



# Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Título de Especialista - 2014

Prova: Teórica

Versão: **B**

Data: 16/09/2014

Local: Brasília / DF

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

1. Na Síndrome de Cowden o doente apresenta as seguintes manifestações, EXCETO:

- (A) Presença de múltiplos hamartomas colorretais.
- (B) Tricolemomas faciais múltiplos.
- (C) Mutações do gene SMAD4.
- (D) Fibromas orais.
- (E) *Pectus excavatum*.

2. Com relação à Síndrome de Peutz-Jeghers, é INCORRETO afirmar:

- (A) A pigmentação melânica pode acometer os tecidos mucocutâneos.
- (B) Os pólipos intestinais apresentam aspecto histológico de hamartomas.
- (C) Os pólipos possuem risco de malignização.
- (D) Os pólipos se localizam com maior frequência no intestino delgado.
- (E) Apresenta herança autossômica recessiva.

3. Em relação à colite isquêmica, o melhor método de diagnóstico é por

- (A) arteriografia seletiva.
- (B) colonoscopia.
- (C) tomografia do abdome com contraste.
- (D) ultrassonografia com doppler colorido.
- (E) enema opaco com duplo contraste.

4. São indicações para o tratamento cirúrgico da diverticulite do cólon sigmoide, EXCETO:

- (A) Fístula para trato urinário.
- (B) Abscessos intraperitoneais não passíveis de drenagem percutânea.
- (C) Perfuração intestinal com peritonite.
- (D) Uma crise de diverticulite aguda não complicada abaixo dos 50 anos de idade.
- (E) Crises repetidas em pacientes imunocomprometidos.

5. São indicações para tratamento, utilizando neuro-estimulação sacral, em um paciente portador de incontinência fecal:

- (A) Flacidez e/ou lesão completa dos músculos esfíncter anal interno e externo.

- (B) Lesão anterior completa do músculo esfíncter anal externo associada à lesão do músculo pubovisceral.
- (C) Músculos esfíncterianos intactos e esfíncteroplastia prévia sem sucesso.
- (D) Lesão completa posterior do músculo esfíncter interno.
- (E) Desinserção completa do músculo pubovisceral.

6. Do ponto de vista anatômico, a afecção cólica que, com frequência, poderia contribuir para uma perfuração durante a realização de uma videocolonosopia diagnóstica:

- (A) Múltiplas ectasias vasculares.
- (B) Múltiplos divertículos hipotônicos no cólon sigmoide.
- (C) Pólipo séssil volumoso no cólon sigmoide.
- (D) Neoplasia no cólon descendente.
- (E) Lipoma no cólon ascendente.

7. São considerados pólipos não neoplásicos, EXCETO:

- (A) Pólipos hiperplásicos.
- (B) Pólipos da submucosa.
- (C) Pólipos hamartomatosos.
- (D) Pólipos adenomatosos.
- (E) Lipomas.

8. Quanto aos abscessos anorretais, é INCORRETO afirmar:

- (A) Representam uma manifestação aguda, enquanto as fístulas representam um processo crônico.
- (B) Instalam-se em cinco espaços potenciais: interesfíncteriano, perianal, isquiorretal, pelvirretal e puborretal.
- (C) Após incisão e drenagem, abscessos interesfíncterianos e isquio-anais podem estar associados à recorrência ou evolução para fístula em até 89% dos casos.
- (D) A infecção criptoglandular é a responsável por aproximadamente 80 a 90% dos casos de abscessos.
- (E) Abscesso perianais podem ser drenados sob anestesia local.

9. Quanto às fístulas anorretais, é INCORRETO afirmar:

- (A) São princípios do tratamento: eliminação da fístula, prevenção da recorrência e preservação da função esfíncteriana.
- (B) Pela regra de Goodsall-Salmon, as fístulas cujo orifício externo é anterior tendem a se dirigir para o orifício interno, diretamente na cripta anal correspondente.
- (C) A fistulografia pode ser útil nos casos de recidiva ou em pacientes com Doença de Crohn.
- (D) A ressonância nuclear magnética é a técnica de imagem de maior acurácia para a localização do orifício interno.
- (E) A fistulectomia é a técnica de tratamento mais recomendada.

10. Durante a criação de uma ostomia em uma cirurgia de urgência, é CORRETO afirmar:

- (A) Deve-se realizar a manipulação delicada do intestino friável e do seu respectivo mesentério, abertura ampla da fáschia aponeurótica e maturação secundária(tardia), devido ao tempo prolongado do ato cirúrgico principal.
  - (B) Deve-se respeitar a vascularização, sempre realizar fixação da alça intestinal e eversão quando necessário, evitando a todo custo a maturação tardia.
  - (C) Em situações de urgência não deve ser considerada a maturação tardia da ostomia, pois esta técnica aumenta o risco pós-operatório.
  - (D) A abertura da fáschia aponeurótica deve ser sempre justa à passagem da alça e seu mesentério, para prevenir o surgimento de hérnia paracolostômica.
  - (E) A fixação final do estoma e conseqüentemente sua maturação deve ser feita após o fechamento da cavidade abdominal, para minimizar o risco de contaminação intra-operatória.
- 

11. Com relação ao rastreamento do câncer colorretal, pode-se afirmar que

- (A) o diagnóstico do câncer colorretal por rastreamento não impacta a incidência dos casos por estadiamento, quando comparado ao diagnóstico por sintomas.
  - (B) as complicações e o custo da colonoscopia representam o maior óbice ao uso mais amplo do método.
  - (C) o diagnóstico por rastreamento não impacta a sobrevida, quando comparado ao diagnóstico por sintomas.
  - (D) a pesquisa de sangue oculto nas fezes, por uma amostra de fezes obtida em consultório, é altamente recomendada.
  - (E) a pesquisa de DNA fecal tem desempenho significativamente superior à pesquisa de sangue oculto nas fezes, por método imunoquímico.
- 

12. Assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) apresenta herança autossômica dominante.
  - (B) Mutações no gene MLH1 estão relacionadas ao câncer colorretal hereditário não polipoide.
  - (C) A mutação do gene APC é um evento precoce na carcinogênese colorretal.
  - (D) A polipose associada a mutações no gene MYH tem padrão de herança recessiva.
  - (E) A hipertrofia congênita do epitélio pigmentado da retina é um marcador frequentemente encontrado na Síndrome de Lynch.
- 

13. Em relação ao tratamento da hidrosadenite supurativa, é INCORRETO afirmar:

- (A) A antibioticoterapia é a base do tratamento clínico e não deve ser de uso tópico.
  - (B) A radioterapia foi utilizada no passado com sucesso modesto.
  - (C) Outros métodos que podem ser utilizados, com taxas de sucesso variáveis, são: a terapia fotodinâmica, a criocirurgia e a radiofrequência.
  - (D) O tratamento cirúrgico pode ser dividido em duas categorias: controle local da infecção e cirurgia com intenção curativa.
  - (E) A cirurgia com intenção curativa requer a excisão completa da pele doente.
- 

14. Em relação à colonoscopia, é INCORRETO afirmar:

- (A) A ressecção endoscópica de pólipos grandes é segura e tem baixos riscos de sangramento (2-24%). Caso este ocorra, pode-se realizar tratamento medicamentoso ou endoscópico.
- (B) A incidência reportada de perfuração é de 0,03 a 0,7 % e tende a ser detectada mais precocemente quando é causada pelo instrumental.
- (C) São contra-indicações absolutas: suspeita de perfuração intestinal, peritonite estabelecida e colite fulminante.
- (D)

Os casos reportados de explosões durante colonoscopias, após preparo intestinal com manitol, estão relacionados à fermentação das bactérias colônicas com produção dos gases combustíveis hélio e metano.

(E) As recomendações para o manejo peri-procedimento do uso de anticoagulantes deve levar em consideração o risco de eventos trombembólicos versus o risco de sangramento, durante o procedimento, e as taxas de morbimortalidade decorrentes destas complicações.

15. Em relação ao tratamento da prociência do reto, é INCORRETO afirmar:

(A) A função intestinal tem papel determinante na escolha da técnica utilizada para o seu tratamento. Pacientes constipados devem ser submetidos a sigmoidectomia e retopexia. Já, os pacientes incontinentes podem ser tratados por retopexia abdominal ou retossigmoidectomia perineal, com plastia dos músculos elevadores.

(B) A taxa de mortalidade, após o procedimento de Altemeier, é de 5 a 24% e a de recorrência de 0 a 10%.

(C) A técnica de Delorme difere da técnica de Altemeier, porque somente a mucosa e submucosa do segmento prolapsado são excisadas.

(D) De forma geral, o sucesso e a morbidade do tratamento laparoscópico são comparáveis aos da técnica aberta. Mas, esta via de acesso tem o benefício da aceleração da recuperação pós-operatória e do menor tempo de hospitalização.

(E) A técnica de Ripstein ainda é muito utilizada atualmente, porque além de corrigir o prolapso, possibilita a melhora da constipação intestinal.

16. Sobre a constipação intestinal, é INCORRETO afirmar:

(A) A avaliação do paciente, que não responde ao tratamento clínico, deve-se iniciar pela colonoscopia ou enema opaco para exclusão de fatores obstrutivos.

(B) A maior prevalência no gênero feminino não tem relação com influências hormonais ou anatomia pélvica.

(C) O diagnóstico de inércia colônica requer a documentação de trânsito colônico anormal (mais de 20% dos marcadores radiopacos retidos no cólon após o 5° dia).

(D) A síndrome do intestino irritável pode estar associada à dispepsia não ulcerosa, fibromialgia, dismenorreia e sintomas do trato urinário.

(E) A ausência do reflexo inibitório reto-anal (RIRA) à manometria sugere o diagnóstico de doença de Hirschsprung.

17. Sobre a doença hemorroidária:

I. As hemorroidas internas são sustentadas por fibras do músculo de Trietz e pelo tecido elástico da submucosa. Alterações nestes tecidos de sustentação podem contribuir para o prolapso hemorroidário.

II. A realização de múltiplas ligaduras (mais de um mamilo hemorroidário), em uma mesma sessão de ligadura elástica, aumenta o risco de complicações decorrentes do procedimento.

III. Durante a hemorroidectomia à Fergusson ou pela técnica de Milligan-Morgan, o uso de tesouras proporciona melhores resultados que o uso da diatermia.

Está correto o que consta APENAS em

(A) I.

(B) II.

(C) III.

(D) I e III.

(E) I, II e III.

18. Com relação às fístulas anorretais, é INCORRETO afirmar:

- (A) As diversas formas de fistulas interesfincterianas são as mais frequentes, correspondendo a 70% dos casos.
  - (B) A fistula retovaginal, em última análise, corresponde a uma fistula transesfincteriana.
  - (C) A técnica de fistulotomia é indicada para fistulas interesfincterianas e transesfincterianas baixas.
  - (D) O tratamento da fistula anorretal com a técnica de construção de retalho de mucosa é contra-indicada nas fistulas associadas à doença inflamatória intestinal.
  - (E) A técnica de ligadura interesfincteriana do trato fistuloso (LIFT) é contra-indicada quando o trajeto, no espaço interesfincteriano, não está bem formado.
- 

19. Com relação a deiscências de anastomoses colorretais, pode-se afirmar que

- (A) o estoma de proteção está indicado para todas as anastomoses colorretais.
  - (B) a incidência de deiscência anastomótica diminui estatisticamente quando estomas de proteção são utilizados nas anastomoses colorretais.
  - (C) pequenas deiscências de anastomoses colorretais podem ser tratadas com rafia da lesão e estoma de proteção.
  - (D) mesmo em pacientes com estomas de proteção, em caso de ocorrência de deiscência anastomótica, laparotomias com toaleta da cavidade deve ser realizado em todos os casos.
  - (E) radioterapia pré-operatória aumenta a possibilidade de deiscência em anastomoses colorretais.
- 

20. Faz parte da técnica operatória para ampliar a extensão do cólon esquerdo e a confecção de um estoma a

- (A) liberação da gordura colônica em sua parte próxima à colostomia deve, sempre que possível, ser evitada, pois compromete a vascularização da alça.
  - (B) liberação da flexura esplênica não aumenta a extensão do cólon esquerdo liberado.
  - (C) liberação da goteira parieto-cólica esquerda serve apenas para alcançar a mobilidade do cólon, mas não para aumentar sua extensão.
  - (D) utilização da técnica de Jones é particularmente útil em cólon não edemaciado.
  - (E) liberação do ângulo esplênico juntamente com o abaixamento da flexura esplênica.
- 

21. Sobre a Doença de Crohn, é INCORRETO afirmar que

- (A) apesar da influência do tabagismo já estar bem estabelecida, outros fatores ambientais ainda estão sob estudo como: dieta, uso de drogas, agentes infecciosos, classe social e estresse.
  - (B) a Classificação de Vienna é baseada em variáveis que incluem: a idade ao diagnóstico, localização anatômica e o comportamento da doença.
  - (C) a diarreia crônica, sintoma mais comum da doença, é definida pela diminuição da consistência das fezes por período superior a 6 semanas para diferenciação adequada da diarreia infecciosa auto-limitada.
  - (D) a enterografia por ressonância magnética é superior à enterografia por tomografia computadorizada, além de não estar associada a exposição à radiação.
  - (E) são indicações de tratamento operatório: hemorragia, perfuração, colite grave associada ou não ao megacólon, manifestações extra-intestinais, retardo de crescimento e neoplasia.
- 

22. São sinais de cronicidade em uma fissura anal:

- (A) Exposição de fibras musculares longitudinais e aumento da pressão de repouso.
- (B) Plicoma sentinela e papila hipertrófica.
- (C) Infecção de criptas e dor fora da evacuação.

(D) Exposição de fibras circulares e hipotonia.

(E) Sangramento frequente e supuração.

---

23. O tumor do canal anal, com 2 cm de extensão, invasão do esfíncter anal, linfonodos aumentados e endurecidos em ambas regiões inguinais, porém, sem evidência de metástases à distância é estadiado como:

(A) T1N3M0.

(B) T2N2M0.

(C) T3N2M0.

(D) T4N2M0.

(E) T2N3M0.

---

24. São critérios de Roma para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável:

(A) Dor abdominal agravada pela defecação.

(B) Sangramento oculto nas fezes.

(C) Sangramento vivo nas fezes.

(D) Presença de pus nas fezes.

(E) Dor abdominal aliviada pela defecação.

---

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

(A) podofilina a 25%.

(B) ácido tricloroacético a 90%.

(C) ácido acético a 3%.

(D) vermelho congo a 2%.

(E) solução de nitrato de prata a 2%.

---

26. Com relação à neoplasia intra-epitelial anal (NIA), provocada pela infecção pelo papilomavírus humano (HPV), pode-se afirmar:

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

(B) Necessita de ressecção radical (amputação do anorreto) após radioterapia.

(C) Nos pacientes HIV positivos, o uso da terapia anti-retroviral (HAART) diminuiu a incidência de NIA.

(D) A incidência de HPV e NIA é alta em homens HIV positivos, com baixos valores de CD4, mesmo na ausência de história de intercurso anal.

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

---

27. Em relação a maioria dos casos de câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC), está associada à mutações dos genes:

(A) MLH1, APC e DCC.

(B) MLH1, MSH2 e MSH6.

---

- (C) APC, K ras e p53.
  - (D) APC, K ras e DCC.
  - (E) MLH1, MLH2 e p53.
- 

28. Em pacientes com Síndrome de Lynch, o segundo local mais comum, para o desenvolvimento de tumores malignos é:

- (A) Endométrio.
  - (B) Ovário.
  - (C) Rins.
  - (D) Bexiga.
  - (E) Fígado.
- 

29. Paciente sexo masculino, 24 anos, profissional do sexo, relata desconforto retal e tenesmo há 7 dias. Evacuações pastosas a líquidas, com dor de fraca intensidade, com pouco de catarro, sem sangue. O toque retal é pouco doloroso e a anoscopia mostrou mucosa retal com edema e hiperemia difusas. O diagnóstico provável e a respectiva conduta são:

- (A) Retite sífilítica e colher material para gram.
  - (B) Linfogranuloma venéreo forma retal e confirmar com sorologia para clamídia.
  - (C) Clamídia cepa não linfogranuloma e tratar com azitromicina durante 10 dias.
  - (D) Retite herpética e tratar com creme tópico de aciclovir.
  - (E) Retite gonocócica e colher material para semear em meio de Thayer-Martin.
- 

30. Com relação à etiologia ou ao tratamento da hemorragia digestiva baixa, pode-se afirmar que:

- (A) as causas anorretais (hemorroidas, fissuras e úlceras do reto) são responsáveis por 30% dos casos.
  - (B) a angiodisplasia é causa menos comum que a doença diverticular e ocorre preferencialmente no cólon direito.
  - (C) as neoplasias malignas são responsáveis por mais de 40% dos casos.
  - (D) a hemorragia pós-polipectomia ocorre em cerca de 20% dos casos.
  - (E) a hemorragia proveniente das anastomoses colorretais é comum, chegando a ocorrer em 20% dos casos.
- 

31. Com relação ao volvo colônico, é INCORRETO afirmar que

- (A) pode ser causa de mais de 40% das obstruções intestinais mecânicas em mulheres grávidas.
  - (B) o megacólon é uma das principais condições causais do volvo de sigmoide.
  - (C) a distorção colonoscópica do volvo está contra-indicada na maioria dos pacientes.
  - (D) o ceco é o segundo sítio mais comum de volvo no intestino grosso.
  - (E) a constipação progressiva nem sempre precede o quadro agudo de volvo.
- 

32. Fator que NÃO está relacionado a um maior risco de desenvolvimento de câncer colorretal:

- (A) Colectomia prévia.

- (B) Tabagismo.
  - (C) Obesidade.
  - (D) Sedentarismo.
  - (E) Ausência de reposição hormonal pós-menopausa.
- 

33. A ileostomia é associada frequentemente às cirurgias colorretais, especialmente na proteção de anastomoses de risco, quando são temporárias. Em relação a esse tipo de estoma é CORRETO afirmar:

- (A) A reconstrução de trânsito resulta em maior índice de deiscência comparado às colostomias.
  - (B) O sítio de escolha para sua maturação é o quadrante inferior esquerdo.
  - (C) Está contra-indicado quando há tratamento do câncer colorretal, exceto se há obstrução aguda.
  - (D) Em cerca de 50% dos casos ocorre desidratação por diarreia de difícil controle.
  - (E) Geralmente o débito diário do efluente gira em torno de 600 ml na maioria dos casos.
- 

34. Na doença pilonidal sacrococcígea, pode-se afirmar que

- (A) em pouco mais que 50% dos casos, o trajeto do orifício primário para o secundário tem sentido cefálico.
  - (B) o sinus pilonidal crônico, não complicado, deve ser tratado com procedimento cirúrgico.
  - (C) para os casos de sinus pilonidal complexo ou recorrente, o tratamento cirúrgico indicado pode ser a excisão do sinus associada à criação de retalho cutâneo.
  - (D) a incisão e curetagem do cisto é indicada, como primeira opção, para qualquer tipo e extensão de doença.
  - (E) A hidrosadenite supurativa está entre os diagnósticos diferenciais, mas o tratamento cirúrgico é similar ao da doença pilonidal sacrococcígea.
- 

35. Com relação ao quadro de obstrução intestinal, pode-se afirmar que

- (A) no tumor obstrutivo tratado cirurgicamente, leva-se em conta, para indicar a necessidade de colostomia, o grau de distensão do cólon e do intestino delgado e o estado fisiológico do paciente.
  - (B) o tratamento endoscópico da torção de volvo de sigmoide, ainda é feito, preferencialmente, pelo retossigmoidoscópio rígido.
  - (C) no tumor obstrutivo, quando tratado cirurgicamente, a realização de epiplonplastia diminui o risco de deiscência de anastomose.
  - (D) na gestante, o volvo de cólon tem seu diagnóstico retardado e o sítio mais comum de torção é o ceco.
  - (E) nos tumores obstruídos colorretais o uso de *stent*, como ponte para cirurgia, não diminui o risco de deiscência de anastomose.
- 

36. Assinale, dentre as condições abaixo, a MENOS indicada para tratamento cirúrgico por vídeo-laparoscopia:

- (A) Megacólon chagásico.
  - (B) Ileíte terminal (Crohn) complicada por estenose.
  - (C) Adenoma viloso do ceco.
  - (D) Diverticulite aguda do sigmoide Hinchey grau 4.
  - (E) Procidência do reto.
-



37. O seguimento apropriado para um homem, de 60 anos, que foi submetido a uma colonoscopia e remoção endoscópica completa de um pólipó adenomatoso de 2 cm do cólon sigmoide é a

- (A) colonoscopia e tomografia computadorizada repetida no terceiro ano, e se houver resultados negativos, repetir a cada 5 anos.
  - (B) colonoscopia anual, independente do resultado.
  - (C) colonoscopia repetida no primeiro ano e se houver resultado negativo, para pólipó adenomatoso, repetir a cada 5 anos.
  - (D) colonoscopia repetida anualmente, e se houver até 3 resultados negativos consecutivos, repetir a cada 5 anos.
  - (E) colonoscopia repetida no primeiro ano, e se houver resultado negativo para pólipó adenomatoso, repetir a cada 3 anos.
- 

38. Paciente que apresenta o maior risco para desenvolvimento de câncer colorretal:

- (A) Homem de 44 anos, com síndrome de polipose adenomatosa familiar.
  - (B) Homem de 50 anos, com histórico de pólipos adenomatosos ressecados.
  - (C) Homem de 55 anos, com histórico de 15 anos de retocolite ulcerativa.
  - (D) Mulher de 45 anos, cujo irmão mais novo tem uma história de câncer de cólon.
  - (E) Mulher de 30 anos, que identificou uma mutação no gene BRCA-1.
- 

39. Com relação à Síndrome de Lynch, é INCORRETO afirmar:

- (A) Predispõe ao desenvolvimento de câncer colorretal em 75% de seus portadores, até os 65 anos de idade.
  - (B) Em pacientes que não apresentam instabilidade de microssatélites, o diagnóstico de Síndrome de Lynch deve ser descartado.
  - (C) Adenomas associados, quando presentes, tendem a ter a progressão para adenocarcinoma acelerada.
  - (D) A presença de componente mucinoso e de células em anel de sinete, em pacientes com Síndrome de Lynch, não aumenta o risco de metástases linfonodais.
  - (E) A mutação no gene MSH6 está mais associada ao câncer uterino do que ao câncer colorretal.
- 

40. Sobre a colite isquêmica é CORRETO afirmar:

- (A) Compromete o cólon esquerdo na maior parte dos casos, fato explicado por aspectos anatômicos da irrigação arterial.
  - (B) A condição afeta exclusivamente os adultos idosos.
  - (C) É incomum ocorrer em indivíduos jovens, bem como atletas de maratona e usuários de cocaína.
  - (D) A variação anatômica, com interrupção da comunicação arterial na arcada marginal de Drummond, é condição indispensável para a sua ocorrência.
  - (E) Raramente está associada ao tratamento cirúrgico de aneurisma de aorta abdominal.
- 

41. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Anemia e massa palpável são achados frequentes no câncer do reto.
- (B) A radioterapia no câncer do cólon tem papel paliativo.
- (C) Adenomas apresentam distribuição topográfica no cólon semelhante à dos carcinomas.
- (D) Na obstrução neoplásica do cólon, a localização tumor no cólon ascendente é a mais frequente.
- (E) Para o carcinoma do cólon no estágio 2 da classificação TNM, o fenótipo de instabilidade de microssatélites confere pior prognóstico.

---

42. Sobre o tratamento cirúrgico da procidência do reto, por meio da operação de retossigmoidectomia perineal, é INCORRETO afirmar:

- (A) A abertura da reflexão peritoneal é passo técnico fundamental na realização da operação.
- (B) Parece associada a maior índice de recidiva, se comparada às operações abdominais.
- (C) Pode ser empregada na recidiva, após tratamento cirúrgico pela mesma técnica.
- (D) Devido à perda do reservatório retal, frequentemente associa-se à piora da continência no pós-operatório.
- (E) A plastia dos elevadores não acarreta incremento da morbidade associada à operação.

---

43. Sobre a anatomia do canal anal, é INCORRETO afirmar:

- (A) O canal anal anatômico ou embriológico se estende da margem anal à linha pectínea (ou linha denteada).
- (B) O músculo esfíncter anal interno representa a condensação da musculatura circular do reto inferior.
- (C) Acima da linha pectínea, a inervação é realizada pelo sistema nervoso somático e abaixo dela, pelo sistema nervoso simpático e parassimpático.
- (D) O canal anal cirúrgico ou funcional se estende da margem anal ao anel anorretal.
- (E) O anel anorretal é de grande relevância clínica, uma vez que, a sua divisão pode resultar em incontinência fecal.

---

44. São fatores que influenciam no prognóstico da neoplasia colorretal:

- (A) Classificação histológica, transfusão sanguínea, instabilidade microsatélite e invasão venosa.
- (B) Idade, linfonodo sentinela positivo, instabilidade microsatélite e invasão transmural.
- (C) Instabilidade microsatélite, células tumorais diploides e invasão perineural.
- (D) Linfonodo sentinela positivo, antígeno cárcino-embriogênico (CEA) pré-operatório elevado, idade e células tumorais aneuploides.
- (E) Transfusão sanguínea, instabilidade microsatélite, células tumorais diploides, CEA pré-operatório elevado e classificação histológica.

---

45. São fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia colorretal:

- (A) Acromegalia, histórico familiar de pólipos adenomatosos em parentes de 2º grau.
- (B) Histórico familiar de polipose colônica em parentes de 2º grau, histórico prévio de tratamento radioterápico na pele, antecedente de bacteremia por *Clostridium septicum*.
- (C) Idade acima de 50 anos, ausência de sintomas, histórico de câncer colorretal em primo de 2º grau.
- (D) Câncer de mama e histórico prévio de tratamento radioterápico na pele.
- (E) Anastomose ureterocolônica, antecedente de bacteremia por *Clostridium septicum* e acromegalia.

---

46. Com relação às manifestações extra-intestinais das doenças inflamatórias intestinais (DIIs), é INCORRETO afirmar:

- (A) As principais queixas não gastrointestinais, em pacientes portadores de DIIs, estão relacionadas ao sistema músculo-esquelético.
  - (B) A uveíte é uma das manifestações oftalmológicas mais graves das DIIs, podendo ocorrer em até 8% dos pacientes.
  - (C) O risco aumentado de eventos trombóticos, em portadores de DIIs, está relacionado a maior possibilidade de hospitalizações e cirurgias, e também a distúrbios específicos de fatores de coagulação.
  - (D) A artrite periférica acomete grandes articulações e está diretamente relacionada à atividade da doença.
-

(E) A proctocolectomia não interfere na progressão da colangite esclerosante em pacientes com retocolite ulcerativa.

47. Em relação ao tratamento da infecção anorretal necrotizante, pode-se afirmar que

(A) a confecção precoce de uma colostomia é mandatória.

(B) devemos proceder sempre a uma derivação urinária supra-púbica.

(C) o tratamento cirúrgico deve ser conservador, pensando na reconstrução futura das estruturas comprometidas.

(D) a oxigenoterapia hiperbárica só é útil quando a infecção se dá por germes anaeróbios.

(E) operar precocemente é um dos fatores prognósticos mais importantes.

48. Com relação aos abscessos anorretais, é INCORRETO afirmar:

(A) Nos abscessos perianais e na maioria dos isquioanais, a recomendação é drenagem sob anestesia local.

(B) O procedimento de Hanley é indicado para tratar os abscessos em ferradura.

(C) Os abscessos supra-elevadores deverão ser drenados sob anestesia regional ou geral, e através da pele perianal.

(D) A fistulotomia primária concomitante, com incisão e drenagem do abscesso, é contra-indicada em abscessos anteriores nas mulheres com cicatriz de episiotomia.

(E) Nos casos de fascíte necrotizante, a tomografia computadorizada é importante para demonstrar a origem e extensão da doença (grupo um ou dois da progressão da doença).

49. Paciente de 60 anos submetido a retossigmoidectomia laparoscópica por adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O laudo anatomopatológico demonstrou invasão de todas as camadas da parede até a serosa, metástase para 02/14 linfonodos e o resultado da biópsia hepática, realizada no mesmo ato, negativo para adenocarcinoma metastático. Sua classificação é:

(A) T4N1M0 (Estádio IIIB).

(B) T2N1M0 (Estádio IIB).

(C) T3N2M0 (Estádio IIIC).

(D) T3N1M0 (Estádio IIIB).

(E) T4N1M0 (Estádio IIIA).

50. A modalidade diagnóstica que possui a maior especificidade na identificação da fonte de sangramento do sistema digestório baixo em pacientes estáveis é

(A) a cintilografia com hemácias marcadas.

(B) a colonoscopia.

(C) o enema baritado.

(D) a angioressonância.

(E) a exploração cirúrgica por via aberta.