



# SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA

## TÍTULO DE ESPECIALISTA 2018



## PROVA TEÓRICA

NOME DO CANDIDATO

NÚMERO DO DOCUMENTO

CADERNO  
VERSÃO

# A

### 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, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar esta letra no CARTÃO DE RESPOSTAS preenchendo todo o quadrinho correspondente.

Exemplo:



#### 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!



**01.** Os programas de recuperação pós-operatória acelerada são fundamentados em bases científicas sólidas e atualmente representam uma prática consagrada. No que diz respeito a esses programas, em relação aos resultados em cirurgia colorretal, é CORRETO afirmar:

- (A) Melhoram diversos desfechos, mas não reduzem a morbidade e mortalidade;
- (B) Reduzem o tempo de internação hospitalar, mas não a morbidade;
- (C) Reduzem a morbidade e mortalidade, mas não os custos;
- (D) Reduzem a morbidade, mortalidade, tempo de internação hospitalar e custos.

**02.** Mulher, 62 anos, submetida à retossigmoidectomia laparoscópica por adenocarcinoma do sigmoide recebeu alta no 3º dia do pós-operatório. Retornou em consulta no 8º PO com febre de 38°C e dor abdominal. O exame físico tem ausência de irritação peritoneal ou de sinais de sepse. Uma tomografia computadorizada de abdome revelou uma coleção de 10 cm. Aponte o melhor tratamento:

- (A) Jejum e antibioticoterapia;
- (B) Antibioticoterapia e punção-drenagem guiada por tomografia computadorizada;
- (C) Laparoscopia com drenagem de abscesso e ileostomia em alça;
- (D) Ileostomia em alça por trefinação.

**03.** As fistulas em ferradura podem ter como origem a supuração no espaço pós-anal profundo, que possui como limites anatômicos:

- (A) Músculo elevador do ânus superiormente e ligamento anococcígeo inferiormente;
- (B) Músculo obturador interno superiormente e feixe profundo do músculo esfíncter externo inferiormente;
- (C) Músculo elevador do ânus superiormente e fásia de Waldeyer inferiormente;
- (D) Espaço entre os feixes pubococcígeo e íliococcígeo do músculo elevador do ânus.

**04.** Com relação à anatomia do canal anal, é CORRETO afirmar:

- (A) Ao nível da linha pectínea, todas as criptas se abrem no canal anal, sendo que cada uma delas recebe apenas uma glândula;
- (B) Cerca de 75% das mulheres nulíparas apresentam uma falha natural do músculo esfíncter externo em sua porção proximal anterior, abaixo do nível do puborretal;
- (C) A espessura do músculo esfíncter interno não ultrapassa 1 mm, sendo que sua extensão média pode alcançar até 20 mm;
- (D) O canal anal anatômico estende-se do anel anorretal até a margem anal.

**05.** Com relação à fisiologia anorretal, a assertiva CORRETA é:

- (A) O esfíncter anal externo encontra-se em estado de relaxamento crônico, mas pode ter a sua força de contração aumentada voluntariamente;
- (B) O reto não é sensível ao estímulo doloroso mediante sua distensão;
- (C) Pacientes com lesão medular alta desenvolvem constipação às custas do aumento do tônus do cólon e do reto;
- (D) Pacientes com lesão medular baixa, tais como a Síndrome da Cauda Equina, apresentam habitualmente incontinência fecal secundária à alteração da sensibilidade retal e à redução do tônus dos esfíncteres interno e externo do ânus.

**06.** Você foi acionado para definir a melhor conduta no caso de um homem com uma lesão do reto médio, vegetante e ulcerada, circunferencial e estenosante, bastante aderida aos planos profundos, cuja biópsia mostrava um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A retossigmoidoscopia demonstra que a lesão dista 5 cm da margem anal, não sendo possível identificar claramente a luz retal em meio à neoplasia. Os exames de laboratório e o antígeno carcinoembrionário (CEA) já foram solicitados. A partir daí, você:

- (A) Entende que para o melhor estadiamento é necessária uma ecografia transretal e argumenta que se trata do exame mais adequado para o estabelecimento da profundidade de comprometimento da parede (T) retal. Adiciona um pedido de tomografia computadorizada de tórax e abdome, com o objetivo de identificar metástases à distância no abdome e o comprometimento da fásia mesorretal;
- (B) Dispensa a ecografia transretal e estagia o paciente apenas com tomografia computadorizada com múltiplos canais de detectores, tanto localmente, visto que a neoplasia é clinicamente avançada, quanto à distância;
- (C) Indica a ecografia transretal com a mesma argumentação de que se trata do exame mais adequado para o estabelecimento da profundidade de comprometimento da parede (T) retal, mas adiciona um pedido de Tomografia por Emissão de Pósitrons, com o intuito de refinar a avaliação de metástases à distância, de definir o comprometimento da fásia mesorretal e, ainda, de possíveis linfonodos perirretais metastáticos;
- (D) Solicita avaliação do tórax e do abdome superior com Tomografia Computadorizada e da pelve apenas com RNM, dispensando a ecografia transretal.

**07.** Assinale a alternativa que contém o desfecho que beneficia o maior número de pacientes com câncer do cólon submetidos à colectomia oncológica por videolaparoscopia:

- (A) Maior extensão da linfadenectomia;
- (B) Melhor sobrevida livre de doença;
- (C) Menor uso pós-operatório de analgésicos;
- (D) Menor taxa de recidiva local.

**08.** Com relação à ressecção local de neoplasias do reto através de técnica de microcirurgia endoscópica transanal (TEO ou TAMIS), é CORRETO afirmar que:

- (A) O risco de recorrência do adenocarcinoma pT1 é maior nos primeiros 2 anos após a cirurgia;
- (B) Adenocarcinoma uT1N0 candidato à ressecção por microcirurgia endoscópica transanal não requer estadiamento sistêmico com exames de imagem;
- (C) Apresenta taxa de fragmentação do espécime cirúrgico igual à técnica de excisão transanal convencional;
- (D) É indicada para adenocarcinoma uT1N0 com invasão da submucosa superior a 1.000 micrômetros.

**09.** A ecografia endoanal é um importante método de imagem para avaliação da incontinência anal. A musculatura esfíncteriana pode ser facilmente visualizada como imagens hiper ou hipoeoicas. Nesse sentido, o esfíncter interno apresenta-se como:

- (A) Imagem anecoica;
- (B) Imagem hiperecogênica;
- (C) Imagem hipoeocogênica;
- (D) Imagem mista.

**10.** A manometria anorretal fornece parâmetros para estudos dos distúrbios de evacuação. Com relação a esse exame, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O reflexo inibitório retoanal está presente na doença de *Hirschsprung*;
- (B) Possibilita a identificação e a localização de lesões estruturais esfíncterianas;
- (C) Os valores pressóricos de repouso e de contração são maiores nas porções distais;
- (D) O grau de assimetria radial (tanto das pressões de repouso quanto das pressões de contração) não tem valor prognóstico para indicação de *biofeedback*.

**11.** A condição abaixo para a qual se deve considerar a profilaxia antibiótica em um paciente que será submetido à colonoscopia eletiva com eventual necessidade de biópsia é:

- (A) Prótese valvar cardíaca;
- (B) Prolapso de válvula mitral com regurgitação;
- (C) Marcapasso cardíaco;
- (D) Cardiomiopatia hipertrófica.

**12.** Com relação às possíveis complicações relacionadas à colonoscopia, a alternativa CORRETA é:

- (A) O local mais comum de perfuração é o ceco;
- (B) Perfurações de intestino grosso secundárias à colonoscopia não terapêutica tendem a ser menores e ter menor taxa de sucesso ao tratamento não cirúrgico;
- (C) A maioria dos pacientes que desenvolvem síndrome pós-polipectomia não respondem favoravelmente ao tratamento conservador;
- (D) A realização de colonoscopia não aumenta a incidência de acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio em pacientes sem fator de risco cardiovascular.

**13.** Homem, 74 anos, com queixa de sangramento anal evacuatório secundário à doença hemorroidária interna grau 1, em uso de anticoagulante oral e sem condições de suspensão deste, é submetido, sem sucesso, a tratamento por 6 semanas, com medidas dietético-comportamentais. O próximo tratamento indicado é:

- (A) Ligadura elástica;
- (B) Escleroterapia;
- (C) Hemorroidectomia;
- (D) Desarterialização hemorroidária transanal.

**14.** Com relação às complicações das técnicas de hemorroidectomia excisional, é CORRETO afirmar que:

- (A) O sangramento pós-operatório ocorre mais frequentemente no pós-operatório imediato;
- (B) Estenose anal é mais comum após hemorroidectomia eletiva;
- (C) Infecção pós-operatória é comum, portanto antibiopprofilaxia é recomendada de rotina;
- (D) Retenção urinária é uma das complicações mais comuns e pode aumentar o tempo de internação hospitalar.

**15.** A análise comparativa entre as diversas modalidades de tratamento da doença hemorroidária demonstra que:

- (A) Hemorroidectomia excisional tem menor taxa de recorrência do prolapso que a hemorroidopexia grampeada;
- (B) Ligadura elástica é igualmente efetiva à fotocoagulação com infravermelho para pacientes com doença hemorroidária interna graus 1 e 2;
- (C) Existe clara evidência de melhores resultados da hemorroidectomia aberta em relação à hemorroidectomia fechada;
- (D) Hemorroidectomia excisional apresenta igual taxa de resolução de sintomas que a hemorroidopexia grampeada.

**16.** O paciente com leucemia aguda pode apresentar um abscesso anorretal com febre e dor local. Nesse caso, a conduta CORRETA é:

- (A) Incisão e drenagem imediata com cobertura antibiótica de largo espectro;
- (B) Incisão e drenagem imediata em pacientes com contagem de neutrófilos abaixo de 500 por milímetro cúbico;
- (C) Inicialmente, apenas antibioticoterapia;
- (D) Desbridamento cirúrgico amplo e tratamento em câmara hiperbárica.

**17.** Com relação ao diagnóstico das fístulas anais, a alternativa CORRETA é:

- (A) A regra de *Goodsall* tem maior acurácia nas fístulas anteriores;
- (B) Exames de imagem geralmente são necessários apenas nos casos de fístulas com orifícios externos múltiplos, quando não é possível identificar o orifício interno ou no caso de recorrência pós-operatória da fístula;
- (C) O exame físico, na maioria das vezes, não é suficiente para selecionar o tratamento de um paciente com fístula anal;
- (D) Orifícios externos na fossa isquiorretal geralmente estão relacionados a fístulas supraesfincterianas e interesfincterianas.

**18.** Paciente feminino, 67 anos, diabética tipo 2, comparece à consulta proctológica com queixa de fissura anal há pelo menos 3 meses, sem melhora clínica após o uso de Diltiazem 2% 3 vezes ao dia e melhora do hábito intestinal com fibras/água e banhos de assento por 8 semanas. História de 3 partos vaginais. Ao exame físico, apresenta fissura anal em linha média posterior, com exposição de fibras de esfíncter, plicoma sentinela e papila anal hipertrófica. Traz um exame de manometria anorretal que demonstra pressão anal de repouso de 35 cmH<sub>2</sub>O, sem outras alterações relevantes. A melhor opção para o tratamento dessa paciente é:

- (A) Manter o tratamento em curso, visto que medicações tópicas devem ser mantidas por pelo menos 12 semanas consecutivas;
- (B) A aplicação de toxina botulínica no espaço interesfincteriano associada à ressecção da fissura anal, assim como da papila hipertrófica e do plicoma sentinela;
- (C) A realização de tratamento cirúrgico com avanço de um retalho é a opção mais indicada;
- (D) Submeter a paciente a uma esfínterectomia lateral interna, visto que se trata do procedimento cirúrgico mais efetivo no tratamento das fissuras crônicas.

**19.** Considerando as opções para o tratamento da fissura anal, é CORRETO afirmar que:

- (A) No tratamento da fissura anal crônica, o uso de medicações tópicas (tais como nitroglicerina e bloqueadores do canal de cálcio) tem resultados levemente superiores ao placebo na cicatrização;
- (B) A injeção de toxina botulínica tem o mesmo índice de cura das fissuras anais crônicas do que a esfínterectomia lateral interna, porém com menos complicações;
- (C) A esfínterectomia lateral interna é, atualmente, um tratamento proscrito no tratamento da fissura anal, visto os altos índices de incontinência pós-operatória a longo prazo;
- (D) A excisão da papila hipertrófica e do plicoma sentinela deve ser sempre realizada, visto que melhora os resultados da esfínterectomia lateral interna.

**20.** Mulher, 34 anos, com hidradenite supurativa estágio I da classificação de *Hurley* (estágio I: formação de abscesso, único ou múltiplo, sem retração cicatricial ou trajetos/sinus), busca atendimento proctológico. A conduta terapêutica inicial indicada nesse caso é:

- (A) Metformina via oral;
- (B) Antibiótico tópico;
- (C) Drenagem cirúrgica dos abscessos e antibiótico sistêmico;
- (D) Ressecção radical com retalho de avanço.

**21.** Com relação ao tratamento da doença pilonidal sacrococcígea, a afirmativa CORRETA é:

- (A) O uso de dreno na técnica de excisão e fechamento primário da ferida operatória apresenta melhores resultados do que o não uso do dreno;
- (B) A injeção de azul de metileno ou a irrigação com água oxigenada facilitam o delineamento da anatomia da doença e reduz a taxa de recorrência pós-operatória;
- (C) As técnicas de excisão com ferida operatória aberta (cicatrização por segunda intenção) e excisão com fechamento primário da ferida operatória apresentam igual taxa de recorrência pós-operatória da doença;
- (D) Pacientes submetidos à excisão com fechamento primário da ferida operatória não necessitam de cuidados pós-operatórios com a ferida cirúrgica ou de limitação da atividade física.

**22.** Com relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em coloproctologia, é CORRETO afirmar:

- (A) A infecção pelo HIV não modificou de maneira importante a incidência das diversas DSTs, que têm se mantido em taxas estáveis nas últimas décadas;
- (B) Pacientes com infecções por DSTs que causam lesões ulceradas do reto e/ou região genital têm risco maior de infecção pelo vírus HIV, em comparação com aqueles que apresentam DSTs com lesões não ulceradas;
- (C) O tratamento empírico em pacientes de alto risco para proctite por DST deve ser evitado, devendo-se aguardar o resultado de pesquisas e culturas para definição do agente etiológico, evitando falhas terapêuticas;
- (D) Nos pacientes com quadro clínico de proctite, deve ser colhida secreção para cultura, o que pode ser realizado através de anuscópio, que deve ser bastante lubrificado com gel, em vista do considerável desconforto referido pela maioria dos pacientes.

**23.** Com relação ao manejo do paciente com DST e seu(s) parceiro(s) sexual(ais), a conduta CORRETA é:

- (A) Todos os parceiros sexuais dos últimos 2 meses de um paciente diagnosticado com DST devem ser avaliados e/ou tratados;
- (B) O tratamento antiviral supressivo de um paciente com herpes vírus simples não previne a transmissão para o parceiro sexual;
- (C) A abstinência sexual durante e na primeira semana após um quadro clínico de DST não se faz necessária;
- (D) O uso de preservativo não reduz o risco de transmissão de DSTs.

**24.** Mulher, 42 anos, é encaminhada para avaliação coloproctológica devido à história recente de tratamento de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau. Ao toque retal não se identifica nenhuma alteração. É CORRETO afirmar que:

- (A) O exame retal digital é o suficiente para afastar a possibilidade de neoplasia intraepitelial anal e de tumor de canal anal;
- (B) A interpretação do exame de citologia anal é muito precisa na identificação dos pacientes com maior potencial de desenvolvimento de câncer anal;
- (C) Tratamento tópico, com Imiquimode ou com 5-FU, é altamente efetivo no tratamento de neoplasia intraepitelial anal, com baixo índice de recorrência após o tratamento;
- (D) Eletrocautério é altamente efetivo em induzir resposta completa de neoplasia intraepitelial anal, especialmente em imunocompetentes.

**25.** A alternativa que contém a indicação CORRETA da técnica cirúrgica no caso de recorrência após a cirurgia primária para tratamento da prociência retal é:

- (A) Retossigmoidectomia perineal (procedimento de *Altemeier*) após sigmoidectomia com retopexia;
- (B) Sigmoidectomia com retopexia após retossigmoidectomia perineal (procedimento de *Altemeier*);
- (C) Retopexia posterior após retopexia posterior;
- (D) Retossigmoidectomia perineal (procedimento de *Altemeier*) após retopexia ventral.

**26.** Paciente feminino, 74 anos, chega ao consultório relatando que evacua 3-4 vezes ao dia, com urgência, fezes macias em pequeno volume, persistindo com vontade de evacuar após o término da saída das fezes. Nega sintomas abdominais. Os sintomas iniciaram há muito tempo, não sabe precisar, mas houve piora nos últimos meses, com dois episódios de incontinência. Tem notado protrusão de tecido através do ânus, então resolveu procurar o médico. A conduta mais adequada para o diagnóstico é:

- (A) Defecografia;
- (B) Exame proctológico completo, estático e dinâmico (com esforço);
- (C) Tempo de trânsito colônico;
- (D) Manometria anorretal.

**27.** Com relação ao tratamento da incontinência fecal, é CORRETO afirmar que:

- (A) Neuromodulação sacral não é indicada para pacientes com defeito esfínteriano com extensão de um quadrante do ânus (90 graus);
- (B) O paciente ideal para *biofeedback* deve ter algum grau de contração voluntária do esfíncter anal;
- (C) A esfínteroplastia anal não é indicada para mulheres idosas com incontinência fecal severa e defeito esfínteriano com extensão de um quadrante do ânus (90 graus);
- (D) A colostomia é uma alternativa válida para os pacientes refratários às demais modalidades terapêuticas, mas não resulta na melhora do domínio social da qualidade de vida desses indivíduos.

**28.** Quanto à investigação clínica e aos exames complementares empregados na avaliação de pacientes com incontinência fecal, é CORRETO afirmar que:

- (A) Diário intestinal e/ou escores de incontinência fecal não são importantes para quantificar a severidade da incontinência fecal e monitorar o tratamento;
- (B) A ecografia endoanal é uma ferramenta dispensável na avaliação de pacientes com incontinência fecal de causa obstétrica;
- (C) A realização de defecografia deve ser considerada em pacientes que apresentem incontinência fecal com ecografia endoanal e testes de fisiologia anorretais normais;
- (D) O tempo de latência do nervo pudendo é fortemente preditivo do resultado de pacientes tratados com neuromodulação sacral.

**29.** Com relação à síndrome de *Ogilvie*:

- (A) A descompressão por colonoscopia é medida inicial de escolha e, no caso de recorrência da distensão, a utilização de neostigmina deve ser considerada;
- (B) A neostigmina, um agente inibidor da acetilcolinesterase, é atualmente considerada o tratamento de eleição na síndrome de *Ogilvie* quando as medidas iniciais de suporte não surtem efeito;
- (C) A administração do neostigmina deve ser por via oral, uma vez que atuaria mais rapidamente junto à camada muscular intestinal;
- (D) No caso de refratariedade após a administração de uma dose de neostigmina, deve-se indicar descompressão por colonoscopia, preferencialmente com a utilização de CO<sub>2</sub>.

**30.** Paciente com quadro de obstrução intestinal aguda secundária a volvo de cólon sigmoide é diagnosticado em atendimento no Pronto-Socorro. Ao exame físico, não apresenta sinais de peritonismo, septicemia ou instabilidade hemodinâmica. A conduta subsequente nessa situação é:

- (A) Sigmoidectomia em caráter de urgência com anastomose colorretal primária;
- (B) Tentativa de descompressão endoscópica imediata. Se exitosa, programar sigmoidectomia eletiva com anastomose colorretal primária em uma nova internação hospitalar;
- (C) Tentativa de descompressão endoscópica imediata. Se exitosa, programar sigmoidectomia eletiva com anastomose colorretal primária na mesma internação hospitalar;
- (D) Tentativa de descompressão endoscópica imediata. Se exitosa, proceder sigmoidectomia de urgência com anastomose colorretal primária na mesma internação hospitalar.

**31.** Paciente, 30 anos, com antecedente familiar de câncer colorretal, é submetido à ressecção colonoscópica de um pólipó pediculado de 3,5 cm em reto alto. O anatomopatológico revelou a presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado na cabeça do pólipó, sem invasão linfovascular e com margens livres. A melhor opção terapêutica é:

- (A) Colectomia total profilática com ileorretoanastomose devido à idade jovem e antecedentes familiares que caracterizam os critérios de Amsterdam;
- (B) Retossigmoidectomia laparoscópica imediata;
- (C) Terapia neoadjuvante seguida de retossigmoidectomia;
- (D) Reação imuno-histoquímica para enzimas de reparo e seguimento colonoscópico.

**32.** Com relação ao manejo dos portadores de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), a alternativa CORRETA é:

- (A) Em aproximadamente 20% dos doentes com fenótipo clássico de PAF não é possível identificar a presença de mutações nos testes genéticos;
- (B) Como se trata de uma síndrome genética com padrão de herança autossômica dominante, parentes de primeiro grau de portadores de PAF apresentam 100% de chance de serem portadores da doença;
- (C) Os rastreamentos endoscópicos para detecção de adenomas duodenais e colorretais devem começar simultaneamente por volta dos 12 anos de idade;
- (D) Portadores de PAF com adenomas duodenais classificados no estágio IV da classificação de Spigelman devem repetir a endoscopia digestiva alta anualmente.

**33.** Mulher, 32 anos, com 3 partos normais, portadora de Polipose Adenomatosa Familiar, com mutação identificada no códon 1309. O exame colonoscópico mostrou presença de mais de 1000 adenomas esparsos por todo cólon e mais de 20 adenomas no reto. Durante o exame foram ressecados 8 adenomas retais, sendo que 2 deles eram sésseis e mediam mais de 3 cm de diâmetro. O estudo histopatológico dos pólipos retais ressecados mostrou histologia vilosa com focos de carcinoma invasivo (pT1 sm2). A manometria anorretal mostrava pressões de repouso e de contração normais. Diante desses achados, a conduta mais adequada é:

- (A) Proctocolectomia total com restauração do trânsito por meio de reservatório ileal;
- (B) Colectomia total com ileorretoanastomose e ressecção endoscópica dos adenomas retais remanescentes;
- (C) Proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva;
- (D) Amputação abdominoperineal do reto.

**34.** Homem, 55 anos, com carcinoma metastático de pâncreas é submetido à colonoscopia para investigação de episódio único de sangramento anal de pequeno volume e autolimitado. Nega outros sintomas. Ao exame endoscópico é identificado um pólipó sésseis de 3 cm de cólon ascendente. A conduta indicada frente a esse caso é:

- (A) Ressecção do pólipó por técnica de mucosectomia;
- (B) Ressecção do pólipó por técnica de dissecação submucosa;
- (C) Ressecção por técnica endoscópica-videolaparoscópica combinada;
- (D) Conduta expectante.

**35.** A relação CORRETA entre a característica do pólipó e a técnica recomendada de polipectomia é:

- (A) Pólipó sésil de 10 mm → pinça de biópsia quente;
- (B) Pólipó sésil de 3 mm → alça diatérmica;
- (C) Pólipó pediculado de 9 mm → alça diatérmica;
- (D) Pólipó sésil de 7 mm → pinça de biópsia fria.

**36.** Quando se consideram as síndromes de câncer colorretal hereditário, a que apresenta padrão de herança autossômica e recessiva é:

- (A) Polipose Associada a Mutações do gene MUTYH;
- (B) POLD1;
- (C) Síndrome de *Peutz-Jeghers*;
- (D) Síndrome de *Lynch*.

**37.** Com relação ao rastreamento e à prevenção do câncer colorretal, é CORRETO afirmar que:

- (A) O teste de sangue oculto nas fezes não tem utilidade para rastreamento do câncer colorretal em âmbito populacional;
- (B) O rastreamento é indicado para pacientes até 75 anos, não devendo ser realizado de rotina em pacientes entre 76 e 85 anos;
- (C) A falha do exame de colonoscopia na detecção dos adenomas maiores ou iguais a 10 mm varia de 20% a 30% e a falha na detecção de câncer é de até 25%;
- (D) O exame de colonografia tomográfica tem sensibilidade para câncer colorretal bem menor do que os obtidos por colonoscopia óptica.

**38.** Homem, 65 anos, com quadro de obstrução intestinal aguda, hemodinamicamente instável a despeito da ressuscitação volêmica, é levado à laparotomia exploradora. No intraoperatório, é identificada obstrução ao nível do cólon sigmoide por lesão neoplásica de etiologia incerta, acentuada dilatação do cólon proximal e isquemia do ceco. A melhor conduta é:

- (A) Colectomia subtotal com ressecção da lesão de cólon sigmoide proximal seguindo princípios oncológicos, ileostomia terminal e confecção da fístula mucosa de cólon sigmoide distal;
- (B) Retossigmoidectomia seguindo princípios oncológicos e com anastomose colorretal primária e cecostomia com tubo;
- (C) Colectomia subtotal seguindo princípios oncológicos e anastomose ileorretal primária;
- (D) Colocação de stent endoscópico para desobstrução temporária do cólon esquerdo em caráter de “ponte” para cirurgia definitiva por acesso videolaparoscópico dentro de 7 a 14 dias.

**39.** Em casos de câncer de cólon estágio clínico II, a alternativa que contém uma condição que prescinde de quimioterapia adjuvante é:

- (A) Invasão perineural;
- (B) Menos do que 12 linfonodos dissecados na peça cirúrgica;
- (C) Tumores indiferenciados com alta instabilidade de microssatélites (MSI-H);
- (D) Obstrução intestinal.

**40.** Campanhas de prevenção e rastreamento do câncer colorretal:

- (A) Não se justificam, pois apresentam baixa relação custo-benefício;
- (B) Justificam-se, pois a maioria das lesões é de caráter hereditário;
- (C) Não se justificam, pois a doença apresenta alta mortalidade;
- (D) Justificam-se em função da alta prevalência e crescimento neoplásico lento.

**41.** Com relação ao câncer de reto, o exame de imagem que melhor seleciona pacientes com estádios iniciais e que poderiam se beneficiar da excisão transanal é:

- (A) Ecografia transretal;
- (B) Tomografia de pelve;
- (C) Ressonância magnética de pelve;
- (D) Tomografia por Emissão de Pósitrons.

**42.** A respeito do tratamento neoadjuvante do adenocarcinoma do reto extraperitoneal localmente avançado, pode-se afirmar:

- (A) Quimiorradioterapia neoadjuvante de longa duração (*long-course*) seguida de excisão total do mesorreto é associada a um melhor controle sistêmico quando comparada com excisão total do mesorreto seguida de quimiorradioterapia adjuvante;
- (B) Quimiorradioterapia neoadjuvante de longa duração (*long-course*) seguida de excisão total do mesorreto é associada a um melhor controle local quando comparada com excisão total do mesorreto com quimiorradioterapia adjuvante;
- (C) A terapia neoadjuvante de curta duração (*short-course*) tem resultados relativos ao controle local, toxicidade e custos semelhantes à quimiorradioterapia de longa duração (*long-course*);
- (D) O uso de Oxaliplatina como parte do esquema quimiorradioterápico neoadjuvante de longa duração (*long-course*) associa-se a uma melhor resposta tumoral e, por isso, é considerado atualmente como esquema padrão-ouro.

43. Com relação ao tratamento de tumores do reto por excisão local, a alternativa INCORRETA é:

- (A) A excisão local transanal para adenomas do reto tem resultados similares aos obtidos com cirurgia endoscópica transanal em relação à fragmentação do espécime, margens de ressecção e recorrência local;
- (B) A excisão local para adenocarcinomas do reto deve ser obrigatoriamente realizada com excisão de espessura total da parede do reto;
- (C) Para pólipos retais grandes, a excisão destes deve ser precedida da realização de exames de imagem, como ressonância nuclear magnética ou ecografia transretal;
- (D) Pólipos retais benignos grandes podem ser tratados com excisão de espessura parcial ou total da parede.

44. Com relação ao seguimento de pacientes operados de câncer do reto, todas estão certas, EXCETO:

- (A) O uso do CEA está associado ao aumento da detecção de recidivas em pacientes assintomáticos;
- (B) O uso da tomografia computadorizada do abdome está associado ao aumento da detecção de recidivas em pacientes assintomáticos;
- (C) O uso do Tomografia por Emissão de Pósitrons está associado ao aumento da detecção de recidivas em pacientes assintomáticos;
- (D) Metástases hepáticas diagnosticadas em pacientes assintomáticos têm maior chance de ressecção com intenção curativa.

45. Com relação ao tratamento do câncer de reto baixo, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A opção de realizar um procedimento à *Hartmann* com ressecção baixa frente à neoplasia de reto baixo, atualmente, não tem benefícios quando comparada à amputação abdominoperineal ou à ressecção interesfincteriana;
- (B) A ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto detém menores taxas de recidiva local e menor perfuração cirúrgica do que a amputação abdominoperineal;
- (C) A amputação extraelevador proposta por *Holm* et al. exige sempre uma reconstrução com retalho de glúteo, mas que diminui os índices de complicação da ferida perineal, principalmente após a quimio e a radioterapia;
- (D) Na ressecção interesfincteriana total, o nível da anastomose se localiza na linha pectínea e procede-se uma ressecção total do esfíncter anal interno, preservando o músculo esfíncter anal externo.

46. Quanto ao câncer de ânus, pode-se afirmar que:

- (A) O exame de imagem de escolha para determinar o estadiamento locoregional é a tomografia computadorizada de abdome e pelve;
- (B) É recomendada a avaliação ginecológica de rotina para pacientes femininas portadoras do câncer de ânus;
- (C) A maioria dos pacientes com carcinoma de células escamosas do canal anal é assintomática ou apresenta sintomas inespecíficos;
- (D) A importância da Tomografia por Emissão de Pósitrons no manejo dos tumores anais está limitada ao seguimento após o tratamento.

47. Homem, 36 anos, HIV positivo (CD4: 500), é submetido a tratamento radioquimioterápico para carcinomas de células escamosas de canal anal. Durante reavaliação de rotina com seu coloproctologista, após 6 meses do término do tratamento, é identificada lesão residual de 2 cm no canal anal. A biópsia confirma a suspeita de persistência de carcinoma de células escamosas. O reestadiamento sistêmico é negativo. A conduta terapêutica recomendada nesse caso é:

- (A) Repetir o tratamento quimiorradioterápico padrão, porém substituindo Mitomicina por Cisplatina;
- (B) Excisão local com margem de segurança de 1 cm;
- (C) Excisão local com margem de segurança de 1 cm e dose adicional de radioterapia de 20 Gy;
- (D) Amputação abdominoperineal do reto.

48. A respeito do megacólon chagásico, pode-se afirmar:

- (A) É causado por um vibrião denominado *Trypanosoma cruzi*;
- (B) Volvo e isquemia intestinais são potenciais complicações;
- (C) O reto é o segmento mais acometido;
- (D) O tratamento cirúrgico é a modalidade terapêutica primária.

49. Assinale a alternativa que apresenta contraindicação para plastias de estenose na doença de *Crohn* do intestino delgado:

- (A) Múltiplas estenoses fibróticas em extenso segmento de jejuno proximal e íleo proximal e distal;
- (B) Estenose com inflamação em forma de flegmão em área-alvo com fístula interna;
- (C) Estenoses recorrentes;
- (D) Estenose em paciente com síndrome do intestino curto.



**50.** Um paciente de 59 anos, portador de doença de *Crohn* de cólon, com falha à terapia medicamentosa com anti-TNFs (Infliximabe e, posteriormente, Adalimumabe), é encaminhado para tratamento cirúrgico. Ele apresenta inflamação severa no sigmoide, descendente e transversa, com úlceras no cólon ascendente e ceco. Há uma estenose importante no sigmoide que foi dilatada com balão. O íleo terminal e o reto apresentam aspecto normal. O paciente é portador de múltiplas fístulas perianais, tratadas com drenagem, curetagem e sedenhos, com múltiplas cicatrizes de cirurgias prévias. A melhor opção terapêutica para esse paciente é:

- (A) Colectomia total com ileorretoanastomose;
- (B) Colectomia segmentar esquerda com colostomia terminal de transversa, à *Hartmann*;
- (C) Colectomia esquerda com anastomose primária;
- (D) Proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva.

**51.** Com relação ao tratamento medicamentoso da doença de *Crohn*, é CORRETO afirmar que:

- (A) Os compostos 5-aminossalicilatos têm papel fundamental na manutenção da remissão, mas não na sua indução;
- (B) Os glicocorticoides devem ser usados tanto na indução quanto na manutenção da remissão;
- (C) Os imunomoduladores têm papel limitado na indução da remissão, mas são eficazes na manutenção da remissão;
- (D) Embora ineficazes na indução da remissão, os agentes biológicos são eficazes na manutenção da remissão da doença moderada-severa.

**52.** Com relação à colite ulcerativa aguda severa, admitida em hospital, a alternativa CORRETA é:

- (A) Na falha dos corticoides, terapia de resgate pode ser feita com Ciclosporina ou Infliximabe;
- (B) Devem ser inicialmente tratadas com anticolinérgicos e agentes antimotilidade, como Loperamida e Difenoxilato;
- (C) Jejum e nutrição parenteral total (NPT) representam a principal forma de tratamento;
- (D) Profilaxia de eventos tromboembólicos deve ser feita apenas nos pacientes operados, não sendo recomendada nos internados submetidos somente a tratamento clínico.

**53.** Com relação às complicações da proctocolectomia restauradora com reservatório ileal, a afirmativa CORRETA é:

- (A) Oclusão intestinal é complicação rara, ocorrendo em menos de 5% dos pacientes;
- (B) Displasia da zona de transição ou do *cuff* é mais frequente do que displasia no corpo da bolsa ileal;
- (C) Deiscência na ponta do "J" é mais comum que deiscência da anastomose íleoanal;
- (D) Inflamação do reservatório (bolsite) ocorre na mesma frequência em pacientes com retocolite ulcerativa ou Polipose Adenomatosa Familiar.

**54.** Com relação ao papel dos diferentes exames complementares nos pacientes com retocolite ulcerativa, é CORRETO afirmar que:

- (A) O achado de abscesso de cripta no exame histológico de uma biópsia endoscópica é mais frequente em pacientes com doença de *Crohn* do que com retocolite ulcerativa;
- (B) A proteína C-reativa encontra-se elevada tanto na retocolite ulcerativa quanto na síndrome do intestino irritável, não sendo, portanto, útil no diagnóstico diferencial entre as duas doenças;
- (C) A endoscopia digestiva baixa é elemento fundamental para o diagnóstico da retocolite ulcerativa, mas não tem papel na avaliação da resposta ao tratamento medicamentoso;
- (D) A dosagem fecal de calprotectina é útil no diagnóstico diferencial entre doença inflamatória intestinal e síndrome do intestino irritável.

**55.** Homem, 78 anos, é submetido à cirurgia de urgência para tratamento de aneurisma roto de aorta infrarrenal. No 2º dia pós-operatório, desenvolve quadro de diarreia com sangue. Encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e não apresenta peritonismo ao exame abdominal. Diante da suspeita de colopatia isquêmica, é indicada uma retossigmoidoscopia flexível. A afirmativa CORRETA é:

- (A) O preparo intestinal para realização do exame é indicado;
- (B) Eritema, edema, friabilidade da mucosa e ulcerações superficiais são os achados endoscópicos mais frequentemente observados em casos de colopatia isquêmica;
- (C) No caso de identificação de área de mucosa necrótica, é recomendada a obtenção de uma biópsia dessa área e a interrupção imediata do exame;
- (D) A ulceração linear na borda mesentérica é um achado endoscópico típico e confirma o diagnóstico de colopatia isquêmica.

**56.** Homem, 78 anos, hospitalizado em uma unidade de internação clínica em razão de infecção urinária complicada, desenvolve quadro de diarreia. Nega história de diarreia recente. Ao exame físico, apresenta sinais vitais estáveis, ruídos hidroaéreos aumentados, abdome plano, depressível e levemente doloroso à palpação. Exames laboratoriais demonstram 12.500 leucócitos e creatinina de 0,6. Uma vez confirmado o diagnóstico de colite por *Clostridium difficile*, o esquema de antibiótico que deve ser iniciado é:

- (A) Vancomicina 125 mg, via endovenosa, 4 vezes ao dia, durante 10 a 14 dias;
- (B) Vancomicina 125 mg, via oral, 4 vezes ao dia, durante 10 a 14 dias;
- (C) Metronidazol 500 mg, via oral, 3 vezes ao dia, durante 10 a 14 dias;
- (D) Metronidazol 250 mg, via oral, 3 vezes ao dia, durante 7 a 10 dias.

**57.** Com relação às modalidades de tratamento da retite crônica por radiação, é CORRETO afirmar que:

- (A) O tratamento tópico com Formalina requer a lavagem retal na manhã seguinte ao dia da realização do procedimento;
- (B) Não existe evidência científica favorável à realização de oxigenoterapia hiperbárica em pacientes com retite por radiação;
- (C) A coagulação com plasma de argônio é um método efetivo e seguro, mas jamais deve ser repetido mais de uma vez;
- (D) A derivação intestinal (colostomia em alça) apresenta sucesso variável no controle do sintoma de sangramento anal.

**58.** Com relação ao papel das fibras no desenvolvimento da doença diverticular, é CORRETO afirmar que:

- (A) Dieta rica em gordura e carne vermelha aumenta a incidência de doença diverticular;
- (B) Indivíduos predominantemente vegetarianos têm igual risco de desenvolver doença diverticular do que indivíduos que comem predominantemente carne;
- (C) A ingestão de sementes e pipoca aumenta o risco de desenvolver complicações da doença diverticular;
- (D) Fibras encontradas em cereais conferem maior efeito protetor do que fibras encontradas em frutas e vegetais.

**59.** À luz dos conhecimentos e recomendações atuais, o paciente abaixo que tem indicação de cirurgia eletiva para tratamento da doença diverticular é:

- (A) Homem de 75 anos, ASA 3, assintomático e com história de duas crises de diverticulite aguda não complicada, ao longo de 10 anos, tratadas, com sucesso, com antibiótico domiciliar;
- (B) Mulher de 50 anos, ASA 1, com história de crise única de diverticulite aguda de cólon sigmoide complicada com abscesso pericolônico de 2 cm de diâmetro tratado, com sucesso, com antibiótico exclusivo;
- (C) Mulher de 85 anos, ASA 4, com fístula colovesical assintomática;
- (D) Homem de 35 anos, ASA 1, com dois episódios de diverticulite aguda de cólon sigmoide complicada com abscesso pélvico tratados, com sucesso, com antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada por tomografia computadorizada.

**60.** Com relação à diverticulite aguda, a afirmativa CORRETA é:

- (A) Uma vez iniciada a antibioticoterapia por via venosa, esta não deverá ser alternada para a via oral;
- (B) O diagnóstico de diverticulite aguda deve ser estabelecido apenas após comprovação tomográfica;
- (C) Abscessos peridiviculares de até 2 cm podem ser tratados apenas com antibioticoterapia e repouso intestinal;
- (D) Diverticulite aguda em pacientes jovens cursam com quadros mais graves.

**61.** Paciente masculino, 73 anos, diabético, sabidamente portador de doença diverticular, dá entrada no setor de emergência com hemorragia digestiva baixa volumosa recente. Pressão arterial de 100/60 mmHg, Ht = 34%, Hb = 9 g/dL, porém sem continuar com exteriorização do sangramento naquele momento. O paciente é internado para acompanhamento e investigação. Com o paciente mantendo-se hemodinamicamente estável, o próximo passo é:

- (A) Colonoscopia após preparo do cólon para melhor visualização de prováveis causas;
- (B) Colonoscopia: não há necessidade de preparo do cólon em vista do sangue na luz intestinal ter efeito catártico, suficiente para esvaziá-la;
- (C) Enema opaco: além de orientar o diagnóstico, o bário é útil para hemostasia;
- (D) Arteriografia mesentérica imediata para localizar o sítio do sangramento, que poderá ser embolizado.

**62.** Homem, 70 anos, procura atendimento no Serviço de Emergência de um hospital terciário com quadro de enterorragia. Há cerca de 1 mês havia feito exame médico periódico, tendo sido elogiado pelo seu clínico por não ter nenhuma doença e estar com os exames laboratoriais normais. Após breve ressuscitação volêmica através da infusão de solução de cristaloides, é estabilizado hemodinamicamente. É submetido à endoscopia digestiva alta e exame proctológico (inspeção anal, toque retal e anoscopia), ambos normais. A conduta diagnóstica inicial recomendada para o caso do paciente descrito acima é:

- (A) Arteriografia mesentérica;
- (B) Cintilografia com hemácias marcadas com tecnécio 99 m;
- (C) Angiografia por tomografia computadorizada;
- (D) Cintilografia com coloide sulfuroso com tecnécio 99 m.

**63.** Sabe-se que as ileostomias em alça e as colostomias em alça para derivação intestinal temporária apresentam igual taxa de complicação, mas perfil diferente de complicações. Assim, é CORRETO afirmar que:

- (A) Ileostomias em alça têm menor taxa de reinternação após a sua construção;
- (B) Colostomias em alça têm maior taxa de hérnia incisional após a sua reconstrução;
- (C) Ileostomias em alças têm maior taxa de sepse após a sua reconstrução;
- (D) Colostomias em alça têm maior taxa de obstrução intestinal após a sua reconstrução.

**64.** Uma mulher de 65 anos com adenocarcinoma do reto médio é submetida à ressecção anterior do reto e confecção de ileostomia em alça de derivação temporária, por laparotomia, após esquema de radioquimioterapia de longa duração. No pós-operatório imediato, evolui com sintomas de distensão abdominal, cólicas abdominais difusas, dor peristomal e ausência de eliminação de flatos ou efluente na ostomia. Não há sinais de instabilidade hemodinâmica, febre ou peritonismo. A manobra terapêutica inicial recomendada é:

- (A) Passagem de sonda vesical de demora descompressiva através da ileostomia, à beira do leito;
- (B) Administração de neostigmina sob monitorização em ambiente de terapia intensiva;
- (C) Laparotomia exploradora;
- (D) Revisão cirúrgica local do ostoma e confecção de nova ileostomia.

**65.** Paciente do sexo feminino, 51 anos, fez uma colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal. Ela não tinha história pessoal ou familiar de neoplasia colorretal e encontrava-se assintomática e em boas condições de saúde. À colonoscopia observou-se uma lesão pediculada, de superfície lisa no cólon sigmoide, que à ultrassonografia endoscópica revelou se tratar de uma lesão hiperecogênica na camada submucosa, compatível com lipoma. O próximo passo para o tratamento dessa paciente é:

- (A) Colectomia do sigmoide;
- (B) Ressecção endoscópica;
- (C) Drenagem transmural guiada por ultrassom;
- (D) Repetir a colonoscopia em 10 anos.

**66.** Com relação ao tratamento cirúrgico da endometriose colorretal, a afirmativa CORRETA é:

- (A) A biópsia de um foco suspeito de endometriose com mais de 3 cm de diâmetro durante uma videolaparoscopia diagnóstica é contraindicada;
- (B) Lesão única de endometriose na parede anterior do reto com menos de 3 cm de diâmetro e menos de 50% de envolvimento da circunferência pode ser tratada com ressecção em disco;
- (C) Durante a dissecação de lesões de endometriose, deve-se utilizar preferencialmente eletrocautério com corrente de coagulação a fim de reduzir o sangramento e, conseqüentemente, assegurar um campo visual limpo;
- (D) No caso de uma retossigmoidectomia por endometriose, as margens de ressecção cirúrgica devem ser amplas, com o objetivo de assegurar a ausência de doença residual microscópica.

**67.** Paciente do sexo feminino, 35 anos, com queixa de constipação, permanecendo até 3 dias sem evacuar. Durante sua avaliação clínica, observamos uso crônico de laxantes, grande esforço evacuatório, necessidade de digitação e sensação de evacuação incompleta. Tem história progressiva de uma gestação com parto vaginal e antecedente de ovário policístico. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Inércia colônica;
- (B) Cólon irritável;
- (C) Síndrome de defecação obstruída;
- (D) Pseudocontinência.

**68.** Com relação aos laxantes, a afirmativa CORRETA é:

- (A) Não há restrição ao uso de hidróxido de magnésio em pacientes com insuficiência renal;
- (B) O uso diário contínuo de polietilenoglicol é seguro, mas pode causar distúrbios eletrolíticos e desidratação;
- (C) O uso crônico de laxantes emolientes pode causar quadro de melanosí coli;
- (D) O uso crônico de laxantes irritativos é eficaz e seguro.

**69.** Com relação à investigação diagnóstica das neoplasias pré-sacrais, é CORRETO afirmar que:

- (A) A biópsia deve ser obtida em todos os casos para confirmar o tipo histológico;
- (B) A maioria das neoplasias pré-sacrais não é acessível ao toque retal;
- (C) Como os tumores são extraluminais, não há indicação de exame endoscópico;
- (D) A ressonância nuclear magnética é considerada o método de imagem padrão-ouro para o diagnóstico e planejamento terapêutico.

**70.** Com relação ao tratamento da síndrome do intestino irritável, é CORRETO afirmar que:

- (A) A classificação da doença em formas com predominância de constipação, predominância de diarreia ou mista não tem relevância prática;
- (B) Orientações dietéticas são fundamentais, pois se associam à melhora dos sintomas;
- (C) Atualmente existem fortes evidências científicas favoráveis ao uso rotineiro de probióticos, prebióticos e/ou simbióticos;
- (D) Suplementação de *Psyllium* não é recomendada.