



SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA - 2015

PROVA TEÓRICA

CADERNO
VERSÃO

B

NOME DO CANDIDATO

NÚMERO DO DOCUMENTO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

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

VOCÊ DEVE

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

Exemplo: A B C D

ATENÇÃO

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

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

BOA PROVA

Setembro
2015



01. Com relação ao câncer de canal anal, é CORRETO afirmar:

- (A) A doença de Paget perianal se apresenta com adenocarcinoma invasivo em cerca de 80% dos casos.
- (B) O melanoma é mais frequente em homens afrodescendentes de meia idade, e acomete principalmente a margem anal.
- (C) A proposta original de Nigro consistia em radioterapia com 30-Gy combinado com quimioterapia (5-FU e mitomicina).
- (D) A doença de Bowen se caracteriza por um carcinoma invasor que acomete a região anorretal.

02. Sobre os aspectos clínicos do câncer colorretal, pode-se afirmar:

- (A) Os pacientes portadores de tumores localizados acima da reflexão peritoneal têm uma pior sobrevida em cinco anos, em relação àqueles localizados abaixo da reflexão peritoneal.
- (B) As lesões malignas do cólon direito raramente são vegetantes, e por esse motivo, a obstrução desse segmento é mais rara.
- (C) Os quadros perfurativos ou obstrutivos do câncer colorretal tem um melhor prognóstico e não dependem do estadiamento tumoral.
- (D) A sincronicidade de tumores ocorre entre 2 a 8% nos pacientes portadores de câncer colorretal, sendo de extrema importância a colonoscopia pré-operatória e o exame do cólon pelo cirurgião no ato cirúrgico.

03. Em relação ao acompanhamento pós-operatório do câncer colorretal, pode-se afirmar:

- (A) A ressonância magnética é um exame de pouco valor no seguimento pós-operatório do câncer colorretal, pois não diferencia tecido tumoral e fibrose tecidual.
- (B) As recidivas tumorais ocorrem em geral nos primeiros seis anos, após a operação do câncer colorretal, em cerca de 15% dos pacientes.
- (C) Nos dois primeiros anos após a cirurgia são sugeridos acompanhamentos trimestrais, e a partir do terceiro ano a avaliação passa a ser semestral até o término do quinto ano.
- (D) Os exames de imagem são muito limitados para o seguimento pós-operatório do câncer colorretal, sendo atualmente substituídos pelos marcadores tumorais e os modernos métodos endoscópicos.

04. Na abordagem das manifestações da doença de Crohn perianal, é CORRETO afirmar:

- (A) Na presença de fístulas múltiplas comprometendo o esfíncter, a melhor opção é a colocação de sedelhos não cortantes.
- (B) As úlceras profundas devem ser tratadas com ressecção extensa seguida de ressutura por planos.
- (C) Os abscessos devem ser tratados apenas com antibióticos e calor local, para não aumentar o número de trajetos fistulosos.
- (D) A estenose anal deve ser tratada rotineiramente com derivação intestinal.

05. A operação descrita por Delorme (1900) é uma opção para o tratamento cirúrgico da procidência do reto. Em relação a esta técnica é CORRETO afirmar:

- (A) É necessário associar a histerectomia por via abdominal, para a realização deste procedimento cirúrgico.
- (B) A fixação do reto ao promontório é realizada com tela de polipropileno.
- (C) Esta operação consiste em uma retossigmoidectomia perineal.
- (D) Apresenta boa tolerância, sendo indicada para pacientes de alto risco operatório.

06. Em relação às provas funcionais de fisiologia anorretal na propedêutica da procidência do reto, pode-se afirmar:

- (A) A defecografia não apresenta nenhuma utilidade na detecção do prolapso retal interno ou invaginação.
- (B) Na manometria anorretal as pressões de repouso ou na contração máxima estão baixas, principalmente nos pacientes incontinentes.
- (C) O tempo de latência do pudendo é diminuído, principalmente nos pacientes incontinentes.
- (D) O reflexo inibitório retoanal está presente na maioria dos pacientes.

07. A retopexia com alça anterior ou operação de Ripstein, para o tratamento cirúrgico da procidência do reto, apresenta uma das seguintes características técnicas:

- (A) O reto é fixado à peça sacra com fitas laterais de fásia lata.
- (B) O reto e o sigmoide são fixados à goteira parietocólica esquerda com fios inabsorvíveis, formando uma alça fixa anterior.
- (C) Uma alça de tela de polipropileno é fixada ao púbis envolvendo o reto e fixando o mesmo.
- (D) Uma tela de teflon de 5 cm de largura é posicionada envolvendo o reto, fixando-se o mesmo à peça sacra.

08. Com relação às vantagens da colonografia por tomografia computadorizada, é CORRETO afirmar:

- (A) Pode ser realizada sem contraindicações em pacientes cardiopatas e submetidos à terapia anticoagulante.
- (B) Não necessita preparo intestinal, podendo ser realizada em casos de urgência.
- (C) Dispensa a insuflação do cólon, reduzindo a ocorrência de perfurações.
- (D) Apresenta alta sensibilidade na avaliação das alterações inflamatórias da mucosa e lesões ulceradas rasas.

09. Com relação à perfuração do cólon durante a colonoscopia, é CORRETO afirmar:

- (A) O diagnóstico da perfuração associada aos procedimentos terapêuticos endoscópicos, em geral, é precoce e está relacionado ao trauma mecânico durante a realização dos mesmos.
- (B) Doença diverticular, cirurgias abdominais prévias, tumores estenosantes do cólon, preparo inadequado do cólon, sangramento digestivo baixo ativo e isquemia do cólon são todos fatores associados a maior risco de perfuração durante uma colonoscopia diagnóstica.
- (C) A presença de gás retroperitoneal, mediastinal ou enfisema subcutâneo é uma apresentação incomum da perfuração livre durante colonoscopia, mas que exige tratamento imediato e agressivo com cirurgia.
- (D) Mesmo nos pacientes com apresentação tardia de perfuração, sintomas localizados, sem sinais sugestivos de peritonite difusa ou sepse, se há evidência de pneumoperitônio, o tratamento cirúrgico deve ser instituído prontamente e a confecção de estoma é aconselhável.

10. O tratamento da Doença de Crohn perianal, especialmente das fístulas e abscessos, geralmente combinam a cirurgia e tratamento clínico. As medicações, abaixo, estão indicadas no tratamento das fístulas perianais decorrentes da doença de Crohn, EXCETO:

- (A) Terapia biológica (anti-TNF).
- (B) Imunomoduladores.
- (C) Antibióticos.
- (D) 5-ASA.

11. São manifestações extraintestinais da retocolite ulcerativa que melhoram com a colectomia, EXCETO:

- (A) Artrite monoarticular recorrente.
- (B) Espondilite anquilosante.
- (C) Uveíte.
- (D) Irite.

12. Na avaliação de um episódio de hemorragia digestiva baixa, a cintilografia

- (A) tem como desvantagem a necessidade de preparo intestinal rigoroso.
- (B) com hemácias marcadas é sensível para diagnosticar sangramento com fluxo acima de 0,01 mL por minuto.
- (C) usando coloide marcado com tecnécio 99 é superior àquela com hemácias marcadas para o caso de sangramento intermitente.
- (D) pode indicar quais pacientes podem se beneficiar de angiografia e quais precisam apenas de técnicas menos invasivas.

13. Em relação a utilização da tomografia computadorizada (TC) para investigação diagnóstica das patologias colorretais, pode-se afirmar que

- (A) a identificação de divertículos não é mandatória para o diagnóstico de diverticulite aguda, que se baseia no espessamento segmentar do cólon associado ao edema e inflamação da gordura pericólica.
- (B) não é um bom exame de imagem para diagnósticos de tumores (benignos e malignos) do cólon, para diferenciá-los do adenocarcinoma.
- (C) não é um método útil para a detecção de metástases hepáticas do câncer de cólon.
- (D) o bário pode ser utilizado como contraste oral na tomografia computadorizada, quando a investigação diagnóstica exige um melhor detalhamento da superfície mucosa do cólon.

14. Sobre os exames de imagem na avaliação e planejamento do tratamento dos tumores de reto, pode-se afirmar que

- (A) o PET-TC é melhor indicado para reestadiamento do tumor de reto pós neoadjuvância com radioquimioterapia, uma vez que é capaz de diferenciar com precisão as alterações inflamatórias actínicas da persistência tumoral.
- (B) a ressonância nuclear magnética é capaz de diferenciar com muita facilidade e acurácia alterações actínicas de depósitos tumorais residuais, pós radioquimioterapia neoadjuvante nos tumores de reto.
- (C) a ressonância nuclear magnética tem acurácia similar à da ultrassonografia endoanal ao avaliar a profundidade de invasão parietal dos tumores de reto, o envolvimento linfonodal, com a vantagem de melhor avaliação da fásia mesorretal (margem radial).
- (D) o PET-TC tem alta sensibilidade para detectar tumores com baixa densidade celular ou metabólica, como naqueles do tipo mucinoso ou carcinoides.

15. Em doentes com polipose adenomatosa familiar, as neoplasias malignas mais frequentes são:

- (A) Carcinomas de supra-renal.
- (B) Carcinomas de tireoide.
- (C) Carcinomas periampulares.
- (D) Carcinomas de ovário.

16. São lesões perianais causadas pelo Papilomavírus humano (HPV), EXCETO:

- (A) Molusco contagioso.
- (B) Tumor de Buschke-Lowenstein.
- (C) Papulose bowenoide.
- (D) Condiloma acuminado.

17. Para o diagnóstico do condiloma acuminado anal, na maioria das vezes, precisamos de

- (A) citologia oncótica.
- (B) biopsia.
- (C) captura híbrida ou outro método de determinação de DNA do HPV.
- (D) exame clínico.

18. A contração paradoxal do puborretal produz obstrução de saída do bolo fecal, levando o paciente a realizar diversas tentativas de defecação. O tratamento de escolha para essa obstrução é

- (A) o biofeedback.
- (B) o uso tópico de bloqueadores de canal de cálcio.
- (C) o miectomia anorretal.
- (D) a cirurgia de Saul Sokol.

19. Paciente de 25 anos de idade, homossexual masculino, relata aparecimento de ulceração anal há 4 semanas. A ulceração incomoda pouco, está diminuindo, e ele atribui isso ao uso de pomada com policresuleno e cinchocaína. Durante o exame você percebe gânglios aumentados e indolores na virilha, bilateralmente, e rash cutâneo no tronco e extremidades. Frente ao caso clínico, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Infecção por *Chlamydia trachomatis*.
- (B) Herpes simples.
- (C) Sífilis.
- (D) Fissura anal por trauma.

20. Sobre a eletroestimulação sacral, no tratamento da incontinência fecal, é CORRETO afirmar:

- (A) A instalação do eletrodo é realizada em posição de Sims.
- (B) O cateter de eletroestimulação sacral é inserido a nível de S1-S2.
- (C) A intensidade utilizada no eletrodo é de 5 Volts e com 30 pulsos/segundo.
- (D) O índice de sucesso da eletroestimulação sacral oscila entre 70 e 90%.

21. Sobre o tratamento da incontinência anal, pode-se afirmar que

- (A) a terapia com *biofeedback* deve ser utilizada apenas nos casos sem condições de reparo cirúrgico, uma vez que apresenta resultados apenas satisfatórios em cerca de 50% dos pacientes.
- (B) a utilização de fibras e laxativos deve ser sempre evitada em pacientes com queixa de incontinência anal, pois aumenta o volume do bolo fecal, piorando drasticamente o quadro.
- (C) dentre os procedimentos cirúrgicos disponíveis, a técnica de esfínteroplastia por "*Overlapping*" anterior é preferencialmente escolhida em detrimento da abordagem posterior de "*Parks*".
- (D) a utilização de um estoma para impedir a perda fecal deve sempre ser informado pelo cirurgião ao paciente como uma possibilidade e sua indicação não precisa ser postergada.

22. Quanto à hemorragia digestiva baixa, é INCORRETO afirmar:

- (A) Cerca de 95% dos pacientes submetidos a radioterapia pélvica apresentam sangramento retal no primeiro ano, após o término do tratamento radioterápico.
- (B) A necessidade de tratamento cirúrgico de urgência, sem uma localização do sítio do sangramento, ocorre em 25% dos pacientes com sangramento digestivo baixo.
- (C) O exame de cápsula endoscópica está indicado em paciente com anemia ferropriva de origem obscura, suspeita de doenças de Crohn, tumores de intestino delgado e síndromes disabsortivas refratárias.
- (D) Pacientes com hemorragia importante, autolimitada e que foram estabilizados devem receber preparo intestinal e serem submetidos a colonoscopia em 24 horas.

23. Paciente de 40 anos, sexo masculino, portador de fístula anal, foi internado no hospital para tratamento cirúrgico. O cirurgião assistente optou pela fistulotomia em dois tempos durante o ato operatório. Essa técnica operatória consiste em

- (A) aplicar um sedenho exercendo compressão sobre a musculatura esfíncteriana por um período de quatro a seis semanas, sendo a mesma seccionada de modo gradativo pelo próprio sedenho, até a abertura total do trajeto fistuloso.
- (B) seccionar uma parte do trajeto fistuloso, aguardar a cicatrização da ferida operatória por um período de quatro a seis semanas, e após isso, seccionar o restante do trajeto remanescente.
- (C) seccionar o trajeto fistuloso de quatro a seis semanas, após a colocação de um sedenho através do mesmo, a fim de permitir a formação de tecido cicatricial e ancoragem da musculatura esfíncteriana.
- (D) executar a fistulotomia anal, aguardar de quatro a seis semanas até a granulação completa da ferida operatória, e realizar o avanço de retalho cutâneo perianal com a finalidade de fechar a ferida remanescente.

24. Estão associadas às fístulas retovaginais, EXCETO:

- (A) Trauma obstétrico.
- (B) Síndrome da úlcera solitária do reto.
- (C) Radioterapia em campo pélvico.
- (D) Infecção criptoglandular.

25. Considerando o trajeto habitual das fístulas anais, quando o orifício externo encontra-se anterior à linha bisquiática, pode-se afirmar que:

- (A) Possui trajeto retilíneo e orifício interno na cripta correspondente.
- (B) Possui trajeto retilíneo e orifício interno na cripta mediana anterior.
- (C) Possui trajeto curvilíneo e orifício interno na cripta mediana anterior.
- (D) Impossível determinar o trajeto sem fistulografia ou ultrassom.

26. Sobre o tratamento da fístula anal, é CORRETO afirmar:

- (A) Nas fístulas interesfíncterianas, a técnica do sedenho está mais bem indicada por evitar a secção inadvertida do puborretal e o *soiling* pós-operatório.
- (B) Ânus em buraco de fechadura é a complicação tardia, mais comumente, associada ao tratamento das fístulas laterais.
- (C) A incontinência fecal ocorre por lesão do aparelho esfíncteriano, sendo a complicação mais temida da operação para correção das fístulas anorretais.
- (D) O tratamento com esquema tríplice cicatriza a maioria das fístulas anais em tuberculosos, dispensando a operação para sua correção.

27. Em relação ao tratamento da fissura anal crônica, é CORRETO afirmar:

- (A) A esfíncterotomia anal externa lateral é o tratamento de escolha na presença de hipertonia esfíncteriana.
- (B) Os nitratos são doadores de óxido nítrico e atuam promovendo o relaxamento do esfíncter anal externo.
- (C) Os nitratos tópicos devem ser evitados como primeira linha de tratamento, devido aos índices de recidivas elevados.
- (D) O avanço de retalho cutâneo é uma alternativa interessante para o tratamento das fissuras, associadas à baixa pressão anal de repouso.

28. A incontinência fecal após a esfíncterotomia anal interna, para o tratamento cirúrgico da fissura anal crônica, é uma complicação muito rara. Em relação a esta intercorrência pós-operatória, pode-se afirmar:

- (A) Este problema é mais frequente em mulheres, pois apresentam o canal anal mais curto que o dos homens.
- (B) O uso do eletrocautério na esfíncterotomia anal interna pode, em algumas ocasiões, lesar a inervação esfíncteriana causando neuropatia pudenda pós-operatória.
- (C) A colocação do espéculo anal na esfíncterotomia anal interna pode, em pacientes portadores de miastenia *gravis* e *tabes dorsalis*, levar à incontinência fecal pós-operatória.
- (D) A hemorroidectomia pela técnica de Obando associada à esfíncterotomia anal interna é contraindicada, pois promove a incontinência fecal pós-operatória.

29. A técnica operatória, descrita em 1970 por Saul Sokol, para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária consiste em

- (A) aplicação de pontos escalonados em número de três a quatro nos componentes hemorroidários internos, no eixo longitudinal do canal anal.
- (B) utilização de retalhos mucocutâneos em forma triangular para o fechamento das feridas operatórias, após a ressecção dos mamilos hemorroidários.
- (C) ressecção de uma faixa de pele e mucosa do canal anal, retirada dos mamilos hemorroidários e aproximação das bordas da ferida circular com pontos separados na altura da linha pectínea.
- (D) ligaduras elásticas dos componentes hemorroidários internos, associada à ressecção cirúrgica dos mamilos hemorroidários externos.

30. Homem com 50 anos de idade apresenta-se em Serviço de Emergência com dor abdominal, vômitos e distensão abdominal. Início do quadro há 48 horas. Relata hipertensão arterial controlada e constipação intestinal crônica. Na história pregressa informa nefrectomia direita há 3 anos por infecção secundária a litíase. O exame radiológico convencional do abdome mostra uma alça distendida direcionada para o quadrante superior esquerdo do abdome, em forma de grão de café. Foi realizada tomografia de abdome com contraste retal, que revelou um ceco à esquerda, distendido, com bloqueio abrupto da coluna de contraste. Frente ao caso clínico, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Divertículo de Meckel.
- (B) Apendicite aguda.
- (C) Intussuscepção intestinal.
- (D) Volvo de ceco.

31. No Brasil, o volvo intestinal ocorre com maior frequência no

- (A) cólon sigmoide.
- (B) ceco.
- (C) cólon transverso.
- (D) íleo.

32. Sobre a doença diverticular é CORRETO afirmar:

- (A) A colonoscopia em vigência de diverticulite pode oferecer importantes informações não havendo contra-indicação formal, podendo mudar a conduta em 10% dos casos.
- (B) A ocorrência da peritonite purulenta classifica a diverticulite como Hinchey 2.
- (C) A tríade de Saint é descrita como a associação de diverticulose, colelitíase e hérnia de hiato, ocorre em 3 - 6% da população geral.
- (D) Não havendo sucesso com a drenagem percutânea de um abscesso localizado, está indicada abordagem cirúrgica, ressecção e derivação à Hartmann em todos os casos.

33. Sobre a diverticulite, sua ocorrência, complicações e abordagem, é CORRETO afirmar:

- (A) As fistulas colcutâneas, após abordagem cirúrgica da diverticulite, devem sempre ser reabordadas cirurgicamente.
- (B) O índice de insucesso na reconstrução de uma cirurgia à Hartmann varia entre 20 - 50%.
- (C) A via de acesso laparoscópica deve ser evitada nos casos de diverticulite.
- (D) A fistulização na doença diverticular ocorre em cerca de 70% dos casos, sendo a fistula colovesical a complicação mais comum.

34. A colite isquêmica foi bem definida por Martson et al. (1966). Sobre esta condição, é INCORRETO afirmar:

- (A) O cólon é o segmento gastrointestinal mais afetado pela isquemia, sendo responsável por cerca de 50-60% dos casos.
- (B) O diagnóstico diferencial mais comum se faz com a doença inflamatória e as colites infecciosas.
- (C) O segmento mais comumente afetado é o cólon esquerdo, devido a ocorrência frequente de arcada marginal incompleta (não comunicante) nos pontos de Sudeck (sigmoide) ou Griffith (ângulo esplênico).
- (D) A angiografia é o exame de maior sensibilidade para estes casos.

35. Paciente jovem em quadro agudo de retocolite ulcerativa e usando 80 mg de prednisona ao dia. Desenvolve megacólon tóxico e recebe indicação de tratamento cirúrgico. O melhor procedimento recomendado é a

- (A) proctocolectomia total com bolsa ileoanal.
- (B) colectomia total com ileorretoanastomose.
- (C) colectomia total com ileostomia e preservação do reto.
- (D) proctocolectomia total com ileostomia definitiva.

36. A complicação precoce, mais frequente, após uma cirurgia de proctocolectomia total com anastomose de bolsa ileal ao ânus é:

- (A) Sepses pélvica.
- (B) Obstrução intestinal.
- (C) Bolsite.
- (D) Fístula para a vagina.

37. No tratamento cirúrgico da doença de Crohn, deve-se considerar que

- (A) a atrofia intestinal faz com que os vasos sejam facilmente visualizados no mesentério adelgado.
- (B) as margens cirúrgicas de ressecção devem ser macroscópica e microscopicamente livres de doença inflamatória.
- (C) sendo uma doença de tratamento clínico, a indicação cirúrgica na maioria das vezes, deve-se primariamente à tentativa de resolução das manifestações extra-intestinais.
- (D) os achados cirúrgicos devem ser comparados com os sintomas e sinais pré-operatórios, e qualquer doença extensa que não pareça contribuir para os sintomas deve ser ignorada.

38. Paciente com 20 anos de idade é atendido com um *sinus* por doença pilonidal sacrococcígea, após o segundo episódio de abscesso num intervalo de 10 meses. Apresenta dois orifícios primários na linha média e um orifício secundário lateral direito, a 1,5 cm da linha média. No momento com sinais mínimos de inflamação, mas queixa-se de desconforto local permanente. A melhor conduta é

- (A) incisão e curetagem ou ressecção não alargada.
- (B) ressecção alargada e profunda até o fásia, deixando a ferida aberta.
- (C) ressecção alargada e rotação de retalho.
- (D) nenhuma intervenção, porque a doença pode curar-se sozinha.

39. A medida do corpo perineal realizada através da ultrassonografia anorretal, em pacientes do sexo feminino, é efetuada pela seguinte manobra:

- (A) Posicionar o transdutor ultrassonográfico no reto em ângulo de 45 graus, insuflar a vagina com ar através de uma sonda de Foley e realizar a medida do septo reto vaginal.
- (B) Calcular a medida da distância entre o dedo do examinador posicionado na parede posterior da vagina e a superfície interna do esfíncter anal interno.
- (C) Calcular a média aritmética dos valores encontrados entre dois transdutores ultrassonográficos posicionados no reto e na vagina.
- (D) Realizar a medida através do posicionamento do transdutor ultrassonográfico no reto previamente preenchido com contraste baritado e a vagina insuflada com ar, através de uma sonda de Foley.

40. Sobre a função anorretal e os dados obtidos na manometria, é INCORRETO afirmar:

- (A) A “pressão de repouso” do canal anal, que varia entre 40 e 70 mmHg, é dada exclusivamente pelo músculo esfíncter interno.
- (B) Define-se como “zona de alta pressão” do canal anal o comprimento do esfíncter anal interno, cuja pressão é maior que a metade da pressão de repouso.
- (C) O “reflexo inibitório reto-anal” é geralmente observado quando se provoca a distensão da ampola retal em pequenos volumes (10 - 30 mL).
- (D) A “primeira sensação retal” geralmente é percebida quando a insuflação do balão chega aos 40 mL de ar.

41. Paciente com 28 anos de idade é portador de doença pilonidal sacrococcígea com vários episódios de abscessos e fistulização nos últimos 8 anos. Queixa-se de drenagem permanente de secreção fétida, dor, desconforto, incapacitação para muitas atividades sociais. Refere cinco tratamentos cirúrgicos nos últimos anos, todos com ressecções de grandes áreas. O exame local mostra vários orifícios primários na linha média e orifícios secundários à direita, com deformidade cutânea. Exames de imagem, e outros, confirmam a etiologia de doença pilonidal crônica. A melhor conduta terapêutica é

- (A) nova ressecção alargada com fechamento primário direto.
- (B) simples incisão e curetagem dos trajetos fistulosos.
- (C) excisão com rotação de retalho cutâneo ou miocutâneo.
- (D) nova ressecção alargada deixando a ferida aberta.

42. A hidroadenite supurativa é uma doença que pode comprometer, além de outras, a região perianal. Ela é consequente ao comprometimento de glândulas

- (A) sudoríparas apócrinas.
- (B) sudoríparas écrinas.
- (C) sudoríparas merócrinas.
- (D) sebáceas.

43. O melhor tratamento para um paciente com hidroadenite supurativa extensa da margem anal e períneo, com acometimento também das regiões glúteas, é

- (A) abertura de todos os trajetos fistulosos, curetagem e antibioticoterapia pós-operatória.
- (B) cirurgia de ressecção de toda a área cutânea comprometida, seguida de reconstrução plástica.
- (C) o uso de derivados do ácido retinóico, corticosteroides e antibióticos, em altas doses e por tempo prolongado.
- (D) a radioterapia.

44. A etiologia mais frequente para os abscessos e fístulas perianais é a infecção

- (A) das glândulas anais no espaço isquiorretal.
- (B) retrógrada do sistema porta.
- (C) das glândulas anais no espaço interesfincteriano.
- (D) dos trombos hemorroidários internos.

45. Com relação à anatomia do ânus, pode-se afirmar que

- (A) o músculo corrugador da pele do ânus é derivado do esfíncter interno, sendo um dos responsáveis pelo fechamento da fenda anal.
- (B) o esfíncter interno é formado pela condensação da camada longitudinal da parede do reto.
- (C) o conceito de canal anal longo, também chamado funcional, foi sugerido por sua relevância cirúrgica.
- (D) o revestimento do canal anal, abaixo da linha pectínea, é formado por epitélio escamoso e a zona de transição ou cloacogênica é revestida por epitélio colunar.

46. Sobre a inervação da região anorretal, pode-se afirmar que

- (A) na cirurgia de ressecção do reto, a bexiga neurogênica é uma ocorrência exclusiva do paciente do sexo masculino.
- (B) na cirurgia de ressecção do reto, a lesão do plexo que origina os nervos erigentes pode abolir a função erétil e levar à disfunção ejaculatória.
- (C) na cirurgia de ressecção do reto, a lesão dos nervos autonômicos do plexo hipogástrico eleva o risco de deiscência das anastomoses coloanais.
- (D) o plexo sacral contém apenas nervos autônomos do sistema parassimpático.

47. Um dos fundamentos de seguir o plano avascular sagrado de Heald (1988) ou "*Heald holy plane*", na região pré-sacral, é

- (A) evitar a lesão da próstata, das vesículas seminais e do colo da bexiga.
- (B) evitar a lesão das veias e artérias hipogástricas profundas e das artérias sacrais médias.
- (C) criar um plano avascular de dissecação e facilitar a colocação do grampeador circular.
- (D) preservar os ramos direito e esquerdo do plexo autonômico hipogástrico.

48. Sobre a classificação da doença hemorroidária (Banow *et al.* 1985), é CORRETO afirmar:

- (A) Hemorroidas grau III apresentam mamilos internos, que prolapsam sem esforço defecatório e não necessitam manobras de redução.
- (B) Hemorroidas grau II apresentam mamilos internos, que prolapsam apenas durante o esforço defecatório e exigem manobras de redução.
- (C) Hemorroidas grau I apresentam mamilos internos, que ingurgitam no canal anal sem prolapsar.
- (D) Hemorroidas grau IV apresentam mamilos internos, que prolapsam durante qualquer tipo de esforço e não necessitam manobras para redução.

49. Quanto à infecção de ferida operatória após procedimento cirúrgico colorretal, pode-se afirmar que

- (A) as infecções profundas do sítio cirúrgico se apresentam tardiamente, em torno do 10º dia pós-operatório, caracterizam-se por sinais flogísticos exuberantes na pele. Devem ser tratadas agressivamente e têm como agente causal principal a *Escherichia coli*.
- (B) alguns fatores de risco para a infecção de ferida operatória têm sido identificados e, dentre os principais, podemos citar: escore ASA > 2, idade > 60 anos, *diabetes mellitus*, desnutrição, hospitalização pré-operatória prolongada, cirurgia extensa e imunossupressão.
- (C) as infecções de ferida tipicamente se apresentam em torno do 2º dia pós-operatório, e sempre, devem ser tratadas com abertura parcial local da incisão combinada com antibioticoterapia.
- (D) está comprovado que o preparo mecânico do cólon, no pré-operatório, associa-se a menores taxas de infecção de ferida cirúrgica.

50. O fundamento técnico do procedimento descrito por René Obando (1966), para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, é definido como

- (A) a ligadura escalonada dos componentes hemorroidários internos, evitando a ressecção excessiva do revestimento mucoso do canal anal.
- (B) a excisão do tecido hemorroidário com a manutenção do epitélio de revestimento do canal anal, reduzindo o tecido cicatricial e evitando a estenose.
- (C) a ligadura seletiva dos vasos dos plexos hemorroidários, evitando o sangramento pós-operatório e facilitando o procedimento cirúrgico.
- (D) o avanço de retalhos cutâneos da região perianal, revestindo as feridas operatórias, facilitando a cicatrização e evitando a estenose.

51. A deformidade de Whitehead é caracterizada por

- (A) estenose circular do canal anal, com retração do anoderma para o interior do ânus, em decorrência da ressecção excessiva do epitélio do canal anal e desvascularização esfíncteriana pela lesão dos vasos hemorroidários.
- (B) fissura anal posterior com retração cicatricial no quadrante correspondente, conseqüente a estenose parcial do ânus.
- (C) lesão na linha média posterior com a forma de um buraco de fechadura, em decorrência da lesão do esfíncter anal interno.
- (D) ectrópio da mucosa do canal anal decorrente do posicionamento incorreto da linha de sutura, associado ao "ânus úmido".

52. Sobre os pólipos malignos pediculados colorretais, é CORRETO afirmar:

- (A) Os pólipos pediculados Haggitt 4 podem ter nível de invasão submucosa SM1, SM2 ou SM3 e, portanto, devem ser tratados como os pólipos sésseis malignos.
- (B) Os pólipos pediculados malignos classificados como Haggitt 2 têm considerável chance de metástase linfonodal, em torno de 25% dos casos.
- (C) Um pólipó pediculado abordado endoscopicamente por polipectomia com alça deve ter seu tratamento complementado com cirurgia, quando classificado como Haggitt 3 pela patologia.
- (D) São denominados pólipos malignos aqueles que apresentam células cancerígenas (adenocarcinoma) ultrapassando a camada submucosa do cólon.

53. Doente com polipose colônica que apresenta alopecia, oncodistrofia, hiperpigmentação da pele e enteropatia perdedora de proteína. Diante do quadro clínico, o diagnóstico é de

- (A) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (B) síndrome de Cronkite-Canadá.
- (C) síndrome de Gardner.
- (D) síndrome de Turcot.

54. Estudos de rastreamento têm focado a detecção dos adenomas intestinais que possuem maior potencial em desenvolver carcinoma. As lesões que se enquadram no conceito de "adenoma avançado" apresentam as seguintes características:

- (A) Tamanho maior ou igual a 10 mm, displasia de alto grau, componente viloso maior que 25% da superfície de adenoma.
- (B) Tamanho maior de 5 mm, presença de mucina, presença de células em anel de sinete.
- (C) Qualquer tamanho desde que apresentem células em anel de sinete, presença de substância amiloide, aneuploidia.
- (D) Tamanho maior de 10 mm, presença de instabilidade de microssatélites, presença de células em anel de sinete e fenda cromatínica.

55. Os pólipos juvenis são histologicamente classificados como:

- (A) Adenomas túbulo-vilosos.
- (B) Adenomas.
- (C) Pólipos hiperplásticos.
- (D) Hamartomas.

56. Em relação aos mecanismos de carcinogênese envolvidos no câncer colorretal, é CORRETO afirmar:

- (A) O principal mecanismo de carcinogênese associado ao câncer colorretal esporádico é a perda da função dos genes de reparo do DNA (MMR), adquiridas por metilação de sua região promotora.
- (B) O K-ras é um gene supressor tumoral raramente mutado no câncer colorretal, mas quando isto ocorre está associado à resposta pobre ao tratamento adjuvante com anticorpos monoclonais.
- (C) Mutações do gene APC são eventos tardios na via de carcinogênese do câncer colorretal, e geralmente não está presente no câncer esporádico associado à sequência adenoma-adenocarcinoma.
- (D) Mutações de linhagem germinativa dos genes de reparo do DNA MLH1 e MSH2 são responsáveis pela maior parte dos casos de câncer na síndrome de Câncer Colorretal Hereditário Não-Polipose (HNPCC).

57. Com relação ao rastreamento populacional do câncer colorretal e as ferramentas disponíveis para este fim, é CORRETO afirmar:

- (A) A colonografia por tomografia computadorizada é uma ferramenta de rastreio do câncer colorretal, recomendada a cada 10 anos e tão sensível quanto a colonoscopia.
- (B) A pesquisa de sangue oculto nas fezes anual é uma estratégia muito sensível para a detecção dos adenomas colorretais precoces.
- (C) O rastreio do câncer colorretal com colonoscopia a cada 1-2 anos está indicado para os indivíduos portadores de Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa, após 7-8 anos de uma pancolite.
- (D) O rastreamento populacional para o câncer colorretal deve ser iniciado aos 60 anos e interrompido aos 76 anos de idade.

58. Sobre as características do adenoma serrilhado, descrito por Longacre e Fenoglio-Preiser em 1990, é CORRETO afirmar:

- (A) São lesões de baixo risco, manejados como os hamartomas, podendo fazer parte de síndromes polipoides com baixo risco de malignização, sendo encontrados de permeio com hamartomas na síndrome de Peutz-Jeghers.
- (B) Apresenta uma mistura de pólipó hiperplásico com adenomatoso, existindo dois tipos: um com mistura de glândulas adenomatosas e hiperplásticas e outro com aparência serrilhada ao exame microscópico.
- (C) Apenas 0,5% dos adenomas serrilhados na série de Longacre e Fenoglio-Preiser continham focos de carcinoma intramucoso, porém existem relatos de outros autores, que esse potencial de malignização pode chegar a 5%.
- (D) Alguns autores não reconhecem o adenoma serrilhado, considerando o mesmo uma variação histológica do adenoma tubular, porém com menor risco de malignização.

59. Sobre a cirurgia laparoscópica em coloproctologia, pode-se afirmar que

- (A) apesar da cirurgia laparoscópica colorretal ocasionar menor dor no pós-operatório, quando comparado a cirurgia convencional, esta técnica não interfere na capacidade pulmonar do paciente.
- (B) o tempo cirúrgico empregando a via de acesso laparoscópico é sempre menor que a cirurgia convencional aberta.
- (C) o tempo de íleo paralítico em cirurgia laparoscópica é menor, e está relacionado à ação protetora do CO₂ sobre as alças intestinais.
- (D) os custos envolvidos no tratamento cirúrgico do paciente submetido à cirurgia laparoscópica são, usualmente e proporcionalmente, inferiores ao da cirurgia convencional.

60. Sobre a videocirurgia colorretal, é INCORRETO afirmar:

- (A) A presença de fístula ou pequeno abscesso contraindica o acesso videolaparoscópico.
- (B) Para cirurgias com menor experiência em laparoscopia colorretal, obesidade definida como IMC > 30Kg/m², constitui contraindicação relativa para a abordagem pela via laparoscópica.
- (C) Apesar de alguns grupos realizarem a proctocolectomia total videolaparoscópica no cenário de uma colite tóxica, esse procedimento ainda não é recomendado.
- (D) A incidência de implantes nos sítios dos portais durante muito tempo foi considerada proibitiva, porém, o consenso atual é que permanece abaixo de 1%.

61. Estomas de derivação fecal, em alça, são empregados com frequência após a confecção de anastomoses colorretais baixas. Em relação ao tipo de estoma de proteção, está CORRETO afirmar:

- (A) Quando comparada à ileostomia em alça, a colostomia em alça está associada a menores índices de prolapso como complicação tardia.
- (B) Estudos sugerem que a ileostomia em alça fornece uma melhor opção para derivação fecal, visto que a colostomia em alça tem maiores taxas de complicações como prolapso e hérnias.
- (C) Quando comparada à ileostomia em alça, a colostomia em alça está associada a menores índices de hérnia paraestomal como complicação tardia.
- (D) A reversão de uma ileostomia em alça é um procedimento mais difícil e complexo de ser realizado, quando comparado à colostomia em alça.

62. Sobre o funcionamento de uma ileostomia e suas complicações é CORRETO afirmar:

- (A) A hiponatremia é uma consequência esperada das ileostomias de alto débito, uma vez que seu efluente é rico em sódio.
- (B) O pico do débito de uma ileostomia recém-criada, geralmente ocorre em torno do 10^o dia de pós-operatório.
- (C) O débito médio de uma ileostomia normal, bem estabelecida, gira em torno de 2.500mL por dia.
- (D) A diarreia e desidratação são complicações mais frequentes a longo prazo, no período pós-operatório tardio dos pacientes ileostomizados.

63. Com relação ao megacólon chagásico, as complicações mais frequentes são:

- (A) Procidência de reto e colite isquêmica.
- (B) Perfuração intestinal e sangramento.
- (C) Intussuscepção e obstrução intestinal.
- (D) Volvo e formação de fecaloma.

64. Com relação a cirurgia de Duhamel, para o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico, pode-se afirmar que

- (A) o coto retal deve ter acima de 11 cm de extensão para não permitir formação de fecaloma.
- (B) não é necessária a liberação rotineira do ângulo esplênico do cólon.
- (C) a anastomose deve ser feita obrigatoriamente de forma retardada, com colocação de pinças para necrose do septo.
- (D) o segmento abaixado deve conter apenas cólon não dilatado.

65. O volvo cecal ocorre, frequentemente, pelo mecanismo de

- (A) rotação axial do cólon sobre seu mesentério.
- (B) movimento de bascula do ceco sobre o cólon direito proximal.
- (C) compressão por um útero aumentado de volume.
- (D) interposição de alça ileal com compressão do ceco.

66. Paciente de 72 anos, sexo masculino, portador de adenocarcinoma moderadamente diferenciado no terço médio do cólon transverso, é internado no hospital para tratamento cirúrgico. Em relação à conduta técnica para o caso, pode-se afirmar que

- (A) a colectomia direita é a mais indicada, pois estudos demonstram que a drenagem linfática ocorre com mais frequência para a metade direita do cólon.
- (B) a colectomia esquerda é a mais indicada, pois estudos demonstram que a drenagem linfática ocorre com mais frequência para a metade esquerda do cólon.
- (C) o cirurgião assistente poderá optar pela colectomia total com íleo reto anastomose, tendo em vista que a drenagem linfática da zona tumoral pode ocorrer para ambos os lados.
- (D) a drenagem linfática é incerta nesses casos, o cirurgião deverá optar pela colectomia direita, pois o risco de lesão esplênica aumenta a morbidade cirúrgica.

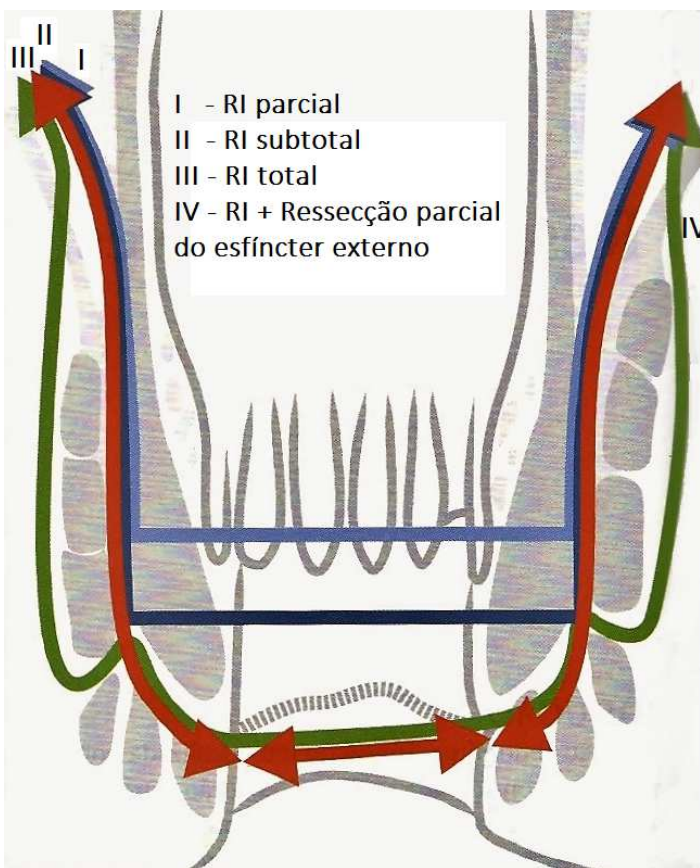
67. Atualmente a excisão total do mesorreto é um aspecto técnico de grande interesse nas operações oncológicas sobre o reto, melhorando os resultados cirúrgicos e aumentando a sobrevida. Em relação a este aspecto técnico é CORRETO afirmar:

- (A) A excisão total do mesorreto é contraindicada em pacientes jovens do sexo masculino pela alta incidência de lesão dos nervos erigentes, durante a dissecação do reto, levando à impotência sexual.
- (B) O mesorreto é o tecido fibroso que envolve o reto na fáscia de Toldt e contém os vasos linfáticos, arteriais e venosos que irrigam o reto e o cólon sigmoide.
- (C) A dissecação do mesorreto é realizada digitalmente, com o cirurgião afastando as estruturas perirretais através da dissecação romba e realizando a hemostasia, por meio da compressão e ligadura dos vasos com fios inabsorvíveis.
- (D) Para o tumor do reto alto a excisão do mesorreto não necessita ser total, sendo suficiente a ressecção parcial incluindo uma margem distal de 5 cm do mesorreto adjacente ao tumor.

68. Paciente submetido a tratamento cirúrgico há 3 anos por neoplasia colorretal, passou a cursar com elevação do antígeno carcinoembrionário (CEA), sendo a colonoscopia e o estudo tomográfico normais. Frente ao caso clínico, a melhor conduta é

- (A) aguardar por seis meses e repetir a colonoscopia e o estudo tomográfico.
- (B) solicitar tomografia com emissão de pósitrons.
- (C) indicar videolaparoscopia para pesquisa de implantes peritoneais.
- (D) acompanhamento clínico, pois os exames de imagem não mostram alterações.

69. Sobre a ressecção interesfincteriana para o tratamento do câncer retal:



Considerando a figura apresentada, pode-se afirmar que

- (A) no tipo RI total é realizada a ressecção de todo o esfíncter interno e anastomose na linha pectínea.
- (B) no tipo RI subtotal a anastomose é posicionada abaixo da linha pectínea.
- (C) a anastomose na linha pectínea é feita após a ressecção parcial do esfíncter interno chamada ressecção RI subtotal.
- (D) a anastomose na ressecção RI parcial é realizada na borda anal com ressecção parcial do esfíncter interno.

70. O tratamento padrão para o carcinoma de células escamosas do canal anal é

- (A) radio e quimioterapia combinadas.
- (B) amputação abdominoperineal do reto.
- (C) ressecção anterior do reto com anastomose ultrabaixa.
- (D) radioterapia isolada.