afirmação CORRETA sobre o rastreamento do Carcinoma Colorretal (CCR):

- (A) O rastreamento de pacientes com história familiar deve ser anual e a partir dos 40 anos.
- (B) Paciente com risco médio tem, na colonoscopia aos 60 anos, o melhor método de rastreamento.
- (C) Testes genéticos positivos, tanto para Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) como para Síndrome do Câncer Colorretal Hereditário não Polipose (HNPCC), definem pacientes com risco moderado e que devem iniciar a colonoscopia já após os 50 anos de idade.
- (D) O teste de sangue oculto fecal anual ou bianual e a colonoscopia nos testes positivos devem ser iniciados a partir dos 50 anos e reduzem a mortalidade para o CCR.

13. Com relação à colite por *Clostridium difficile*:

- (A) Os bloqueadores de bomba de prótons são considerados fatores protetores.
- (B) A incidência mundial da doença nas últimas décadas está estável.
- (C) O ribotipo 027 do *Clostridium difficile* se associa às formas mais graves da doença.
- (D) A retocolite ulcerativa e a doença de Crohn são consideradas fatores protetores.

14. Com relação ao tratamento das formas leve a moderada de colite por *Clostridium difficile*, pode-se afirmar que, em casos de doença refratária após 7 dias de tratamento com metronidazol, é recomendado:

- (A) Prolongar o tratamento com metronidazol por período superior a 14 dias.
- (B) Associar vancomicina oral a metronidazol oral.
- (C) Suspender o metronidazol e iniciar tratamento com vancomicina oral.
- (D) Suspender o metronidazol e iniciar tratamento com vancomicina oral em associação à colestiramina oral.

15. Com relação à proctite por radiação, não relacionada ao tratamento do câncer do reto:

- (A) Pacientes que são submetidos à radioterapia abdomino-pélvica possuem risco aumentado de desenvolver câncer colorretal; por esse motivo, recomenda-se rastreamento com colonoscopia a partir de 5 anos do término da radioterapia.
- (B) A combinação de radioterapia e quimioterapia não aumenta o risco de desenvolvimento de proctite, mesmo havendo evidências de que a radioterapia aumente a sensibilidade à quimioterapia.
- (C) Pacientes com maior Índice de Massa Corporal (IMC) têm maior risco de desenvolver proctite por radiação, em comparação àqueles com menor IMC.
- (D) Tenesmo é o sintoma mais comum referido por pacientes com proctite aguda por radiação.

16. Com relação à proctite por radiação:

- (A) O principal fator de risco para o desenvolvimento da doença é o fracionamento da dose de radiação.
- (B) A maioria dos pacientes com proctite crônica por radiação manifesta sintomas logo no primeiro ano após o término da radioterapia.
- (C) A combinação da radioterapia com a quimioterapia não aumenta o risco de desenvolvimento de proctite.
- (D) Cerca de 80% dos pacientes não necessitam de uma segunda aplicação de formalina para o tratamento do sangramento.

17. Na colite isquêmica encontramos:

- (A) A angiotomografia aumenta a acurácia diagnóstica no quadro agudo.
- (B) Úlcera longitudinal solitária na área mesentérica é achado endoscópico característico da colite isquêmica.
- (C) A maioria das estenoses secundárias à colite isquêmica é sintomática.
- (D) Na fase aguda sintomática, o preparo intestinal é contraindicado para a realização do exame endoscópico.

18. Quanto ao rastreamento para o Carcinoma Colorretal (CCR), pode-se afirmar que:

- (A) O paciente com retocolite ulcerativa e colangite esclerosante primária tem menor incidência de CCR.
- (B) O sangue oculto é o exame recomendado para rastreamento para os pacientes com história pessoal de adenomas e CCR.
- (C) Nos pacientes com adenomas múltiplos, grandes ou displásicos, a colonoscopia deve ser repetida após 5 anos da ressecção.
- (D) A colonoscopia para seguimento após ressecção curativa de CCR, com colonoscopia prévia completa, está indicada no final do primeiro ano após a cirurgia e após 3-5 anos, dependendo do achado na colonoscopia de controle.

19. Com relação ao tratamento clínico da doença de Crohn:

- (A) A budesonida, por ser glicocorticoide com menos efeitos colaterais, é um bom medicamento para manter a manutenção da remissão clínica.
- (B) A mesalazina, por ter menos efeitos colaterais, é uma boa opção para indução de remissão na doença moderada, limitada ao íleo.
- (C) A doença restrita ao íleo terminal, moderadamente ativa, deve ser tratada inicialmente com budesonida.
- (D) O uso de terapia biológica anti-TNF não está indicado nos casos de doença moderadamente ativa.

20. Considerando a doença de Crohn perianal, pode-se afirmar que:

- (A) Pode se manifestar com diversas formas de apresentação: plicomas, fissuras, úlceras, abscessos, fístulas e estenoses.
- (B) O acometimento intestinal está sempre presente quando surgem as manifestações perianais.
- (C) Os genes associados à manifestação perianal são o NOD2 e o CARD15.
- (D) Por se tratar de manifestação grave da doença, o controle da sepse é o único objetivo do tratamento, para evitar dano à continência fecal.

21. Paciente com doença de Crohn no íleo terminal, em vigência de tratamento clínico, apresenta-se no serviço de pronto atendimento do hospital com quadro de dor abdominal e vômitos. Qual a conduta apropriada nesse momento?

- (A) Exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta para avaliar o trato digestório alto.
- (B) Enterotomografia computadorizada para avaliar o intestino delgado.
- (C) Anamnese cuidadosa para avaliar a evolução do quadro, soroterapia, exames laboratoriais e de imagem.
- (D) Colonoscopia para avaliar o íleo terminal.

22. Com relação à indicação cirúrgica na retocolite ulcerativa:

- (A) Cerca de 50 a 60% dos portadores de retocolite ulcerativa serão operados ao longo de sua vida.
- (B) Complicações ou efeitos colaterais dos medicamentos e manifestações extraintestinais não indicam cirurgia.
- (C) A probabilidade dos pacientes com displasia de baixo grau evoluírem para displasia de alto grau ou câncer colorretal, num período de 5 anos, é menor do que 10%.
- (D) Pacientes com displasia de alto grau, classificada como "endoscopicamente invisível" e diagnosticada por meio de biópsias seriadas, confirmada por dois patologistas experientados, possuem indicação de proctocolectomia total.

23. Paciente apresenta-se na unidade de pronto atendimento com quadro de dor e distensão abdominais, relatando diarreia com sangue em mais de 10 episódios ao dia, há 2 semanas. Está com sinais de desidratação, frequência cardíaca de 100 bpm e sem febre. Relata que, há 1 ano, apresentou quadro de diarreia e recebeu o diagnóstico de retocolite ulcerativa e, desde então, faz tratamento com azatioprina. Pode-se afirmar que:

- (A) Esse paciente deve ser internado para medidas suportivas e colonoscopia de urgência nas primeiras 24 horas.
- (B) Nos pacientes hospitalizados por colite grave, a mortalidade da colectomia de urgência é 4 vezes maior que a do tratamento clínico.
- (C) Deve-se descartar ou, se necessário, tratar infecção concomitante por citomegalovírus ou *Clostridium difficile*.
- (D) Se não houver melhora significativa em 24 horas, o paciente deve ser submetido à colectomia total.

24. Com relação à cirurgia para retocolite ulcerativa:

- (A) O uso crônico do corticoide não é fator de risco independente para complicações sépticas da bolsa ileal.
- (B) A ileostomia terminal à Brooke é a técnica indicada para proteção anastomótica no primeiro tempo do tratamento.
- (C) A colectomia total com ileorretoanastomose é uma técnica proscrita pelos riscos inerentes à conservação do reto.
- (D) Manejo pré-operatório do índice de massa corporal, melhora nutricional e otimização dos medicamentos são etapas críticas para obtenção de bom resultado pós-operatório com a bolsa ileal.

25. Com relação à colite isquêmica:

- (A) A causa mais frequente de colite isquêmica do cólon esquerdo é embólica.
- (B) A pneumatose intestinal pode ser identificada em até 30% dos casos de colite isquêmica.
- (C) A maioria dos pacientes com colite isquêmica necessitarão de transfusão de sangue.
- (D) No cólon direito, o ângulo hepático é o segmento mais acometido.

26. Com relação à cirurgia colorretal laparoscópica, em comparação com a cirurgia aberta, pode-se afirmar que:

- (A) Os procedimentos colorretais por via aberta têm maior risco de trombose venosa profunda em comparação com a via laparoscópica.
- (B) A anestesia peridural na colectomia laparoscópica não melhora o controle da dor pós-operatória nesse grupo de pacientes.
- (C) A colectomia laparoscópica é associada a menor risco de lesão ureteral, quando comparada com colectomia aberta.
- (D) A colectomia laparoscópica reduz em 5 vezes a incidência de obstrução intestinal pós-operatória.

27. Considerando a 7ª edição do American Joint Committee on Cancer (AJCC), escolha a alternativa CORRETA sobre o sistema TNM de estadiamento do câncer do cólon:

- (A) “Tis” significa que o tumor invadiu além da muscular da mucosa.
- (B) Estádio IIb: T4a N0 M0.
- (C) “M1b” significa metástase em apenas um órgão, associada à metástase peritoneal.
- (D) Estádio IIIC: T4 N2b M1a.

28. Além do estadiamento TNM para se estabelecer o prognóstico do câncer do cólon, escolha a alternativa CORRETA sobre outros critérios prognósticos para a doença:

- (A) A presença de “brotamento” (*budding*) no tumor significa pequenos aglomerados de células malignas diferenciadas e que são classificados em graus 1, 2 e 3.
- (B) Os tumores que apresentam invasão angiolinfática e/ou perineural, mas bem diferenciados, podem ser considerados como sendo de bom prognóstico.
- (C) A análise do grau de diferenciação celular, invasão angiolinfática e perineural e “brotamento” (*budding*) são itens que ajudam na definição para adjuvância no estágio II.
- (D) Os tumores estágio II com proficiência dos genes de reparo (MSS - Microssatélite Estável) não apresentam os mesmos benefícios para adjuvância como os que não expressam os genes de reparo.

29. Sobre o tratamento cirúrgico do câncer do cólon:

- (A) A linfadenectomia obtida pela ligadura dos respectivos vasos em sua origem demanda um mínimo de 25 linfonodos para avaliação histopatológica adequada.
- (B) A dissecação ampla dos linfonodos da parede pélvica lateral deve ser realizada rotineiramente para tumores volumosos do sigmoide e reto superior.
- (C) Para os tumores do cólon descendente e flexura esplênica, é possível preservar a artéria mesentérica inferior com uma ligadura mais alta.
- (D) A excisão mesocólica total ou central tem mostrado resultados inferiores de sobrevida quando comparada à excisão convencional.

30. Com relação aos pólipos colorretais:

- (A) Todos os pólipos adenomatosos com displasia de alto grau podem ser considerados tratados após a polipectomia tecnicamente adequada.
- (B) A classificação de Haggitt, de 1983, é utilizada para determinar os níveis de invasão de câncer nos pólipos pediculados e sésseis.
- (C) Os adenomas serrilhados sésseis, mais frequentemente localizados no cólon esquerdo, são responsáveis por parcela significativa dos cânceres de intervalo.
- (D) O câncer colorretal decorrente da via serrilhada de carcinogênese corresponde a menos de 10% de todos os cânceres colorretais.

31. Considerando-se as lesões de morfologia plana com crescimento lateral (LSTs), pode-se afirmar que:

- (A) As LSTs do tipo granular, associadas a nódulos, têm potencial invasivo maior que as do tipo não granular associadas à pseudodepressão.
- (B) As LSTs maiores que 2cm de diâmetro, com indicação de tratamento endoscópico, devem ser ressecadas exclusivamente por Dissecção Endoscópica da Submucosa (ESD), devido à possibilidade de adenocarcinoma multifocal.
- (C) A elevação dessas lesões por meio de injeção de solução salina na submucosa descarta completamente a possibilidade de invasão da submucosa.
- (D) O componente polipoide (ou granular) associado à LST (Paris 0-IIa+Is) deve ser avaliado de forma distinta do restante da lesão, pois pode conter a área mais agressiva.

32. Com relação às Síndromes Polipoides Colorretais:

- (A) Deve-se encontrar pelo menos 20 pólipos para que seja considerada síndrome polipoide.
- (B) A Síndrome de Lynch não deve ser considerada como diagnóstico quando estão presentes adenomas múltiplos.
- (C) As Síndromes Polipoides Adenomatosas decorrem de heranças autossômicas dominantes, com exceção da síndrome MYH Associated Polyposis (MAP).
- (D) Nas síndromes relacionadas aos adenomas colorretais múltiplos, as mutações APC e MUTYH estarão presentes em mais de 80% dos casos.

33. Sobre o câncer do canal anal, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O tipo histológico de melhor resposta ao tratamento com radioterapia e quimioterapia é o tumor neuroendócrino.
- (B) A inclusão das regiões inguinais no campo da radioterapia neoadjuvante está contraindicada nos casos de câncer do canal anal, em função do risco de toxicidade associada ao seu emprego.
- (C) Biópsias aleatórias do canal anal devem ser sistematicamente realizadas durante a avaliação da resposta ao tratamento.
- (D) A utilização de cisplatina, concomitante à radioterapia, é dispensável no tratamento do câncer do canal anal.

34. Paciente com lesão ulcerada, com 3cm de extensão, no canal anal, acometendo a linha pectínea, com diagnóstico de carcinoma de células transicionais. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O tratamento ideal é a ressecção local transanal, já que lesões com essa histologia raramente apresentam metástases linfonodais.
- (B) Trata-se de doença com boa resposta ao tratamento com radioterapia e quimioterapia e está indicada a inclusão da região inguinal no campo da radioterapia quando houver suspeita de doença metastática linfonodal.
- (C) Metástases linfonodais nessa situação significam doença metastática à distância e com baixa probabilidade de cura.
- (D) A amputação do reto é o melhor tratamento, em função da invasão da linha pectínea e má resposta ao tratamento com radioterapia e quimioterapia.

35. Sobre o megacólon chagásico, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O reflexo inibitório retoanal pode estar presente.
- (B) Se caracteriza pela degeneração plexular pós-ganglionar simpática intrínseca.
- (C) As lesões plexulares são mais intensas no cólon do que no reto.
- (D) A acalasia do esfíncter interno do ânus é demonstrada em todos os pacientes.

36. Na hemorroidectomia a Fergusson assinale, dentre as complicações abaixo, a mais frequente:

- (A) Fissura anal.
- (B) Estenose anal.
- (C) Hemorragia.
- (D) Abscesso anal.

37. Quanto à prevalência da doença pilonidal, pode-se afirmar que:

- (A) A ausência de pelos na região e o sulco interglúteo mais proeminente não tem relação com a doença.
- (B) Ocorre mais frequentemente nos extremos de idade, ou seja, afetando principalmente crianças e idosos.
- (C) Acomete mais homens que mulheres na proporção de 4:1, sem predomínio de raça.
- (D) Frequentemente apresentam sinus único, podendo apresentar vários trajetos.

38. O tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococcígea é a principal alternativa em pacientes sintomáticos com infecção recorrente. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Não existe consenso e nenhuma técnica é universalmente aceita como superior ou melhor que as demais, devendo ser individualizada.
- (B) A ressecção da área acometida, aprofundando-a até a fáscia pré-sacral, é a melhor opção, com maiores índices de cura.
- (C) A técnica descrita por Lord e Millar, em 1965, que consiste em incisão e curetagem da cavidade, foi abandonada devido aos elevados índices de recidiva.
- (D) As diversas técnicas de fechamento primário com rotação de retalho têm demonstrado bons resultados, independentemente de avaliação criteriosa e individualizada de cada caso.

39. A doença diverticular dos cólons, descrita pela primeira vez por Cruveilhier como herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal, permanece sem causa que explique a origem da enfermidade. Quanto à sua etiopatogenia, pode-se afirmar que:

- (A) A segmentação do cólon e as desordens de motilidade, contribuindo para o aumento da pressão intraluminal, são atualmente vistas como consequências da doença diverticular dos cólons.
- (B) Dietas industrializadas com pouca fibra e baixa ingestão hídrica não tem demonstrado relação com essa afecção.
- (C) Apesar da grande prevalência da doença diverticular dos cólons, cerca de 30 a 50% dos pacientes portadores permanecerão assintomáticos durante toda a vida.
- (D) Idade, local da penetração dos vasos e a pressão intraluminal são as 3 causas básicas dessa afecção.

40. Na diverticulite aguda, complicada com abscesso, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Abscessos menores do que 4cm, na maioria dos casos, não são resolvidos com antibioticoterapia e necessitam de drenagem percutânea.
- (B) 20 a 30% dos abscessos diverticulares são passíveis de drenagem percutânea.
- (C) A taxa de sucesso na resolução do abscesso, após conseguir a drenagem percutânea, é de 20 a 30%.
- (D) 80 a 90% dos pacientes com abscessos diverticulares respondem ao tratamento conservador sem necessidade de cirurgia.

41. Na avaliação da defecação obstruída, pode-se afirmar que:

- (A) O estudo do trânsito cólico não é útil na diferenciação dos tipos de constipação funcional.
- (B) A eletromiografia é útil para demonstrar a inércia colônica.
- (C) O reflexo inibitório retoanal presente demonstra inervação apropriada do reto e auxilia na exclusão da doença de Hirschsprung de segmento curto.
- (D) O estudo de expulsão do balão com tempo mínimo de 2 minutos tem correlação ruim com a manometria anorretal e a eletromiografia.

42. No tratamento farmacológico da constipação intestinal, assinale o agente classificado como "osmótico":

- (A) Lactulose.
- (B) Tegaserode.
- (C) Bisacodil.
- (D) Sene.

43. Na etiologia da incontinência fecal, pode-se afirmar que:

- (A) A incidência de encoprese é maior após os 40 anos de idade.
- (B) Na esclerose múltipla, a incontinência fecal deve-se principalmente às alterações dos receptores colinérgicos do esfíncter interno do ânus.
- (C) A pressão anal de esforço não é afetada em indivíduos com prolapso retal externo, apenas naqueles que apresentam prolapso retal interno.
- (D) A incontinência pós-parto é menor nas pacientes que tiveram parto assistido por fórceps.

44. Na investigação da incontinência fecal, pode-se afirmar que:

- (A) O tempo de latência do nervo pudendo é utilizado de forma consensual pelos autores para definição de algoritmos de tratamento.
- (B) A ultrassonografia anorretal se correlaciona bem com as pressões de repouso e com os escores de incontinência.
- (C) A eletromiografia, por medir a atividade elétrica do esfíncter interno, é utilizada para mapeamento esfinteriano.
- (D) A defecografia permite identificar intussuscepção, retocele e sigmoidocele.

45. Dentre as causas de hemorragia digestiva baixa, escolha a alternativa CORRETA:

- (A) A doença diverticular é a mais comum. O sangramento cessa espontaneamente em 70 a 80% das vezes, porém ressangra em 80% dos casos após um primeiro episódio.
- (B) As angiodisplasias do cólon são responsáveis por 20 a 30% dos casos, apresentam habitualmente sangramento de grande intensidade e respondem ao tratamento endoscópico.
- (C) As hemorroidas são responsáveis por 50% dos casos de hematoquezia aguda grave.
- (D) O sangramento tardio após polipectomia é autolimitado, cessando com tratamento conservador em 70% dos casos.

46. Homem de 67 anos, com hipertensão, história de infarto agudo do miocárdio há 8 anos e uso de AAS, apresentou evacuação de sangue vivo, com coágulos, e procurou atendimento de emergência. Estava descorado e, ao exame clínico, apresentava frequência cardíaca de 100 bpm e pressão arterial de 100/60mmHg. Na admissão no setor de emergência, apresentou nova evacuação volumosa de sangue e coágulos. Iniciou-se reposição volêmica com soro fisiológico e os exames laboratoriais demonstraram hematócrito de 35%; função renal e coagulograma normais. Nesse caso, pode-se afirmar que:

- (A) A estabilização da frequência cardíaca e pressão arterial adequada, após reposição volêmica com soro fisiológico, indica ser caso de menor gravidade.
- (B) O efeito catártico do sangue torna o preparo intestinal desnecessário para a realização de colonoscopia de emergência.
- (C) A colonoscopia, após estabilização clínica, deve ser realizada precocemente, o que aumenta sua sensibilidade, reduz o tempo de internação e a mortalidade.
- (D) A arteriografia, exame fundamental para o diagnóstico, pode detectar o foco em sangramento de até 0,1ml/min.

47. Com relação à fissura anal:

- (A) A fissura relacionada à sífilis é indolor, com bordos endurecidos, lesão contralateral simétrica e linfonodomegalia inguinal.
- (B) Fissuras anais múltiplas e fora da linha média devem levantar suspeita de etiologia específica, que corresponde a 20% dos casos de fissura.
- (C) Na doença de Crohn, a fissura é dolorosa, na linha média, estreita e superficial.
- (D) Em mulheres, 86% das fissuras anais ocorrem na linha média anterior.

48. Mulher de 34 anos procura consulta com queixa de, há 1 ano, ter dor anal associada à hematoquezia após as evacuações. Relata períodos de dificuldade evacuatória, com fezes secas. À inspeção anal, identifica-se plicoma, solução de continuidade longitudinal no canal anal na linha média posterior, com bordos elevados e fibras transversais esbranquiçadas do esfíncter interno. Em relação a esse caso, pode-se afirmar que:

- (A) Inicialmente, está indicado o tratamento conservador, que tem sua base principal no uso de pomadas locais com anestésico e corticoide.
- (B) Está indicada a esfínterectomia interna lateral, que pode ser realizada tanto pela técnica fechada quanto aberta, com resultados semelhantes.
- (C) A esfínterectomia química deve ser utilizada, inicialmente, onde os doadores de óxido nítrico, como o Diltiazem, são seguros.
- (D) A fissurectomia com esfínterectomia no leito da fissura apresenta ótimos resultados, com baixos índices de incontinência fecal.

49. Com relação à reabordagem cirúrgica da recidiva do prolapso retal completo:

- (A) Pacientes com condições clínicas adequadas, submetidos à retopexia abdominal, deverão ser reabordados com nova retopexia.
- (B) Pacientes com condições clínicas adequadas, submetidos à retopexia ventral, deverão ser reabordados com retossigmoidectomia transperineal.
- (C) Pacientes com condições clínicas adequadas, submetidos à retossigmoidectomia perineal, deverão ser reabordados com sigmoidectomia com retopexia abdominal.
- (D) Pacientes com condições clínicas adequadas, submetidos à sigmoidectomia com retopexia abdominal, deverão ser reabordados com retossigmoidectomia transperineal.

50. O trajeto fistuloso principal da fístula em ferradura, de origem no espaço anal posterior profundo, é:

- (A) Interesfincteriano.
- (B) Extraesfincteriano.
- (C) Supraesfincteriano.
- (D) Transesfincteriano.

51. Quando analisamos a fístula retovaginal, podemos afirmar que:

- (A) Tanto as fístulas altas como as baixas são rotineiramente corrigidas por via abdominal.
- (B) A doença de Crohn pode causar fístulas retovaginais altas, médias ou baixas.
- (C) A vaginografia com contraste hidrossolúvel apresenta baixa sensibilidade na detecção da fístula.
- (D) A Síndrome da Úlcera Retal Solitária é causa comum de fístula retovaginal alta.

52. Qual a melhor abordagem para o paciente com hidradenite supurativa grave extensa da região perianal/perineal?

- (A) Tratamento conservador com antibióticos de amplo espectro e calor local.
- (B) Colostomia derivativa associada a antibióticos de amplo espectro.
- (C) Tratamento cirúrgico limitado à incisão e curetagem dos trajetos fistulosos cutâneos.
- (D) Excisão cirúrgica ampla de toda área afetada com cicatrização por segunda intenção, com ou sem retalho cutâneo.

53. Com relação à hidradenite supurativa:

- (A) A abordagem conservadora apresenta bons resultados no tratamento da hidradenite supurativa perianal, em particular nos casos mais extensos da doença.
- (B) Está relacionada à infecção das glândulas apócrinas, porém, na região perianal, pode também ter origem criptoglandular.
- (C) Pode acometer as regiões perianal e perineal, inguinais, axilares e inframamárias, e tem início, geralmente, na puberdade.
- (D) A colonoscopia com ileoscopia é obrigatória na investigação desses pacientes, devido à estreita relação com a doença de Crohn fistulizante perianal.

54. Com relação aos condilomas anais:

- (A) A podofilina é um dos agentes citotóxicos mais utilizados para tratamento dos condilomas, porém deve ser evitada durante a gestação.
- (B) A podofilina a 25%, quando em base de vaselina sólida, pode ser usada em superfícies mucosas e em gestantes.
- (C) O imiquimode, por ter ação imunomoduladora, não provoca efeitos locais como vermelhidão, queimação e dor.
- (D) A vacina quadrivalente é eficaz contra os tipos de HPV 7, 17, 20 e 27, reduzindo a incidência das doenças relacionadas ao HPV.

55. Sobre ligadura elástica de hemorroidas:

- (A) É uma técnica utilizada somente para tratamento de hemorroidas internas de primeiro grau.
- (B) O local de aplicação do elástico para ligadura é a linha pectínea, em virtude das características anatômicas dos plexos hemorroidários internos.
- (C) O sangramento, quando ocorre, é volumoso e, em geral, se manifesta após 20 dias do tratamento.
- (D) A sepse pélvica após a ligadura é possível e deve ser suspeitada quando o paciente apresenta aumento da dor, febre e retenção urinária.

56. Com relação às doenças sexualmente transmissíveis que podem apresentar úlcera perianal e proctite, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Cancroide.
- (B) Sífilis.
- (C) Linfocitoma venéreo.
- (D) Gonorreia.

57. Com relação à avaliação diagnóstica da endometriose:

- (A) A ultrassonografia e a ressonância magnética são úteis no diagnóstico, mas não auxiliam no planejamento cirúrgico.
- (B) A hematoquezia é o sintoma mais comum quando a endometriose invade o septo retovaginal.
- (C) A colonoscopia é superior à ultrassonografia transvaginal no diagnóstico da endometriose pélvica profunda.
- (D) A laparoscopia detecta lesões típicas e atípicas da endometriose, porém nãostadia o grau de infiltração na parede do intestino e alguns focos podem não ser diagnosticados.

58. Com relação ao pólipos com adenocarcinoma no reto com invasão da submucosa (T1) e submetido à Ressecção Local (RL) cirúrgica, qual das combinações abaixo tem o menor risco teórico para metástases linfonodais? Considere a sequência: tamanho da lesão / profundidade de invasão na submucosa (SM) / diferenciação celular / margem de segurança.

- (A) 2 cm – SM1 – bem diferenciado – 10mm.
- (B) 4 cm – SM2 – pouco diferenciado – 3mm.
- (C) 6 cm – SM1 – bem diferenciado – 2mm.
- (D) 8 cm – SM1 – pouco diferenciado – 5mm.

59. Nos pacientes com prolapso total do reto, assinale a alternativa CORRETA com relação às alterações fisiológicas encontradas na maioria dos pacientes:

- (A) O reflexo inibitório retoanal está ausente.
- (B) A pressão de contração máxima está normal.
- (C) A eletromiografia do esfíncter anal externo e puborretal apresentam potencial alto e ondas monofásicas.
- (D) O tempo de latência do nervo pudendo está encurtado.

60. Dentre as anomalias anatômicas habitualmente encontradas nos pacientes com prolapso total do reto, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Fundo de saco de Douglas alto.
- (B) Segmento retossigmoideano curto.
- (C) Deslocamento do reto e perda de sua posição horizontal.
- (D) Mesorreto curto.

61. No tratamento conservador da incontinência fecal, pode-se afirmar que:

- (A) A fenilefrina tópica a 2% demonstra benefícios sobre as pressões de repouso.
- (B) O biofeedback é a principal opção não cirúrgica na incontinência leve a moderada, com melhora clínica em torno de 70%.
- (C) Os agentes de preenchimento são injetados no canal anal na posição oposta à da lesão esfinteriana.
- (D) A primeira fase da neuromodulação consiste na estimulação periférica das raízes nervosas L4, L5 e S1.

62. Com respeito ao prurido anal, pode-se afirmar que:

- (A) O agente fúngico mais comum é a *Tinea cruris* e responde ao cetoconazol.
- (B) O eritasma é causado por bactéria e responde ao antibiótico.
- (C) A doença de Paget anal é de origem viral e responde ao aciclovir.
- (D) O *Phthirus pubis* é uma parasitose, tratada com albandazol.

63. Com relação às complicações dos estomas intestinais:

- (A) O estoma com maior risco de complicações é a transversostomia terminal (75%).
- (B) A obstrução intestinal é rara no paciente com ileostomia (1%).
- (C) A causa mais comum de sangramento do estoma é a hipertensão portal.
- (D) A isquemia precoce é observada em 1 a 10% das colostomias.

64. No tratamento cirúrgico do câncer do reto, localizado na porção distal do terço inferior, que são submetidos à Ressecção Interesfinteriana (RI), pode-se afirmar:

- (A) Os pacientes com tumor T4 são habitualmente selecionados para realizarem RI.
- (B) Os pacientes com invasão superficial do músculo esfíncter externo não têm contraindicação devido aos resultados funcionais bastante aceitáveis.
- (C) A quimiorradioterapia é o fator de risco de maior impacto negativo nos resultados funcionais.
- (D) Na RI parcial é ressecado todo o esfíncter interno e preservado o esfíncter externo.

65. As operações para a doença de Crohn, realizadas por videolaparoscopia, apresentam a seguinte diferença para o paciente em relação à via laparotômica:

- (A) O tempo de cirurgia é menor.
- (B) O tempo de ileo adinâmico pós-operatório é menor.
- (C) O tempo de internação é maior.
- (D) A ferida operatória apresenta mais complicações em virtude do CO2.

66. No tratamento cirúrgico das fístulas anorretais, é importante conhecermos os detalhes técnicos dos procedimentos que procuram preservar a continência esfinteriana. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A fistulotomia com esfinteroplastia imediata é indicada para pacientes com fístulas complexas ou recidivadas que apresentam incontinência anal secundária ao trajeto ou operações prévias.
- (B) A utilização do plug anal é realizado com a colocação justa do mesmo no trajeto fistuloso sem necessidade de fixá-lo no orifício interno por meio de sutura.
- (C) O procedimento de Ligation of Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) aborda a fístula pelo reto, com fechamento do orifício interno pela luz do reto e exérese do trajeto fistuloso.
- (D) No avanço de retalho miomucoso endoanal, deve-se ter um retalho miomucoso em formato de "Z" e o ápice do retalho é suturado na borda proximal do defeito muscular.

67. Quanto ao fechamento de um estoma intestinal, pode-se afirmar que:

- (A) As complicações mais comuns no fechamento dos estomas em alça são: fístula (9-34%), obstrução intestinal (0-10%) e infecção da ferida (0-3%).
- (B) O uso crônico de corticoides e hipoalbuminemia não interferem nas taxas de complicações.
- (C) As anastomoses mecânicas ou manuais são equivalentes em termos de incidência de complicações.
- (D) O tempo recomendado pela maioria dos estudos para o fechamento dos estomas intestinais é de 6 semanas após a sua confecção.

68. No entendimento da fisiologia da continência fecal, pode-se afirmar que:

- (A) O esfíncter anal interno contribui com 20-30% da pressão de repouso durante o sono.
- (B) O reflexo inibitório retoanal é o relaxamento do esfíncter anal interno após a distensão retal, permitindo o reconhecimento do conteúdo retal.
- (C) A zona de alta pressão do canal anal tem comprimento maior nas mulheres do que nos homens.
- (D) A contração do músculo elevador do ânus, em conjunto com o esfíncter anal externo, exerce tração no sentido látero-inferior, formando o ângulo anorretal.

69. Com relação aos espaços anorretais, os quais são importantes na compreensão dos processos supurativos, assinale a alternativa CORRETA. Considere “abaixo” em direção à borda anal e “acima” em direção ao reto.

- (A) O espaço pelvirretal está situado abaixo do músculo levantador do ânus, com limite lateral na fáscia do músculo obturador interno.
- (B) O espaço pós-anal profundo está situado acima do levantador do ânus.
- (C) O espaço isquiorretal está delimitado pelo músculo levantador do ânus, pela fáscia obturadora interna e pelo septo transversal do períneo.
- (D) O espaço perianal encontra-se entre o septo transversal do períneo e o músculo puborretal.

70. Com relação à disfunção pélvica por lesão nervosa, habitualmente encontra-se, como repercussão clínica:

- (A) Lesão do plexo hipogástrico superior ocasiona impotência sexual.
- (B) Lesão dos nervos erigentes de inervação parassimpática ocasiona ejaculação retrógrada.
- (C) Lesão dos nervos retais inferiores, ramos do nervo pudendo, ocasiona incontinência fecal, por hipotonia do esfíncter anal interno.
- (D) Lesões das fibras parassimpáticas aferentes de raízes sacrais (S2, S3 e S4) ocasionam redução da sensibilidade retal.