



# Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Título de Especialista - 2014

Prova: Teórica

Versão: **C**

Data: 16/09/2014

Local: Brasília / DF

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

1. 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.

2. 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 imunológico.

3. 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.

4. 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.

5. 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.
- 

6. 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.
- 

7. 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*.
- 

8. 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 Ferguson 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.
- 

9. 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.
- 

10. 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.
- 

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

- (A) As diversas formas de fístulas interesfincterianas são as mais frequentes, correspondendo a 70% dos casos.
  - (B) A fístula retovaginal, em última análise, corresponde a uma fístula transesfincteriana.
  - (C) A técnica de fistulotomia é indicada para fístulas interesfincterianas e transesfincterianas baixas.
  - (D) O tratamento da fístula anorretal com a técnica de construção de retalho de mucosa é contra-indicada nas fístulas 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.
- 

12. 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.
- 

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

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

- (A) Classificação histológica, transfusão sanguínea, instabilidade microssatélite e invasão venosa.
- (B) Idade, linfonodo sentinela positivo, instabilidade microssatélite e invasão transmural.

- (C) Instabilidade microssatélite, 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 microssatélite, células tumorais diploides, CEA pré-operatório elevado e classificação histológica.
- 

19. 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 pelve, 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 pelve.
  - (E) Anastomose ureterocolônica, antecedente de bacteremia por *Clostridium septicum* e acromegalia.
- 

20. 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 refiação da lesão e estoma de proteção.
  - (D) mesmo em pacientes com estomas de proteção, em caso de ocorrência de deiscência anastomótica, laparotomias com toailete da cavidade deve ser realizado em todos os casos.
  - (E) radioterapia pré-operatória aumenta a possibilidade de deiscência em anastomoses colorretais.
- 

21. 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.
- 

22. 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.
- 

23. 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.

---

24. 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.

---

25. 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.

---

26. 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.

---

27. O seguimento apropriado para um homem, de 60 anos, que foi submetido a uma colonoscopia e remoção endoscópica completa de um pólip 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 pólip 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 pólip adenomatoso, repetir a cada 3 anos.

---

28. 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.

---

29. 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.

---

30. 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.

---

31. 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: interesfincteriano, perianal, isquiorretal, pelvirretal e puborretal.

(C) Após incisão e drenagem, abscessos interesfincterianos 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.

---

32. 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 fáscia 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 fáscia 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. 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 esfínterianos intactos e esfínteroplastia prévia sem sucesso.

(D) Lesão completa posterior do músculo esfíncter interno.

(E) Desinserção completa do músculo pubovisceral.

37. 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.
- 

38. São considerados pólipos não neoplásicos, EXCETO:

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

39. 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).
- 

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

- (A) Predis põe ao desenvolvimento de câncer colorretal em 75% de seus portadores, até os 65 anos de idade.
  - (B) Em pacientes que não apresentam instabilidade de microsatélites, 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.
- 

41. 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.
- 

42. 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.
- 

43. 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.
- 

44. 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%.
- 

45. 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.
- 

46. 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).

---

47. Quanto às fístulas anorretais, é INCORRETO afirmar:

- (A) São princípios do tratamento: eliminação da fístula, prevenção da recorrência e preservação da função esfinteriana.
  - (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.
- 

48. 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 trombóticos versus o risco de sangramento, durante o procedimento, e as taxas de morbimortalidade decorrentes destas complicações.
- 

49. 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.
- 

50. 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.
-