



Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Título de Especialista 2013

Prova Teórica

Versão: **A**

Data: 03/09/2013

Local: São Paulo/Capital

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

1. Paciente de 36 anos, submetida a colonoscopia por história de sangramento, tendo revelado a presença de cerca de 30 pólipos de variados tamanhos em diversas regiões do cólon e reto, oito dos quais foram ressecados e diagnosticados como neoplasias intramucosas. Não havia história familiar de tumores colônicos. Foi solicitado o sequenciamento do gene APC, não sendo identificada qualquer mutação. A hipótese diagnóstica deve ser

- (A) síndrome de Gardner.
- (B) polipose esporádica.
- (C) polipose adenomatosa familiar atenuada.
- (D) síndrome de Lynch.
- (E) polipose associada ao gene MYH.

2. Os nervos hipogástricos estão em maior risco de serem inadvertidamente seccionados durante a dissecação do sítio:

- (A) Parede anterior do reto.
- (B) Parede pélvica lateral.
- (C) Flexura cólica esquerda.
- (D) Promontório sacra.
- (E) Goteira parietocólica esquerda.

3. Sobre o tratamento da hidradenite supurativa, é correto afirmar:

- (A) O padrão ouro permanece a ampla excisão da pele envolvida.
- (B) Os abscessos bem definidos podem ser tratados com antimicrobianos orais.
- (C) Os antimicrobianos profiláticos mantêm o paciente em remissão.
- (D) Após a incisão limitada e drenagem, a recidiva local ocorre em cerca de 25% dos pacientes.
- (E) É considerada doença crônica quando a hidradenite recorre pela terceira vez.

4. Em relação ao prurido anal:

- I. Os anti-histamínicos tópicos esteróides, os anestésicos tópicos e os derivados da aloe-vera apresentam efeitos benéficos nas feridas em fase de cicatrização.
- II. As verrugas de etiologia viral (papiloma vírus) são a causa mais frequente.
- III. As lesões associadas ao vírus da imunodeficiência humana sempre estão relacionados com o prurido anal crônico.
- IV. Evidências têm mostrado que o prurido anal idiopático não tem origem psiquiátrica, exceto na forma de neurodermatite.
- V. O *Enterobius vermiculares* é a etologia parasitária mais conhecida, enquanto o agente fúngico mais comum é a *Candida albicans*.

Está correto o que consta em

- (A) III, IV, V, apenas.

- (B) II, III, V, apenas.
 - (C) I, IV, V, apenas.
 - (D) I, III, IV, V, apenas.
 - (E) I, II, III, IV e V.
-

5. A lesão decorrente da inflamação observada entre duas superfícies opostas da pele, muitas vezes, é o resultado de uma infecção mista por bactérias e fungos associada a umidade e prurido intenso. Essas características identificam:

- (A) Liquenificação.
 - (B) Intertrigo.
 - (C) Eritrasma.
 - (D) Mácula.
 - (E) Papulose bowenóide.
-

6. Em relação ao do câncer colorretal, pode-se afirmar que

- (A) não há correlação entre a distribuição de câncer e pólipos colorretais.
 - (B) é elevada em países africanos e reduzida na Austrália.
 - (C) a incidência no Brasil é maior entre as mulheres.
 - (D) tem sido observado um aumento proporcional dos tumores proximais do cólon.
 - (E) a mortalidade e a incidência tem aumentado nos Estados Unidos.
-

7. Paciente de 35 anos, HIV positivo, procurou tratamento para doença hemorroidária grau II, pois apesar das mudanças dietéticas e do estilo de vida não obteve melhora do sangramento às evacuações. O exame laboratorial mostrou uma contagem de CD4 inferior a $100/\text{mm}^3$. Representa a melhor conduta para o doente:

- (A) Tratamento tópico com podofilina.
 - (B) Procedimento para prolapso hemorroidário (PPH).
 - (C) Hemorroidectomia a Ferguson.
 - (D) Hemorroidectomia a Milligan Morgan.
 - (E) Escleroterapia ou ligadura elástica.
-

8. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST):

- I. O tratamento da sífilis primária e secundária é realizado por uma única injeção intramuscular de 2,4 milhões de unidades de *penicilina G benzatina* e nos pacientes alérgicos usamos a doxicilina (via oral) ou a tetraciclina (via oral).
- II. A proctite causada por organismos sexualmente transmissíveis na maioria dos casos é decorrente do intercurso anal.
- III. A *Neisseria gonorrhoeae* é uma DST causada por bactéria e pode afetar a região anorretal.
- IV. O HIV é conhecido por impedir a imunidade celular por depleção das células T, permitindo assim a propagação dos processos oncogênicos como as alterações displásicas provocadas pelo HPV.
- V. A sífilis anal primária é caracterizada pelo condiloma plano, enquanto a sífilis secundária pela proctite com aparecimento do cancro ao nível de mucosa retal.

Está correto o que consta APENAS em

- (A) II, III e IV.

(B) I, III, IV e V.

(C) I, II, III e V.

(D) I, II, III e IV.

(E) III, IV e V.

9. Em relação ao papiloma humano (HPV):

I. As variantes de HPV oncogênicas de alto risco são os tipos 6 e 11 e os tipos 16 e 18, responsáveis por 90% das verrugas genitais.

II. A transmissão ocorre pelo contato sexual através de indivíduos infectados, mas sempre com a presença de lesões macroscópicas.

III. O envolvimento perianal pode ocorrer na ausência do intercurso anal receptivo.

IV. O condiloma gigante acuminado (GAG) de Bushke e Loewenstein, representa uma fase de progressão do condiloma para o carcinoma espinocelular invasivo.

Está correto o que consta APENAS em

(A) II, III e IV.

(B) III e IV.

(C) I, II e III.

(D) I, III e IV.

(E) II e IV.

10. Quanto ao carcinoma espinocelular do canal anal (CEC) é INCORRETO afirmar que

(A) as mutações no gene supressor tumoral p53 contribuem para a evolução do CEC anal invasivo em indivíduos HIV negativos.

(B) são pouco frequentes e representam aproximadamente 1 a 2 % de todos os tumores malignos colorretais.

(C) os linfonodos da região inguinal, na suspeita de linfonodomegalia, não devem ser puncionados.

(D) o tratamento de escolha para o CEC de canal anal consiste na radioterapia e quimioterapia.

(E) a ressecção cirúrgica está indicada nos casos de falha da radio e quimioterapia ou nos casos de recidiva.

11. Assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A necessidade de ressecções ultra-baixas no reto não inviabiliza a abordagem laparoscópica.

(B) O tempo médio de íleo pós-operatório é menor nas cirurgias laparoscópicas.

(C) A fertilidade é significativamente maior nas pacientes submetidas à proctocolectomias com reservatório ileal por laparoscopia.

(D) A radicalidade oncológica das cirurgias para neoplasias de reto extraperitoneais laparoscópicas fica aquém da observada nas cirurgias laparotômicas, restringindo seu emprego nesta patologia.

(E) O custo médio global do tratamento de um paciente submetido a uma colectomia laparoscópica é menor do que o submetido ao mesmo procedimento por laparotomia.

12. Reúne os pontos de maior risco para lesões inadvertidas na colectomia direita ampliada por laparoscopia:

(A) Mobilização do ceco e íleo terminal do retroperitônio; mobilização do ângulo hepático; mobilização do mesocólon transverso proximal da face anterior do pâncreas.

(B) Tratamento do tronco ileocólico em sua origem; mobilização do ângulo hepático; secção do ligamento gastro-cólico proximal.

(C) Tratamento do tronco ileocólico em sua origem; dissecação do duodeno; ligadura dos vasos cólicos médios em sua origem.

(D) Ligadura dos vasos cólicos médios em sua origem; mobilização do ângulo hepático; mobilização do mesocólon transverso proximal da face anterior do pâncreas.

(E) Tratamento do tronco ileocólico em sua origem; ligadura dos vasos cólicos médios em sua origem; mobilização do mesocólon transverso proximal da face anterior do pâncreas.

13. A respeito das indicações de cirurgias colorretais laparoscópicas, pode-se afirmar:

(A) O acesso por *single port* não está indicado nas colectomias, dado a necessidade de mobilização constante das vísceras ocas na cavidade.

(B) A doença de Crohn fistulizante é contraindicação para a abordagem laparoscópica.

(C) Na laparoscopia temos a melhor via de acesso para os procedimentos de retopexia nos casos de procidência do reto.

(D) A proctocolectomia com confecção de reservatório ileal não é passível de ser feita por laparoscopia.

(E) A diverticulite aguda complicada com perfuração bloqueada e abscesso local não deve ser abordada por laparoscopia.

14. Quanto a incontinência fecal, é INCORRETO afirmar:

(A) São fatores de mau prognóstico nas lesões do esfíncter anal externo: associação com lesão neuropática, lesões maiores que 90 graus e múltiplas.

(B) O ultrassom identifica com precisão a localização da lesão muscular e possibilita a diferenciação entre a incontinência adquirida e neurogênica.

(C) Uma das principais opções terapêuticas não cirúrgicas nos casos de incontinência leve a moderada é o *biofeedback*.

(D) Os melhores resultados no uso do esfíncter anal artificial são obtidos quando os componentes do mecanismo de continência fecal estão lesados e pouco íntegros.

(E) A neuroestimulação sacral está indicada nos casos de incontinência neuropática sem lesões esfíncterianas ao ultrassom.

15. Exame que tem uso limitado na investigação de pacientes com doença de Crohn:

(A) Ressonância magnética.

(B) Proteína C reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS) e calprotectina fecal.

(C) Ultrassonografia abdominal.

(D) RX simples de abdômen e trânsito intestinal.

(E) Colonoscopia.

16. A medicação utilizada no tratamento da retocolite ulcerativa (RCU) que não deve ser utilizada durante a gestação por ter contra indicação absoluta é

(A) o metotrexate.

(B) o metronidazol.

(C) o aminosalicilatos.

(D) o anti-TNF.

(E) a azatioprina.

17. Em pacientes portadores de bolsa ileal em J, é INCORRETO afirmar:

(A) A inflamação não específica da bolsa (*Bolsite*) pode ser tratada com antibióticos e probióticos.

(B) A complicação tardia mais frequente é a incontinência fecal.

(C) Pacientes do sexo feminino devem ser orientadas quanto ao risco de infertilidade inerente a esse procedimento.

(D) Gestantes devem ser orientadas para realizarem o parto tipo cesariana, já que o parto vaginal pode aumentar o risco de incontinência.

(E) A cirurgia da bolsa ileal em J pode ser utilizada tanto nos portadores de RCUI como nos de Crohn, com o mesmo risco de complicações como fístulas e estenoses.

Paciente masculino 72 anos, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de desconforto abdominal e hematoquesia. Familiares referiram eliminações recentes de sangue rutilante em grande quantidade e frequência. Apresentava-se com palidez cutâneo-mucosa e taquicárdico. Exames laboratoriais demonstraram Hb: 7,2 g/dL e Ht: 22,2%.

18. Assinale a alternativa INCORRETA segundo o enunciado acima.

(A) Em países ocidentais a doença diverticular pode acometer mais de 80% da população acima dos 80anos.

(B) Sabendo-se que o sangramento frequentemente tem parada espontânea, sempre há necessidade de investigação.

(C) Angiodisplasia, colite isquêmica, câncer, doença inflamatória intestinal e doenças anorretais estão entre os diagnósticos diferenciais.

(D) Sangramentos de divertículos colônicos são frequentes em até 20% dos pacientes com diverticulose e em geral ocorre em divertículos do cólon esquerdo.

(E) A colonoscopia permite o diagnóstico do local do sangramento e o tratamento em muitos casos, direcionando também para uma eventual abordagem cirúrgica.

Paciente masculino 72 anos, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de desconforto abdominal e hematoquesia. Familiares referiram eliminações recentes de sangue rutilante em grande quantidade e frequência. Apresentava-se com palidez cutâneo-mucosa e taquicárdico. Exames laboratoriais demonstraram Hb: 7,2 g/dL e Ht: 22,2%.

19. Segundo o enunciado acima, em relação à conduta diagnóstica, é INCORRETO afirmar:

(A) A tomografia computadorizada e a ressonância magnética também podem detectar o local de sangramento.

(B) A colonoscopia realizada após uma cintilografia negativa pode detectar a etiologia do sangramento em aproximadamente 85% dos pacientes.

(C) A angiografia é frequentemente utilizada no caso de sangramento ativo, acima de 0,5 ml/min.

(D) Cintilografia detecta sangramento mais lentos (0,1 a 0,5 ml/min), mas não identifica com exatidão o ponto de sangramento e não oferece possibilidade terapêutica.

(E) Colonoscopia é frequentemente utilizada em pacientes estáveis com ou sem preparo do cólon por via oral.

Paciente masculino 72 anos, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de desconforto abdominal e hematoquesia. Familiares referiram eliminações recentes de sangue rutilante em grande quantidade e frequência. Apresentava-se com palidez cutâneo-mucosa e taquicárdico. Exames laboratoriais demonstraram Hb: 7,2 g/dL e Ht: 22,2%.

20. Conforme o enunciado anterior, não sendo possível a identificação do local de sangramento em paciente hemodinamicamente instável, após reposição de 8 unidades de hemoderivados e ressangramento durante o primeiro dia de internação, a opção cirúrgica é:

(A) Colectomia total.

(B) Colectomia direita.

(C) Colostomia.

(D) Colectomia esquerda.

(E) Retossigmoidectomia.

21. Ao final da realização de uma colonoscopia você suspeita que tenha havido perfuração do cólon, sua medida inicial a ser tomada visando este diagnóstico é

- (A) repetir a colonoscopia.
- (B) realizar uma radiografia simples de abdome.
- (C) solicitar enema opaco com contraste iodado.
- (D) manter o paciente sob sedação e analgesia e realizar novo exame.
- (E) aguardar 24 horas e instituir o tratamento clínico com metronidazol e ciprofloxacino.

22. Nos pacientes portadores de tumor de reto localizados no terço inferior, o exame que apresenta maior acurácia para detectar o grau de penetração nas suas respectivas camadas é

- (A) toque retal.
- (B) ressonância magnética da pelve.
- (C) *pet scan*.
- (D) tomografia *multi slice* da pelve.
- (E) ultrassonografia endorretal (ERUS) 3D.

23. São sintomas característicos da síndrome do intestino irritável, EXCETO:

- (A) dor abdominal que interfere com o sono.
- (B) alteração da frequência evacuatória.
- (C) urgência evacuatória.
- (D) distensão abdominal.
- (E) perda de muco via anal.

24. Em relação à síndrome do intestino irritável,

- (A) é mais comum em homens.
- (B) apresenta atividade mioelétrica alterada no cólon.
- (C) é raramente associada às desordens psiquiátricas.
- (D) é rara a sua incidência antes dos 40 anos.
- (E) o uso de medicação anticolinérgica deve ser evitado.

25. A causa mais comum de obstrução do intestino grosso em adultos é

- (A) a doença de Crohn.
- (B) a diverticulite aguda.
- (C) o volvo de cólon sigmóide.
- (D) o adenocarcinoma de cólon.
- (E) a intussuscepção ileocecal.

26. No manejo clínico da colite isquêmica, deve-se evitar

- (A) a antibioticoterapia.
- (B) a hidratação parenteral.
- (C) medicações beta adrenérgicas.
- (D) a monitorização do leucograma.
- (E) oxigenioterapia.

27. Com relação à colite isquêmica, é INCORRETO afirmar:

- (A) Pode ser dividida em três grupos: oclusão parcial, oclusão total e não oclusiva.
- (B) Doença vascular colagenosa pode ser uma das causas.
- (C) É a forma mais comum de isquemia gastrointestinal.
- (D) Pode ser classificada em três estágios de evolução: esquemia transitória, estenótica tardia e gangrena.
- (E) Nível sérico de D-Lactato pode ser útil no diagnóstico com sensibilidade entre 80 a 90%.

28. Com relação a procidência retal (prolapso completo do reto), é INCORRETO afirmar:

- (A) As cirurgias de Delorme e de Altemeier correspondem a procedimentos realizados por via perineal que ocasionam baixos índices de mortalidade.
- (B) A retopromonto fixação por via aberta ou laparoscópica condiciona menores taxas de recorrência do que os procedimentos perineais.
- (C) A recorrência do prolapso após retossigmoidectomia e promontofixação (Cirurgia de Frykman) ocorre em até 50% dos casos e deve ser tratada por retossigmoidectomia perineal.
- (D) A úlcera retal solitária geralmente ocorre na parede anterior do reto e está associada à procidência ou ao prolapso interno (intussuscepção retoanal).
- (E) Acomete principalmente pacientes idosos, sendo que sua ocorrência em pacientes mais jovens (20 a 40 anos) é mais comum no sexo masculino.

29. São sinais e sintomas da síndrome da úlcera retal solitária, EXCETO:

- (A) mucorreia em moderada a grande quantidade.
- (B) pus nas fezes.
- (C) sangramento retal.
- (D) dor na região anorretal.
- (E) dificuldade evacuatória.

30. São técnicas de correção da procidência retal por via abdominal, EXCETO:

- (A) Orr-Loygue.
- (B) Frykman.
- (C) Ripstein.
- (D) Wells.
- (E) Friedman.

31. Com relação ao estadiamento do câncer retal, é INCORRETO afirmar:

- (A) O tumor T1 é aquele onde há invasão da submucosa.
- (B) Doença estágio IVA ou IVB significa que há presença de metástase à distância (sistêmica), independente do estadiamento T ou do N.
- (C) Um tumor T3N2aM0 corresponde a um estágio IIIB.
- (D) Um tumor T4N0 corresponde à doença estágio IIB.
- (E) O tumor que invade a superfície do peritônio visceral e apresenta de 1 a 3 metástases nos linfonodos regionais é classificado como T4b e N1a.

32. Com relação à ressonância nuclear magnética (RNM), para tumores do reto é INCORRETO afirmar:

- (A) A indicação de neoadjuvância tem-se baseado cada vez mais nos achados da RNM.
- (B) Sua especificidade para definição de invasão parietal é maior do que 90% e para identificação de doença linfonodal acima de 70%.
- (C) O uso de nano partículas de óxido de ferro aumenta tanto a especificidade como a sensibilidade na avaliação linfonodal.
- (D) É o melhor método para estadiamento dos tumores retais.
- (E) A RNM tem sido considerada a melhor ferramenta propedêutica para estabelecer a relação do tumor retal com o aparelho esfinteriano.

33. Com relação ao cisto pilonidal,

- (A) clinicamente pode ser classificado em: agudo (abscesso), crônico e recorrente ou complexo.
- (B) a antibioticoterapia é o melhor tratamento na fase aguda.
- (C) o tratamento não cirúrgico consiste na sua curetagem.
- (D) o procedimento cirúrgico de Karydakís consiste em ampla excisão, curetagem e cicatrização por segunda intenção.
- (E) as taxas de complicações dos flaps miocutâneos é inferior a 35%.

34. Após neoadjuvância para um tumor T3N1 localizado a 3 cm da margem anal, é INCORRETO afirmar:

- (A) O downstaging para T2N0 pela ressonância magnética, não autoriza a realização de excisão local por cirurgia transendoscópica (TEM ou TEO) ou transanal.
- (B) A ultrassonografia tem boa acurácia para distinguir lesão tumoral de fibrose pós-radioterapia, podendo ser utilizada para reestadiamento.
- (C) Deve-se aguardar no mínimo de 6 a 8 semanas para realização do tratamento cirúrgico.
- (D) Ileostomia protetora deve ser realizada, se a opção for por anastomose baixa.
- (E) O aparecimento de metástase hepática única não contra-indica a proctectomia após neoadjuvância.

35. Com relação à excisão local de tumores retais, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) Feridas distais após ressecções de pequenas lesões podem ser deixadas abertas.
 - (B) A ressecção de lesões deve-se restringir ao reto extraperitoneal pelo risco de perfuração ou deiscência da ferida operatória na cavidade peritoneal.
 - (C) Invasão de SM3, *budding*, lesões pouco diferenciadas são fortes preditores de metástase linfonodal em tumores T1 ressecados por excisão local.
 - (D) A microcirurgia transanal endoscópica (TEM) é superior a excisão transanal em termos de maior possibilidade de margens livres.
-

(E) As taxas de recidiva local para tumores T2 tratados exclusivamente por excisão local podem ser superiores a 20%.

36. Com relação ao tratamento cirúrgico do câncer de reto, assinale a alternativa INCORRETA:

(A) Fixação lateral na pelve, dor ciática e obstrução ureteral bilateral são indicativos de irresssecabilidade de tumores retais avançados.

(B) A taxa de fístula em anastomoses localizadas entre 3 a 6 cm da margem anal pode ultrapassar 15%, o que implica na realização de ostomia protetora nesses casos.

(C) Margens distais menores do que 2 cm podem ser aceitas, no sentido de preservar-se o aparelho esfinteriano.

(D) Comprometimento da margem radial de ressecção leva a taxas de recorrência local acima de 80%.

(E) A excisão total do mesorreto por via laparoscópica, apesar de não apresentar taxas diferentes de sobrevida em 3 e 5 anos, pode levar a maiores taxas de comprometimento das margens de ressecção radial.

37. Em relação à colite isquêmica, é INCORRETO afirmar:

(A) Dor abdominal é um fator de mau prognóstico.

(B) As estenoses devem sempre ser tratadas cirurgicamente.

(C) A maioria dos casos são resolvidos com manejo clínico-conservador.

(D) A colonoscopia é útil no diagnóstico diferencial de outras doenças.

(E) Na cirurgia, todo o cólon isquêmico deve ser ressecado.

38. Paciente feminina, 40 anos, chega à emergência com quadro de obstrução intestinal mecânica. Tomografia computadorizada de abdômen mostra lesão sugestiva de neoplasia de cólon sigmóide. A paciente informa ter sido submetida à colonoscopia há 10 anos, quando foram retirados 8 pólipos (adenomas) ao longo de todo o cólon. A melhor estratégia cirúrgica para este caso é:

(A) Ileostomia em alça para descompressão.

(B) Sigmoidectomia com colostomia ilíaca esquerda terminal.

(C) Sigmoidectomia com anastomose primária.

(D) Colectomia subtotal com anastomose ileorretal.

(E) Proctocolectomia total com ileostomia.

39. Paciente feminina, 86 anos, internada em pós-operatório de cirurgia para implantação de prótese total de quadril. Evolui com quadro de parada de eliminação de fezes e gases além de importante distensão abdominal. Mantém-se em bom estado geral com dor e hipertimpanismo abdominal. A radiografia simples de abdômen demonstra importante distensão gasosa de todo o intestino grosso. O diagnóstico provável e a respectiva conduta, respectivamente, são:

(A) Pseudo-obstrução colônica aguda e colostomia de descompressão.

(B) Obstrução colônica distal e cirurgia de Hartmann.

(C) Megacólon funcional e colectomia total com ileostomia.

(D) Obstrução colônica distal e colostomia de descompressão.

(E) Pseudo-obstrução colônica aguda e descompressão por colonoscopia.

40. Para definir um indivíduo como alto risco para o rastreamento de câncer colorretal, NÃO deve ser considerado:

(A) Idade acima de 50 anos.

- (B) Colonoscopia prévia com pólipos acima de 1 cm.
 - (C) Parente em primeiro grau com câncer colorretal abaixo de 45 anos.
 - (D) Dois parentes em primeiro grau com câncer colorretal (qualquer idade).
 - (E) Doença de Crohn de longa duração.
-

41. Anatomicamente as hemorróidas podem ser classificadas em:

- (A) Sintomáticas e assintomáticas.
 - (B) Internas, externas e trombosadas.
 - (C) Mistas, externas e internas.
 - (D) Prolapsadas e não prolapsadas.
 - (E) Trombosadas e não trombosadas.
-

42. Classificação de Beck e Wexner (1998) para os abscessos perianais:

- (A) Simples e complexas.
 - (B) Superficial, profundo e misto.
 - (C) Perianal superficial, perianal profundo, interesfincteriano e supra-elevador.
 - (D) Superficial, submucoso, interesfincteriano, supraesfincteriano e pelvirretal.
 - (E) Perianal, interesfincteriano, isquioanal e supraelevador.
-

43. Classificação de Parks (1976) para as fístulas perianais:

- (A) Superficial, profunda, simples e complexa.
 - (B) Simples, complexa, incompleta e completa.
 - (C) Interesfincteriana, supraesfincteriana e extraesfincteriana.
 - (D) Perianal, interesfincteriana e submucosa.
 - (E) Superficial, interesfincteriana, transesfincteriana, extraesfincteriana e supraesfincteriana.
-

44. No tratamento das fístulas perianais, a regra de Goodsall-Salmon é importante, pois pode ajudar a localizar o orifício interno da fístula. A regra diz que

- (A) fístulas posteriores drenam para a linha média posterior.
 - (B) fístulas anteriores drenam para a linha mediana anterior.
 - (C) fístulas anteriores drenam para a linha média posterior.
 - (D) fístulas posteriores apresentam um trajeto retilíneo.
 - (E) tanto as fístulas anteriores e posteriores drenam para a linha média.
-

45. Com relação a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI), assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) O índice de Truelove-Witts é importante para avaliar a atividade clínica.
- (B) Aproximadamente 40% dos pacientes submetidos a proctocolectomia com bolsa ileal desenvolverão bolsite (*pouchitis*) crônica refratária.

(C) Irite, uveíte, episcleríte e o pioderma gangrenoso são manifestações extraintestinais pouco frequentes (menos de 10%).

(D) A colangite esclerosante primária pode surgir independentemente da atividade da doença.

(E) As manifestações extra intestinais mais comuns são relacionadas ao sistema músculo esquelético.

46. Quanto ao diagnóstico diferencial entre retocolite ulcerativa idiopática e doença de Crohn:

(A) O tabagismo é fator de proteção na doença de Crohn.

(B) Retocolite têm localização preferencial no reto e região perianal.

(C) A presença de estenose é mais frequente na doença de Crohn.

(D) A diarreia hemorrágica é mais frequente na doença de Crohn.

(E) A retocolite tem como formas principais as formas fistulizantes e penetrantes.

47. Em relação ao intervalo da colonoscopia:

(A) Presença de 1-2 adenomas tubulares < 1 cm, repetir exame em 3 anos.

(B) Ausência de pólipos, novo exame em 8 anos.

(C) Presença de pequenos pólipos hiperplásicos distais, novo exame em 5 anos.

(D) Presença de 1 adenoma > 1 cm, repetir exame em 3 anos.

(E) Presença de mais que 10 adenomas, novo exame entre 3 e 6 meses.

48. Com relação ao tratamento da doença diverticular dos cólons forma sintomática, uma das opções da terapêutica medicamentosa é

(A) sulfametazina.

(B) domperidona.

(C) prucaloprida.

(D) mesalazina.

(E) dimeticona.

49. Paciente de 45 anos sem comorbidades, portador de câncer de reto médio, cujo estadiamento pré-operatório foi compatível com T4N0M0, deve ser tratado preferencialmente por

(A) somente quimioterapia neoadjuvante.

(B) quimioterapia e radioterapia neoadjuvante.

(C) retossigmóidectomia com excisão total do mesorreto e linfadenectomia pélvica.

(D) hemicolectomia ampliada e esvaziamento linfonodal.

(E) radioterapia exclusiva (watch and wait).

50. Em relação aos pólipos colorretais:

(A) A perda da polaridade celular não é característica da displasia de baixo grau.

(B) Ao contrário dos carcinomas intramucosos, os adenomas tubulares tem menor potencial de malignização.

(C) Adenomas com alto grau de displasia devem ser tratados como carcinomas invasivos.

(D) As neoplasias intraepiteliais de alto grau apresentam pior prognóstico do que os carcinomas intramucosos.

(E) Neoplasias intraepiteliais representam um menor risco quando comparados aos carcinomas *in situ*.

51. Assinale a alternativa INCORRETA:

(A) Os músculos elevadores do ânus envolvem toda a circunferência da ampola do reto.

(B) O esfíncter anal externo é constituído por 3 segmentos: profundo, superficial e subcutâneo.

(C) O reto do ponto de vista cirúrgico começa 2 a 3 cm abaixo do promontório sacral.

(D) O corpo cavernoso anal se localiza na submucosa do canal anal entre a linha anorretal e a pectínea.

(E) Diferentemente do esfíncter anal externo, o esfíncter anal interno não apresenta divisões na sua constituição.

52. Quanto à fisiologia anorretal, assinale a alternativa INCORRETA:

(A) A pressão durante a contração voluntária corresponde em geral de 4 a 6 vezes as pressões de repouso.

(B) A primeira sensação retal é geralmente sentida quando o volume do balão intrarretal atinge 10 a 20 mL.

(C) O reflexo inibitório retoanal é o relaxamento reflexo do esfíncter anal interno e uma excitação compensatória do externo.

(D) O reto normal é altamente complacente, pois pode aceitar um grande volume com pequena variação da pressão.

(E) Nos pacientes com megacólon chagásico, o reflexo inibitório reto anal (RIRA) pode estar ausente.

53. Quanto aos abscessos anorretais, é INCORRETO afirmar:

(A) São coleções de pus que se instalam nos tecidos perianais e perirretais extraperitoniais.

(B) A infecção criptoglandular é responsável por 60 a 75% dos casos de abscessos perianais.

(C) Podem se instalar em 4 espaços potenciais.

(D) O diagnóstico diferencial deve ser feito com trombose hemorroidária, fissura anal, câncer e infecções sexualmente transmissíveis.

(E) Também podem causar abscessos: as doenças inflamatórias intestinais, hidradenite supurativa, doença pilonidal e tuberculose.

54. Assinale a alternativa INCORRETA:

(A) O diagnóstico diferencial entre a doença de Bowen e a papulose bowenóide é feito principalmente pelos dados clínicos.

(B) No tratamento cirúrgico da polipose adenomatosa familiar (FAP) pode-se, em casos selecionados, fazer uma colectomia total com anastomose ileorretal e seguimento endoscópico periódico do reto.

(C) A colocação de drenos abdominais após cirurgias colorretais eletivas diminui a ocorrência de infecção pélvica.

(D) Pacientes que se apresentam com quadro agudo de hemorróidas prolabadas, trombosadas e com gangrena, necessitam de tratamento médico de urgência e de preferência cirúrgico.

(E) Apesar de ainda ser um paradigma, o preparo mecânico do cólon pode ser dispensado em grande parte das cirúrgicas colorretais, segundo os dados de revisão sistemática e metanálise.

55. A avaliação da função anorretal consiste em medir e analisar os seguintes parâmetros, EXCETO:

(A) Presença ou ausência do reflexo inibitório retoanal (RIRA).

(B) O comprimento funcional do canal anal.

- (C) Função do esfíncter anal, incluindo a pressão do esfíncter em repouso, contração e evacuação.
 - (D) Mudanças nas pressões anais e retais durante a tentativa de evacuação.
 - (E) Pressão de relaxamento máxima e contração máxima do reto.
-

56. Com relação às colostomias, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) A procidência de colostomia é complicação comum em colostomizados, principalmente nas colostomias terminais e em alça.
 - (B) As colostomias temporárias podem ser utilizadas no tratamento de ferimentos traumáticos colorretais.
 - (C) As principais complicações são isquemia, desabamento, estenose e hérnia paracolostomicas.
 - (D) A reconstrução das colostomias em geral é um procedimento cirúrgico simples com baixa taxa de morbi-mortalidade.
 - (E) Os principais tipos de colostomias são: terminal, em alça ou em 2 bocas.
-

57. Assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) Nos pacientes com suspeita de amiloidose, a biópsia para confirmar o seu diagnóstico deve ser da mucosa e principalmente da submucosa do reto.
 - (B) Paciente com diagnóstico de carcinoma intraepitelial de células escamosas de margem anal, medindo 1 cm, deve ser submetido a cauterização da lesão.
 - (C) A presença no cólon de mais de 20% dos marcadores de trânsito colônico após 7 dias é sugestiva de dismotilidade colônica.
 - (D) Quando se realiza o preparo de cólon com manitol 10 a 15%, há uma maior proliferação de *Escherichia coli*.
 - (E) A síndrome polipóide Cronkhite-Canadá está associada a oncodistrofia, alopecia e pigmentação.
-

58. Assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) Nas lesões traumáticas do esfíncter anal o reparo tardio é o melhor método de tratamento.
 - (B) Nos pacientes HIV positivos a afecção anal mais frequentemente observada é o condiloma.
 - (C) Os lipomas colorretais caracterizam-se por serem tumores benignos, gordurosos e encapsulados.
 - (D) Os principais locais acometidos da colite isquêmica são retossigmóide e a flexura esplênica.
 - (E) A transição do sigmóide para o reto ocorre do ponto de vista anatômico na altura da terceira vértebra sacral.
-

59. Paciente com diagnóstico e câncer de próstata, foi submetido a tratamento radioterápico. Vem apresentando quadro importante de sangramento por via retal praticamente diário. Realizada a colonoscopia evidenciou retite actínica intensa com sangramento. A melhor opção terapêutica é:

- (A) Instilação de fomalina a 15%.
 - (B) Injeção de solução de adrenalina nos vasos sangrantes.
 - (C) Coagulação com aplicação de plasma de argônio.
 - (D) Cauterização dos vasos com bisturi elétrico.
 - (E) Infiltração com solução alcoólica 90%.
-

60. Assinale a alternativa correta:

- (A) Os linfáticos do reto médio e baixo drenam para os gânglios linfáticos da artéria mesentérica inferior.

- (B) O mecanismo voluntário da evacuação depende do mesencéfalo.
 - (C) A continência anorretal é realizada pelos nervos simpáticos.
 - (D) Os impulsos motores para o esfíncter anal externo e o músculo puborretal passam pelo nervo pudendo.
 - (E) O canal anal funcional é maior em mulheres do que em homens.
-

61. A posologia adequada de infliximabe (dose e intervalos de aplicação) para indução de remissão da doença de Crohn ativa é

- (A) 5 mg / kg de peso, semana zero, 5 e 10.
 - (B) 5 mg / kg de peso, semana zero, 3 e 6.
 - (C) 5 mg / kg de peso, semana zero, 2 e 4.
 - (D) 10 mg / kg de peso, semana zero, 2 e 8.
 - (E) 5 mg / kg de peso, semana zero, 2 e 6.
-

62. Dos genes associados ao câncer colorretal abaixo descritos, o único classificado como proto-oncogene é

- (A) APC.
 - (B) DCA.
 - (C) K-ras.
 - (D) DCC.
 - (E) P53.
-

63. A localização mais comum das fissuras anais no canal anal é na região

- (A) média posterior.
 - (B) lateral esquerda.
 - (C) lateral esquerda e média anterior.
 - (D) média anterior.
 - (E) lateral direita.
-

64. NÃO é característica dos divertículos na doença diverticular dos cólons na forma localizada (hipertônica):

- (A) Pequenos.
 - (B) Projeção serosa rara.
 - (C) Forma globosa.
 - (D) É comum a presença de cíbalos.
 - (E) Localizam-se no cólon sigmóide.
-

65. Classificação de Hinchey utilizada na classificação da diverticulite:

- (A) Estádio II – peritonite purulenta.
 - (B) Estádio I – diverticulite com abscesso pericólico.
-

- (C) Estádio IV – abscesso retroperitoneal ou pélvico.
- (D) Estádio III – peritonite fecal.
- (E) Estádio IV – abscesso em fundo de saco e peritonite fecal.

66. O uso do trinitrato de glicerina (gliceril trinitrato) está indicado para o tratamento

- (A) do prurido anal.
- (B) da fístula anal crônica.
- (C) do abscesso perianal.
- (D) da herpes simples.
- (E) da fissura anal crônica.

67. Considere:

DOENÇA	ALTERAÇÃO
1) Câncer colorretal esporádico	A) Alteração nos genes p53, DCC, APC
2) Polipose adenomatosa familiar	B) Alteração no gene APC cromossoma 5
3) Câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC)	C) Alteração nos genes de reparo (hMSH2 e hMLH1)

Faça a associação correta entre Doença e Alteração:

- (A) 1C, 2B, 3A
- (B) 1C, 2A, 3B
- (C) 1A, 2B, 3C
- (D) 1A, 2C, 3B
- (E) 1B, 2A, 3C

68. O resultado anatomopatológico revelou: adenocarcinoma de cólon pouco diferenciado, presença de células em anel de sinete, mucossecretor, invasão perineural e angilinfática, invasão até serosa com 6 gânglios comprometidos em 32 dissecados. De acordo com Dukes-Astler-Coller classifique:

- (A) C1
- (B) C2
- (C) B2
- (D) C3
- (E) D

69. Com relação ao exame proctológico, é INCORRETO afirmar:

- (A) Para a realização da retossigmoidoscopia faz-se necessário o preparo mecânico do cólon e um bom nível de sedação.
- (B) Nas enfermidades anais causadoras de dor, sofrimento e grande desconforto, o exame proctológico restringe-se inicialmente ao necessário para confirmar o diagnóstico.
- (C) A sequência do exame proctológico deve ser: posicionamento do paciente, inspeção estática e dinâmica, palpação do ânus, toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia.
- (D) As principais complicações do exame proctológico são perfuração e hemorragia.

(E) A posição genupeitoral permite uma ótima condição para a realização do retossigmoidoscopia.

70. Com relação à classificação de Haggitt para a avaliação de carcinomas em pólipos colorretais:

(A) No nível 4 há invasão da camada muscular própria.

(B) No nível 1 não ocorre invasão da submucosa.

(C) A invasão da submucosa na cabeça do pólipó é definida como nível 2.

(D) Os pólipos sésseis com invasão de submucosa são definidos como nível 4.

(E) No nível 3 a invasão limita-se à junção entre a cabeça e o pedículo.
