



SBCP
Sociedade
Brasileira
de Coloproctologia

CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA CATEGORIA ESPECIAL

PROVA TEÓRICA

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno contém **70 questões**. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Leia cuidadosamente cada uma das questões, escolha a alternativa que você considera certa (A, B, C, D ou E) e assinale **a tinta** na folha de respostas.
- Responda a todas as questões.
- Ao terminar entregue a folha de respostas ao fiscal da prova.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos ou telefonia celular.
- Você terá **3 horas** para responder a todas as questões. Encerrado esse tempo, a folha de respostas será imediatamente recolhida, sem nenhuma prorrogação.

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

-
1. A ligadura elástica de mamilos hemorroidários internos, descrita em 1963 por Barron, pode ser realizada utilizando-se aparelhos de sucção a vácuo ou aparelhos de apreensão com pinça. Vantagens e desvantagens do uso de cada tipo de aparelho:
- (A) a vácuo é menos doloroso, porém pode produzir maior sangramento.
 - (B) a vácuo é tecnicamente mais fácil, porém é um procedimento mais custoso.
 - (C) de apreensão com pinça é tecnicamente mais difícil, porém produz menor sangramento.
 - (D) a vácuo dispensa auxiliar, porém por ser menor, comporta menos tecido hemorroidário a ser ligado.
 - (E) de apreensão com pinça nunca necessita auxiliar, porém é um procedimento que pode ser doloroso.
-
2. A hemorroidectomia pela técnica de Whitehead consiste em
- (A) excisão circunferencial dos mamilos hemorroidários externos e ligadura escalonada dos mamilos hemorroidários internos.
 - (B) excisão elíptica dos mamilos hemorroidários mistos e rotação do excesso de pele para cobrir os defeitos remanescentes.
 - (C) excisão circunferencial dos mamilos hemorroidários e mucosa do canal anal na altura da linha denteada e reaproximação da mucosa remanescente ao anoderma.
 - (D) excisão circunferencial dos mamilos hemorroidários internos e sutura do anoderma à mucosa remanescente após a ressecção individual dos mamilos hemorroidários externos.
 - (E) excisão circunferencial dos mamilos hemorroidários e mucosa do canal anal na altura da linha denteada deixando-se a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção.
-
3. A técnica mais recente para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária consiste na utilização do grampeador mecânico PPH (procedure for prolapse and hemorrhoids). Em relação a este método é correto afirmar que
- (A) o procedimento está contraindicado nos casos de prolapso mucoso circular pelo alto risco de hemorragia pós-operatória.
 - (B) o procedimento pode ser utilizado para pacientes com todos os graus de hemorróidas, porém é mais bem indicado para a doença hemorroidária mista com componente interno de segundo e terceiro graus.
 - (C) o grampeamento mecânico PPH é também conhecido como hemorroidopexia mecânica, porém este termo é inadequado, pois a remoção do tecido hemorroidário é sempre realizada com o uso do método.
 - (D) o tratamento das fissuras e dos plicomas anais pode ser facilmente realizado de modo concomitante ao uso do grampeamento mecânico PPH e o sangramento pós-operatório raramente é uma complicação do método.
 - (E) o procedimento pode ser utilizado para pacientes com todos os graus de hemorróidas, porém é mais bem indicado para pacientes com doença hemorroidária interna de segundo e terceiros graus refratárias a ligadura elástica ou quarto grau que pode ser reduzida sob anestesia.
-
4. Paciente masculino de 59 anos é submetido à retossigmoidectomia abdominal por adenocarcinoma de reto distando 8 cm da margem anal. Realizada a anastomose com grampeador mecânico e colocado drenos de aspiração contínua na pelve inferior. No primeiro dia de pós-operatório começa a apresentar febre de 38,5 graus, dor de forte intensidade no andar inferior do abdome, na ferida operatória e na região perineal, drenagem de material fluido escurecido pelo dreno e pela ferida operatória em pequena quantidade. O exame clínico demonstra alterações no sensório e instabilidade hemodinâmica. Este quadro clínico sugere
- (A) atelectasia pulmonar.
 - (B) infecção pós-operatória por flora gram negativa.
 - (C) infecção pós-operatória por *Staphylococcus aureus*.
 - (D) infecção pós-operatória por *Clostridium perfringens*.
 - (E) sangramento pós-operatório com hemoperitoneo.
-

-
5. Paciente feminina de 52 anos de idade é submetida à sigmoidectomia por doença diverticular complicada do sigmóide com anastomose colorretal. No 5º dia de pós-operatório inicia quadro febril de moderada intensidade, dor em quadrante inferior esquerdo do abdome, com sinais de irritação peritoneal à palpação abdominal superficial e profunda. O hemograma revela leucocitose de 23.000 leucócitos com desvio para a esquerda. Deve-se solicitar inicialmente para elucidar o diagnóstico:
- (A) colonoscopia.
 - (B) tomografia computadorizada do abdome e pelve sem contraste.
 - (C) tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste oral.
 - (D) tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste intravenoso.
 - (E) tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste intravenoso e oral, associada à enema com contraste hidrossolúvel se possível.
-
6. Paciente masculino de 56 anos é submetido à amputação abdominoperineal do reto por adenocarcinoma de reto inferior. Durante o descolamento do reto ocorre hemorragia venosa muito intensa oriunda do plexo venoso pré-sacro. A forma mais efetiva para o controle deste sangramento é
- (A) cauterizar os orifícios do osso sacro.
 - (B) utilizar cera óssea nos orifícios do osso sacro.
 - (C) utilizar pinos de metal nos orifícios do osso sacro.
 - (D) suturar as bordas dos orifícios do osso sacro.
 - (E) ligadura das veias ilíacas internas.
-
7. A atresia colônica é uma rara causa de obstrução intestinal. Ela representa somente 5% de todas as formas de atresia gastrointestinal. Em relação a este problema, pode-se afirmar que
- (A) é provavelmente causada por uma alteração vascular ocorrida durante a vida intrauterina.
 - (B) em geral não está associada à doença de Hirschsprung.
 - (C) em geral é restrita às porções distais do cólon.
 - (D) é uma obstrução completa do lúmen intestinal.
 - (E) é produzida por fatores genéticos hereditários.
-
8. O ângulo anorretal é muito importante no mecanismo da continência fecal. O músculo puborretal é de importância primordial na formação deste ângulo, portanto, pode-se afirmar que
- (A) o ângulo anorretal habitualmente permanece inalterado em 90 graus.
 - (B) durante o repouso o ângulo anorretal apresenta valores que oscilam entre 90 -110 graus.
 - (C) durante o repouso o ângulo anorretal apresenta valores que oscilam entre 75 - 90 graus.
 - (D) durante a contração o ângulo anorretal apresenta valores que oscilam entre 90 -110 graus.
 - (E) durante a defecação o ângulo anorretal apresenta valores que oscilam entre 90 -120 graus.
-
9. A esfinterotomia anal no leito fissurário, descrita por Eisenhammer nos anos 50, apresentava bons resultados na cicatrização das fissuras anais crônicas. No entanto, foi abandonada por apresentar um inconveniente problema:
- (A) maior incidência de infecção no leito fissurário.
 - (B) deformidade anal em “buraco de fechadura”, associada à estenose anal.
 - (C) deformidade anal em “buraco de fechadura”, associada à incontinência fecal.
 - (D) deformidade anal em “buraco de fechadura”, associada à dor anal crônica.
 - (E) maior dificuldade técnica na sua realização, pois é sempre necessário complementar com retalho cutâneo.
-

-
10. A etiologia da fissura anal, na maioria dos casos que se apresentam na prática clínica diária, está ligada principalmente aos seguintes fatores:
- (A) hipertonia esfínteriana e acidez das fezes.
 - (B) a presença da papila hipertrófica e plicoma sentinela.
 - (C) hipertonia esfínteriana e contaminação fecal do leito fissurário.
 - (D) hipertonia esfínteriana e perfusão sanguínea deficiente do anoderma do canal anal na linha média posterior.
 - (E) hipotonia esfínteriana e perfusão sanguínea deficiente do anoderma do canal anal na linha média posterior.
-
11. O tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococcígea necessita algumas vezes a transferência de retalhos para a cobertura do defeito tecidual após a ressecção da zona comprometida. A técnica de Karydakis é uma das mais antigas para este propósito, descrita em 1965 por este autor, e apresenta bons resultados. Basicamente consiste em
- (A) zetaplastia bilateral.
 - (B) zetaplastia unilateral.
 - (C) retalho em Y-V para a cobertura da ferida operatória.
 - (D) descolamento bilateral com cobertura da ferida operatória.
 - (E) avanço de retalho lateral de pele e subcutâneo cobrindo a ferida operatória.
-
12. A hidroadenite supurativa é uma patologia que pode ser encontrada na região glútea e perianal, além de outras localizações. Consiste basicamente em uma alteração cutânea infecciosa que envolve
- (A) os folículos pilosos.
 - (B) as glândulas sebáceas.
 - (C) as glândulas sudoríparas apócrinas.
 - (D) as glândulas sudoríparas écrinas.
 - (E) as glândulas sudoríparas merócrinas.
-
13. Paciente de 45 anos apresenta hidroadenite supurativa crônica há 15 anos. É tratado com medidas conservadoras e já foi submetido à excisão de tecido comprometido em duas ocasiões. Apresenta lesão ulcerada, de bordos elevados, não dolorosa, que necessitou ressecção e rotação de retalho. Considera-se como correto sobre o caso descrito:
- (A) a hidroadenite supurativa não ulcera e a possibilidade de carcinoma escamoso ulcerado deve ser afastada.
 - (B) a hipótese de carcinoma escamoso deve ser considerada, pois existe uma relação entre carcinoma cutâneo e hidroadenite supurativa.
 - (C) a possibilidade de herpes vírus tipo II deve ser aventada, pois existe uma relação entre a lesão cutânea viral e a hidroadenite supurativa.
 - (D) a *Chlamydia trachomatis* provavelmente é o agente etiológico da lesão ulcerada neste caso, pois é um dos germes mais frequentemente isolados.
 - (E) a possibilidade de carcinoma escamoso é a mesma da população geral, pois não existe relação provada entre o carcinoma escamoso e a hidroadenite supurativa.
-

-
14. A propedêutica bem conduzida do câncer retal é de extrema importância para orientar a conduta terapêutica e o acompanhamento dos pacientes portadores desta patologia. Assinale a alternativa correta.
- (A) A sigmoidoscopia flexível é a melhor indicação propedêutica para os casos de câncer retal.
 - (B) A retossigmoidoscopia é desnecessária e dispensável nos pacientes portadores de câncer retal já diagnosticado pela colonoscopia.
 - (C) Nos casos de câncer retal é indiferente a escolha da colonoscopia ou da retossigmoidoscopia, pois ambos os métodos se equivalem.
 - (D) A retossigmoidoscopia é sempre indicada nos pacientes portadores de câncer retal, mesmo naqueles já submetidos à colonoscopia com diagnóstico.
 - (E) A colonoscopia é desnecessária e dispensável nos pacientes portadores de câncer retal já diagnosticado pela retossigmoidoscopia.
-
15. O HNPCC (hereditary nonpolyposis colon cancer) é uma das síndromes hereditárias responsáveis pelo câncer de cólon. Cerca de 3% dos casos de câncer do cólon estão enquadrados nesta síndrome. Em relação à biologia molecular associada a esta síndrome, pode-se afirmar que
- (A) não está relacionada com os genes responsáveis pelo reparo do DNA que ocorre durante sua replicação.
 - (B) a sequência adenoma carcinoma é a principal responsável pelas alterações celulares da síndrome HNPCC.
 - (C) os genes hMSH2, hMLH1, hPMS1, hPMS2 não estão relacionados com o reparo do DNA, mas podem ser responsáveis pela síndrome.
 - (D) a síndrome está relacionada à instabilidade de microssatélites, isto é, pequenas alterações no gene APC, responsáveis pelo "mismatch" do DNA.
 - (E) a síndrome está relacionada à instabilidade de microssatélites, isto é, pequenas sequências de bases que formam a estrutura em dupla hélice do DNA.
-
16. A polipose adenomatosa familiar (FAP) apresenta uma variante clínica denominada polipose adenomatosa familiar atenuada. Considera-se a sequência de características desta variação da doença:
- (A) menos de 100 pólipos colorretais (entre 1 – 50), idade mais avançada (entre 34 – 44 anos), pólipos proximais à flexura esplênica em sua maioria, podem ocorrer manifestações extra colônicas da FAP.
 - (B) menos de 100 pólipos colorretais (entre 1 – 50), idade mais precoce (entre 10 – 20 anos), pólipos distais à flexura esplênica em sua maioria, podem ocorrer manifestações extra colônicas da FAP.
 - (C) entre 100 – 300 pólipos colorretais, idade mais avançada (entre 50 – 60 anos), pólipos proximais à flexura esplênica em sua maioria, em geral não ocorrem manifestações extra colônicas da FAP.
 - (D) sempre menos de 500 pólipos colorretais, idade mais precoce (entre 10 – 20 anos), pólipos distais à flexura esplênica em sua maioria, podem ocorrer manifestações extra colônicas da FAP.
 - (E) o número de pólipos é indiferente, o que diferencia as duas formas da doença é o tipo histológico dos pólipos. O pólipo hamartomatoso é mais frequente na forma atenuada da FAP.
-
17. Paciente masculino de 18 anos é portador de polipose adenomatosa familiar. Apresenta um número moderado de pólipos intestinais, em torno de 150, sendo apenas 5 pólipos presentes no reto. Será submetido à cirurgia profilática para neoplasia maligna colorretal. Proposta cirúrgica para este caso:
- (A) a proctocolectomia com anastomose íleoanal com bolsa é a única opção válida para o caso.
 - (B) a colectomia total com anastomose ileorretal somente seria válida, caso o paciente não apresentasse nenhum pólipo no reto.
 - (C) a colectomia total com anastomose ileorretal é uma opção técnica condenada nos casos de FAP, principalmente em pacientes jovens.
 - (D) a colectomia total com anastomose ileorretal é uma opção atraente para o caso, evitando-se as complicações das outras modalidades técnicas.
 - (E) a proctocolectomia com anastomose íleoanal com bolsa não apresenta maior incidência de complicações que as outras modalidades técnicas, sendo por isso a técnica de escolha para este caso.
-

-
18. Os critérios de Amsterdam foram elaborados para definir clinicamente e identificar pacientes com alta probabilidade de possuírem câncer de cólon hereditário não associado à polipose (HNPCC). Faz parte destes critérios:
- (A) pelo menos três casos de câncer de cólon na mesma família, com pelo menos um dos portadores sendo parente em primeiro grau dos demais. Pelo menos duas gerações na mesma família portadoras de carcinoma de cólon. Um indivíduo na família com menos de 50 anos de idade portador de câncer de cólon HNPCC.
 - (B) os critérios de Amsterdam são utilizados para definir clinicamente e identificar pacientes portadores de polipose colônica familiar, não sendo aplicados aos portadores de HNPCC.
 - (C) pelo menos três casos de câncer de cólon na mesma família, não importando o grau de parentesco. Uma geração na mesma família portadora de câncer de cólon. Todos os casos de câncer de cólon em indivíduos com menos de 50 anos de idade.
 - (D) pelo menos três casos de câncer de cólon na mesma família, todos com parentesco de primeiro grau. Pelo menos três gerações na mesma família portadoras de carcinoma de cólon. Um indivíduo na família com menos de 50 anos de idade portador de câncer de cólon HNPCC.
 - (E) pelo menos três casos de câncer de cólon na mesma família, com pelo menos dois portadores sendo parentes de primeiro grau dos demais. Pelo menos três gerações na mesma família portadoras de carcinoma de cólon. Dois indivíduos na família com menos de 50 anos de idade portadores de câncer de cólon HNPCC.
-
19. Atualmente a excisão total do mesorreto é de importância fundamental no tratamento cirúrgico do câncer do reto. A sobrevida nestes pacientes é maior em consequência da retirada dos linfonodos perirretais, evitando-se assim as metástases regionais. Entretanto, o método apresenta as seguintes inconveniências:
- (A) tempo cirúrgico prolongado e aumento das taxas de disfunção urinária.
 - (B) tempo cirúrgico prolongado e aumento do sangramento per-operatório.
 - (C) tempo cirúrgico prolongado e aumento das taxas de deiscências anastomóticas.
 - (D) não ocorre variação do tempo cirúrgico, porém o procedimento é de difícil realização técnica.
 - (E) tempo cirúrgico prolongado e aumento das taxas de impotência sexual e ejaculação retrógrada.
-
20. O estagiamento pré-operatório do câncer do reto é muito importante para selecionar e definir o melhor esquema terapêutico para cada caso,
- (A) a profundidade da invasão tumoral e a detecção de linfonodos perirretais comprometidos é melhor estudada pela ultrassonografia (US) endorretal.
 - (B) a tomografia computadorizada (TC) é o método que melhor avalia a profundidade de penetração do tumor na parede do reto e a detecção de linfonodos perirretais comprometidos.
 - (C) com os novos métodos de imagem disponíveis, o estagiamento clínico dos tumores do reto tende a ser abandonado.
 - (D) a ultrassonografia (US) endorretal é o método de escolha no estudo da profundidade da invasão tumoral, porém é pouco precisa na detecção de linfonodos perirretais comprometidos.
 - (E) a ressonância magnética é um ótimo método de estagiamento pré-operatório nos tumores do reto, porém não é preciso no estudo do comprometimento tumoral do complexo esfíncteriano.
-
21. A ressecção local por via transanal dos adenocarcinomas do reto obedece a rígidos critérios de operabilidade, visando evitar a recorrência tumoral. Considera-se critérios clínicos de operabilidade:
- (A) tumores < 5 cm de diâmetro, < 20% da circunferência do reto, limite de 15 cm da margem anal, móveis ao toque retal, sem linfonodos regionais envolvidos.
 - (B) tumores < 4 cm de diâmetro, < 40% da circunferência do reto, limite de 10 cm da margem anal, móveis ao toque retal, estágio T1-T2, sem linfonodos regionais envolvidos.
 - (C) tumores < 7 cm de diâmetro, < 50% da circunferência do reto, limite de 5 cm da margem anal, móveis ao toque retal, estágio T1, sem linfonodos regionais envolvidos.
 - (D) tumores < 4 cm de diâmetro, < 20% da circunferência do reto, limite de 5 cm da margem anal, o toque retal não é um exame conclusivo, estágio T1, sem linfonodos regionais envolvidos.
 - (E) tumores < 6 cm de diâmetro, < 30% da circunferência do reto, limite de 15 cm da margem anal, o toque retal não é um exame conclusivo, estágio T1, sem linfonodos regionais envolvidos.

-
22. Na avaliação dos tumores avançados do reto é muito importante estabelecermos critérios de ressecabilidade com o intuito de evitarmos procedimentos cirúrgicos desnecessários e equivocados. Uma das respostas condiz com um critério de irressecabilidade:
- (A) invasão tumoral da próstata.
 - (B) invasão tumoral da bexiga e útero.
 - (C) presença de tumores sincrônicos.
 - (D) presença de metástases hepáticas.
 - (E) invasão tumoral das raízes nervosas de S1-S2 ou invasão sacral na altura destas raízes.
-
23. Frequentemente, é necessária a criação de um estoma de derivação do trânsito intestinal com o intuito de proteção de uma anastomose intestinal. Quando a anastomose a ser protegida se localiza na metade esquerda do cólon,
- (A) a ileostomia em alça é contraindicada para este propósito.
 - (B) a ileostomia em alça é atualmente a melhor escolha na proteção destas anastomoses.
 - (C) as duas técnicas são comparáveis, apresentando os mesmos índices de complicações.
 - (D) a ileostomia em alça é de difícil realização técnica, quando comparada com a colostomia em alça.
 - (E) a colostomia em alça é superior a ileostomia em alça por apresentar menor índice de complicações.
-
24. A ileostomia pode acarretar as seguintes complicações tardias:
- (A) nefrolitíase e colelitíase.
 - (B) colelitíase e encefalopatia.
 - (C) encefalopatia e desidratação.
 - (D) desidratação e alcalose metabólica.
 - (E) nefrolitíase e lesão dérmica periestomal.
-
25. A angiodisplasia da parede do cólon é uma causa frequente de hemorragia intestinal baixa. São pequenas comunicações arteriovenosas localizadas na mucosa e submucosa da parede intestinal. Em relação às angiodisplasias do cólon, pode-se afirmar que
- (A) a doença de Osler-Weber-Rendu não apresenta angiodisplasias intestinais.
 - (B) são associadas à estenose aórtica, insuficiência renal crônica e doença de Von Willebrand.
 - (C) a embolização é contraindicada no tratamento do sangramento ativo decorrente das angiodisplasias do cólon.
 - (D) são incomuns antes dos 60 anos, associadas à estenose aórtica, porém não apresentam relação com a doença de Von Willebrand.
 - (E) a angiografia não é um método confiável no diagnóstico das angiodisplasias, pois são vasos muito estreitos não possibilitando sua visualização.
-
26. Paciente do sexo masculino, 53 anos, apresenta sangramento intestinal baixo de início súbito. Dá entrada na emergência em estado de choque, sendo necessária a reposição de sete unidades de concentrado de hemácias, além de vigorosa reposição hidroeletrólítica para manter a estabilidade hemodinâmica. A colonoscopia e os estudos angiográficos não conseguem demonstrar o sítio do sangramento. Após a reposição, volta a sangrar dentro do intervalo de 36 horas, sendo necessária a reposição de mais três unidades de concentrado de hemácias. Melhor conduta:
- (A) intervenção cirúrgica com colectomia direita.
 - (B) intervenção cirúrgica com colectomia subtotal.
 - (C) reposição vigorosa com sangue e soluções cristalóides.
 - (D) repetir os estudos angiográficos e tentar a embolização.
 - (E) repetir a colonoscopia e tentar a escleroterapia do ponto de sangramento.
-

27. Duas causas mais frequentes de hemorragia digestiva baixa grave em paciente com idade acima de 60 anos:

- (A) hemorróida e neoplasia dos cólons.
- (B) neoplasia de reto e neoplasia dos cólons.
- (C) doença diverticular dos cólons e neoplasia de reto.
- (D) retocolite ulcerativa e doença diverticular dos cólons.
- (E) doença diverticular dos cólons e angiodisplasia colônica.

28. Doença que pode aumentar a incidência de hemorragia digestiva por angiodisplasia colônica:

- (A) doença celíaca.
- (B) diabetes mellitus.
- (C) estenose aórtica.
- (D) lupus eritematoso.
- (E) tetralogia de Fallot.

29. Segmento colônico onde ocorre maior incidência de angiectasia:

- (A) ceco.
- (B) reto.
- (C) sigmóide.
- (D) cólon sigmóide.
- (E) cólon descendente.

30. Em relação à identificação de abscesso na doença diverticular complexa, pode-se afirmar que

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

31. Em relação à fístula na doença diverticular complexa:

- (A) o tipo de fístula mais comum associado à doença diverticular é a fístula coloentérica.
- (B) ressecção do cólon e cateterização da bexiga por 5 a 7 dias é uma opção para o tratamento de fístula colo vesical.
- (C) trauma abdominal e doença diverticular são respectivamente a primeira e segunda causas mais comuns de fístula colo vesical.
- (D) o gás na bexiga é raramente identificado nos exames de imagem de fístula colo vesical decorrente de doença diverticular.
- (E) o único tipo de tratamento para fístula colo vesical decorrente de doença diverticular é a ressecção colônica mesmo nos pacientes de grande risco cirúrgico.

-
32. Do ponto de vista dos anatomistas e dos cirurgiões, a junção retossigmoideana pode ser definida, respectivamente, por
- (A) terceira vértebra sacral e promontório.
 - (B) primeira vértebra sacral e promontório.
 - (C) promontório e quinta vértebra lombar.
 - (D) promontório e artéria ilíaca esquerda.
 - (E) terceira vértebra sacral e quinta vértebra lombar.
-
33. Do ponto de vista dos anatomistas e dos cirurgiões, o limite distal do reto também pode ser definido, respectivamente, por
- (A) linha denteada e margem anal.
 - (B) linha denteada e anel anorretal.
 - (C) anel anorretal e primeira válvula de Houston.
 - (D) primeira válvula de Houston e margem anal.
 - (E) primeira válvula de Houston e linha denteada.
-
34. A respeito do reto e suas válvulas de Houston, é correto afirmar que
- (A) a terceira válvula de Houston corresponde ao nível da reflexão peritoneal anterior.
 - (B) temos três válvulas, sendo duas localizadas à esquerda e uma válvula à direita.
 - (C) as válvulas contêm todas as camadas musculares e tem função na continência fecal.
 - (D) as válvulas se desfazem durante a dissecação do reto, aumentando em 5 cm seu comprimento.
 - (E) a primeira válvula corresponde ao local de excelência para a realização de biópsia do reto.
-
35. Sobre os cistos pilonidais,
- (A) a cola de fibrina é a opção de escolha para os cistos pequenos.
 - (B) lesões crônicas podem evoluir com associação de carcinoma epidermóide.
 - (C) podem estar associados a osteomielite sacral, fasciíte necrotizante e fístulas anais.
 - (D) os princípios da técnica de Bascom se baseiam nas observações feitas por Hodges.
 - (E) o tratamento pela técnica de Bascom consiste em uma excisão ampla da área afetada.
-
36. Sobre a hidradenite supurativa,
- (A) antibioticoterapia isolada não trata a patologia.
 - (B) o local de acometimento mais frequente é a região glútea.
 - (C) observa-se a obstrução dos ductos das glândulas sudoríparas apócrinas.
 - (D) patologia ocorre com maior frequência na infância e na velhice.
 - (E) colostomia e excisão da lesão com retalho cutâneo são as melhores opções de tratamento.
-
37. Quanto às manifestações extraintestinais da doença inflamatória intestinal, pode-se afirmar que
- (A) o eritema nodoso incide em cerca de 40% dos casos.
 - (B) a trombose mesentérica pós-operatória tem baixa mortalidade quando é tratada com anticoagulantes.
 - (C) a irite, a uveíte e a espondilite anquilosante afetam, exclusivamente, pacientes com pancolite em atividade.
 - (D) ocorre osteopenia em cerca de 50% dos enfermos e, frequentemente, está relacionada à corticoterapia.
 - (E) a colangite esclerosante pode evoluir para a malignização do sistema biliar, mas regride após a proctocolectomia total.

-
38. Quanto ao tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa, é correto afirmar que está indicada
- (A) proctocolectomia com bolsa ileal e anastomose pela técnica *pull-through*.
 - (B) proctocolectomia total com ileostomia definitiva nos casos com intensa proctite.
 - (C) proctocolectomia com bolsa ileal e preservação da zona de transição mucosa anal acima da linha denteada.
 - (D) proctocolectomia com anastomose coloanal baixa e ileostomia continente.
 - (E) colectomia total com anastomose colorretal para a maioria dos casos de retocolite ulcerativa.
-

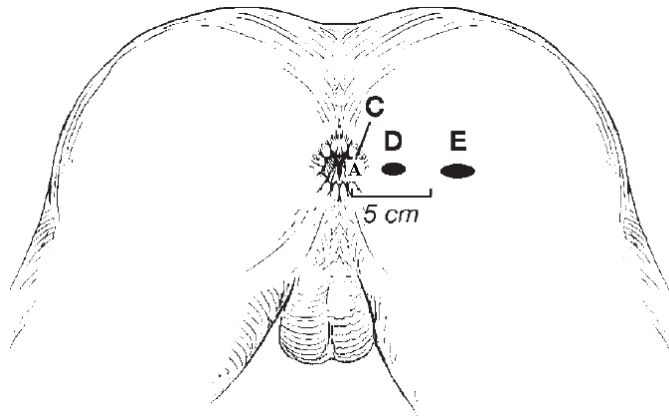
39. Quanto à anatomia colorretal,
- (A) a flexura cólica direita é mal vascularizada.
 - (B) o nervo hipogástrico passa através do canal de Alcock.
 - (C) o espaço isquiorretal se localiza no terço inferior da fossa isquiorretal.
 - (D) as fibras simpáticas do reto e do canal anal emergem através do forâmen sacral.
 - (E) a inervação simpática do reto e do cólon esquerdo origina-se de L-1, L-2 e L-3.
-

40. Assinale a alternativa correta.
- (A) Os adenomas serreados são muito frequentes.
 - (B) Os adenomas túbulo-vilosos raramente se malignizam.
 - (C) Os hamartomas isolados têm grande potencial de malignização.
 - (D) Os pseudopólipos são mais frequentes na doença inflamatória intestinal.
 - (E) Os pólipos adenomatosos com malignização sempre têm indicação de ressecção intestinal.
-

41. Quanto à proctocolectomia com anastomose íleoanal,
- (A) a bolsite é uma complicação rara da proctocolectomia com bolsa ileal.
 - (B) a ileostomia continente é a melhor abordagem para o tratamento da bolsite.
 - (C) o uso do afastador *LONE STAR*[®] facilita a exposição e reduz o trauma do mecanismo esfíncteriano.
 - (D) a morbidade precoce da anastomose íleorretal é alta com a anastomose bolsa ileal-anal.
 - (E) Sir Alan Parks preconizava a preservação da mucosa na anastomose bolsa ileal-anal.
-

42. Em relação à abordagem cirúrgica das fístulas entéricas na doença de Crohn, é correto afirmar que
- (A) a ileostomia de Kock com a ressecção do segmento intestinal afetado é a melhor abordagem.
 - (B) a cistectomia e a realização de ureterostomias estão indicadas nos casos com fístula entero-vesical.
 - (C) o segmento de intestino envolvido secundariamente pela doença de Crohn fistulosa, deve ser ressecado sempre que for possível.
 - (D) o *by-pass* com exclusão da região afetada reduz, significativamente, a taxa de morbidade e a possibilidade de complicações tardias.
 - (E) segundo Hill e col os princípios são: drenagem do processo séptico, correção de alterações metabólicas, identificação da anatomia e do processo patológico e ressecção.
-

43. Segundo a classificação do carcinoma anal de células escamosas, na figura abaixo, as letras representam as seguintes localizações das lesões:



Visão perianal do Sistema de Classificação de câncer anal

- (A) A = lesões intra-anais (canal anal); C, D e E = lesões perianais.
- (B) A = lesões anais intramurais; C, D e E = lesões anais extramurais.
- (C) A = lesões intra-anais (canal anal); C e D = lesões perianais; E = lesões de pele.
- (D) A e C = lesões intra-anais (canal anal); D = lesões perianais; E = lesões de pele.
- (E) A = lesões anais intramurais; C e D = lesões anais extramurais; E = lesões de pele.
-
44. Quanto à anatomia colorretal e anal:
- (A) a drenagem linfática acima da linha denteada ocorre via linfáticos retais superiores para os linfonodos mesentéricos inferiores e lateralmente para os linfonodos ilíacos internos.
- (B) os linfonodos colorretais são classificados em três grupos: primários, secundários e terciários.
- (C) a drenagem linfática do reto ocorre via linfáticos retais inferiores para os linfonodos mesentéricos inferiores e lateralmente para os linfonodos ilíacos internos.
- (D) os linfonodos colorretais são classificados em três grupos: pericólicos, paracólicos e para-aórticos.
- (E) a drenagem linfática abaixo da linha denteada ocorre via linfáticos retais inferiores para os linfonodos mesentéricos superiores e lateralmente para os linfonodos ilíacos internos.
-
45. Quanto ao estadiamento ultrassonográfico da extensão de invasão do câncer anal (uTNM),
- (A) uT3 = o tumor invade estruturas adjacentes.
- (B) uT2b = o tumor invade somente o esfíncter anal interno.
- (C) uT4 = o tumor invade através do complexo esfíncteriano e dentro dos tecidos perianais.
- (D) uT1 = o tumor invade somente o esfíncter anal interno.
- (E) uT2b = o tumor invade o esfíncter anal externo.
-
46. Quanto à base molecular do câncer colorretal (CCR),
- (A) o oncogen *ras* é o mais frequentemente mutado identificado no CCR.
- (B) o oncogen *p53* é o mais frequentemente mutado identificado no CCR.
- (C) mutações no gen APC ocorrem raramente nos adenomas e CCR esporádicos.
- (D) a instabilidade cromossômica é uma causa genética eventual de carcinogênese colorretal.
- (E) pacientes com câncer avançado que expressam o gen *p53* têm pior prognóstico, quando comparados aos que são *p53* negativos.

47. Estima-se em mais de uma centena o número de técnicas para o tratamento cirúrgico do prolapso retal. A operação preconizada por Altemeier é um exemplo de técnica

- (A) abdominal sem prótese.
- (B) subdérmica.
- (C) combinada, abdominal e perineal.
- (D) perineal.
- (E) laparoscópica com prótese.

48. Em relação ao prolapso retal,

- (A) a obesidade é um fator predisponente.
- (B) é uma afecção característica do homem idoso.
- (C) frequentemente se associa a incontinência fecal.
- (D) em crianças abaixo de dois anos é extremamente raro.
- (E) quando ocorre em adultos jovens é mais frequente em atletas.

49. Operação que pode desencadear um prolapso retal completo:

- (A) fistulotomia anal.
- (B) hernioplastia crural.
- (C) prostatectomia transvesical.
- (D) operação de Dixon.
- (E) perineoplastia.

50. A operação de Delorme consiste na ressecção de um manguito mucoso do prolapso e no pregueamento da camada muscular. Este procedimento

- (A) raramente apresenta recidivas.
- (B) é mais adequado para pequenos prolapso.
- (C) tem melhor resultado associado à rafia dos elevadores.
- (D) tem melhor resultado com o reforço de uma tela de polipropileno.
- (E) não deve ser realizado em idosos pelo risco de deiscência das suturas.

51. Na criança, é considerado fator predisponente para prolapso retal:

- (A) fibrose cística.
- (B) doença de Crohn.
- (C) retocolite ulcerativa.
- (D) colite cística profunda.
- (E) colite pseudomembranosa.

-
52. Apesar de raros, os acidentes durante uma colonoscopia existem. O fator que aumenta o risco de perfuração durante uma colonoscopia é:
- (A) gravidez.
 - (B) peritonite.
 - (C) angina instável.
 - (D) uso de warfarina.
 - (E) paciente em prótese respiratória.
-
53. Considere a seguinte situação: um paciente de 50 anos é submetido a uma colonoscopia na qual é encontrado e removido com alça diatérmica um pólipó semipediculado de cerca de 0,5 cm de diâmetro no colo ascendente. Terminado o exame o paciente se queixa de dor abdominal crescente que não melhora após a segunda hora de observação. A conduta neste caso deve ser
- (A) laparotomia imediata.
 - (B) repetir a colonoscopia para certificar-se que houve um acidente.
 - (C) hemogramas seriados para afastar a possibilidade de colite isquêmica.
 - (D) avaliar o paciente com rotina radiológica para abdome agudo.
 - (E) antibioticoterapia e observação.
-
54. A colonoscopia virtual ou TC colonografia, tem a seguinte vantagem sobre a colonoscopia convencional:
- (A) não requer sedação.
 - (B) identifica melhor as angiodisplasias.
 - (C) dispensa o preparo completo do colo.
 - (D) identifica melhor as lesões em pregas mucosas.
 - (E) tem maior especificidade para pólipos menores que cinco milímetros.
-
55. Na cirurgia por videolaparoscopia, deve-se ter a preocupação com relação à colocação dos trocartes:
- (A) trocartes colocados próximos uns aos outros maximizam sua utilização.
 - (B) o ideal é que os instrumentos fiquem entre 60 a 120 graus da linha de visão.
 - (C) instrumentos colocados em paralelo com a câmera melhoram a percepção de profundidade.
 - (D) trocartes próximos à margem costal não significam maior incidência de dor no pós-operatório.
 - (E) não se preocupar com os vasos da parede, pois a presença do trocarte comprime o vaso perfurado.
-
56. Na apendicectomia por videolaparoscopia:
- (A) o apêndice pode ser separado do ceco com a utilização de grampos (clipes) individuais.
 - (B) a retirada da peça deve ser feita após a retirada do trocarte para facilitar a sua passagem.
 - (C) a artéria apendicular não pode ser cauterizada com bisturi monopolar devido ao risco de hemorragia.
 - (D) o monitor deve ser colocado a esquerda do paciente para que o cirurgião fique bem posicionado junto a patologia.
 - (E) a utilização de grameador linear no apêndice está contraindicada devido ao risco de deiscência por causa da infecção presente.

57. Em relação às causas de prurido anal, pode-se afirmar que

- (A) a psoríase apresenta aumento da atividade mitótica podendo levar ao carcinoma intraepitelial.
- (B) na doença de Paget perianal observamos associação com neoplasia exclusivamente cutânea.
- (C) o *Enterobius vermicularis* (Oxyuris) vive no cólon proximal e apêndice migrando para o reto à noite.
- (D) a melhor opção para tratamento do líquen plano é a ressecção cirúrgica com margem de segurança.
- (E) o líquen escleroatrófico é mais comum em homens e está associado ao carcinoma de pênis.

58. No tratamento do megacólon chagásico,

- (A) o bloqueio do excesso da atividade simpática com bloqueio epidural melhora a fase aguda.
- (B) a manifestação do megacólon ocorre na fase aguda da doença, pela liberação maciça das toxinas.
- (C) a destruição dos plexos mioentéricos leva a uma dilatação proximal do segmento afetado, delimitando a ressecção.
- (D) o tratamento medicamentoso para descompressão consiste na administração venosa de neostigmina.
- (E) o segmento do cólon mais afetado pela destruição dos plexos mioentéricos é o sigmóide.

59. Sobre o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico,

- (A) transversostomia e posterior dilatação pneumática do reto consistem em uma boa alternativa à ressecção.
- (B) a cirurgia de Duhamel-Haddad surgiu da colaboração entre um cirurgião da Turquia e um brasileiro.
- (C) na cirurgia de Duhamel o cólon a ser ressecado é exteriorizado por uma abertura distal à linha pectínea.
- (D) a dilatação do reto e o espessamento de sua parede dificultam a anastomose com grampeamento.
- (E) o tratamento cirúrgico somente está indicado após a erradicação do agente causador da doença de Chagas.

60. Sobre a síndrome do intestino irritável,

- (A) alterações dietéticas não apresentam influência no curso da melhora dos sintomas.
- (B) o uso de opiáceos e narcóticos são uma boa opção para os casos de dor recorrente.
- (C) a utilização de antidepressivos, como a amitriptilina, melhora os sintomas.
- (D) ao contrário da doença Inflamatória intestinal não existe relação com estado emocional.
- (E) estudos com manometria demonstram uma diminuição da sensibilidade retal a distensão.

61. A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que ainda pode ser encontrada na prática médica diária. Era muito frequente em tempos passados e mais rara nos dias atuais. Uma das características clínicas da doença é a presença de lesões anais que podem ser confundidas com as fissuras anais comuns. A suspeita clínica do paciente ser portador de sífilis, nestes casos, é reforçada quando

- (A) o paciente apresenta dor intensa, febre e tenesmo.
- (B) encontra-se linfadenopatia inguinal ao exame clínico.
- (C) o paciente apresenta tais lesões na linha média posterior do canal anal na maioria das vezes.
- (D) o paciente apresenta lesões associadas correspondentes à fase terciária da sífilis na maioria das vezes.
- (E) o paciente apresenta lesões associadas correspondentes à fase secundária da sífilis na maioria das vezes.

62. O linfogranuloma venéreo, doença sexualmente transmissível, causada pela *Chlamydia trachomatis* se manifesta clinicamente da seguinte forma:

- (A) é em geral assintomática no homem.
- (B) proctite associada à diarreia severa e em alguns casos peritonite grave.
- (C) proctite associada a sangramento, tenesmo, secreção anal e em alguns casos fístulas e fissuras anais.
- (D) febre, vômitos, diarreia severa e estenose do reto e sigmóide.
- (E) proctite associada à incontinência fecal e anismo.

63. O tumor de Buschke-Lowenstein ou condiloma acuminado gigante apresenta as seguintes características:

- (A) pode desenvolver carcinoma de células escamosas, não invade estruturas anatômicas profundas, apresentar alta taxa de recidivas e é de fácil ressecção.
- (B) pode desenvolver carcinoma de células escamosas, invadir estruturas anatômicas profundas, apresentar alta taxa de recidivas e em alguns casos é irressecável.
- (C) pode desenvolver carcinoma de células escamosas, invadir estruturas anatômicas profundas, apresentar alta taxa de recidivas e é refratário ao tratamento radio-quimioterápico.
- (D) não desenvolve o carcinoma de células escamosas, não apresenta bons resultados com o tratamento radio-quimioterápico e está em muitos casos associado à SIDA.
- (E) pode desenvolver o carcinoma de células escamosas, é altamente sensível ao tratamento radioterápico, o tratamento quimioterápico não apresenta bons resultados e não apresenta associação com a SIDA.

64. O tratamento efetivo dos abscessos anais é a realização de drenagem cirúrgica que deve ser realizada por proctologista experiente. Em relação à técnica operatória:

- (A) a incisão de drenagem deve ser feita o mais medial possível e não necessariamente no ponto de maior flutuação.
- (B) a incisão de drenagem deve ser feita no ponto de maior flutuação do abscesso.
- (C) a melhor opção é esperar a drenagem espontânea do abscesso.
- (D) é indiferente o local da incisão de drenagem, desde que a mesma seja efetiva.
- (E) a incisão de drenagem deve ser feita o mais lateral possível e não necessariamente no ponto de maior flutuação.

65. A regra de Goodsall para a identificação dos trajetos das fístulas anais consiste

- (A) nos trajetos que sempre drenam para as criptas correspondentes.
- (B) nos trajetos anteriores que são em geral em fundo cego, enquanto os posteriores drenam para a cripta na linha média posterior.
- (C) nos trajetos anteriores que são curvilíneos e drenam para qualquer cripta, enquanto os trajetos posteriores são retilíneos e drenam para a cripta na linha média posterior.
- (D) nos trajetos anteriores que são em geral curvilíneos e drenam para a cripta na linha média anterior, enquanto os posteriores são retilíneos e drenam para a cripta correspondente.
- (E) nos trajetos anteriores que são em geral retilíneos e drenam para a cripta correspondente, enquanto os posteriores são curvilíneos e drenam para a cripta na linha média posterior.

66. Uma forma simples de identificar o orifício interno e o trajeto de uma fístula anal é:

- (A) explorar o trajeto fistuloso com uma pinça de Kely.
- (B) não há necessidade de identificar o orifício interno da fístula para a realização do procedimento cirúrgico.
- (C) a injeção de água oxigenada através do trajeto é contraindicada. A melhor solução é o contraste hidrossolúvel.
- (D) injetando água oxigenada pelo orifício externo e observando o canal anal com o afastador colocado na direção do provável trajeto fistuloso.
- (E) introduzir o estilete pelo orifício externo e forçar o mesmo através do provável trajeto fistuloso em várias direções até encontrar o orifício interno.

-
67. Para o tratamento das fístulas anais altas, isto é, dos tipos supraesfincteriano e extraesfincteriano, é correto afirmar que
- (A) estas fístulas são tratadas de modo conservador.
 - (B) o uso do seton é suficiente para evitar a incontinência fecal.
 - (C) tanto a fistulectomia, quanto a fistulotomia são os melhores métodos de tratamento.
 - (D) fistulectomia é o tratamento de escolha, pois esta técnica resguarda a massa esfícteriana.
 - (E) o avanço de retalho mucoso por via transanal é o tratamento de escolha por evitar a secção do complexo esfíncteriano.
-

68. Em relação à incontinência fecal,
- (A) as drogas constipantes estão indicadas no tratamento da incontinência anal por encoprese.
 - (B) o biofeedback está indicado no tratamento da incontinência anal por encoprese.
 - (C) a retopexia está indicada no tratamento da incontinência anal por prolapso retal.
 - (D) a enteróclise está indicada no tratamento da incontinência anal por causa inflamatória.
 - (E) a estimulação do nervo sacral está indicada no tratamento da incontinência anal por atresia anal.
-

69. Em relação ao tratamento da incontinência anal,
- (A) a graciloplastia está indicada no tratamento da incontinência anal com pequenas lesões esfíncterianas anais.
 - (B) a eletroestimulação do esfíncter anal interno tem grande evidência de eficácia clínica no tratamento da incontinência anal.
 - (C) a implantação de esfíncter artificial tem indicação absoluta nos casos de incontinência anal com esfíncter anal externo intacto.
 - (D) a cirurgia de Thiersch tem indicação no tratamento da incontinência anal devido à sua eficácia e seu baixo índice de complicações.
 - (E) a esfínteroplastia anterior está indicada no tratamento da incontinência anal devido a defeitos anteriores por lesões obstétricas e a derivação fecal é desnecessária.
-

70. Em relação aos métodos de avaliação do paciente com incontinência anal,
- (A) a ressonância magnética apresenta muita limitação para a avaliação do canal anal.
 - (B) um tempo de latência do nervo pudendo encurtado é observado na incontinência anal por neuropatia.
 - (C) a endossonografia com probe giratório de 270° é um dos melhores recursos para a avaliação dos esfíncteres anais.
 - (D) a defecografia pode demonstrar uma intussuscepção retal interna em pacientes com incontinência fecal com síndrome da úlcera retal solitária.
 - (E) o biofeedback permite uma melhor avaliação da percepção do paciente fornecendo informações sobre as atividades fisiológicas específicas na avaliação da incontinência anal.