



SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA - 2015

PROVA TEÓRICA

CADERNO
VERSÃO

A

NOME DO CANDIDATO

NÚMERO DO DOCUMENTO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTES

- 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 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.

02. 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.

03. 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 grameador circular.
- (D) preservar os ramos direito e esquerdo do plexo autonômico hipogástrico.

04. 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.

05. 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.

06. 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.

07. 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 esfinteriana 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".

08. A incontinência fecal após a esfínterectomia 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 esfínterectomia anal interna pode, em algumas ocasiões, lesar a inervação esfínteriana causando neuropatia pudenda pós-operatória.
- (C) A colocação do espéculo anal na esfínterectomia 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 esfínterectomia anal interna é contraindicada, pois promove a incontinência fecal pós-operatória.

09. 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.

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

- (A) A esfínterectomia anal externa lateral é o tratamento de escolha na presença de hipertonia esfínteriana.
- (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.

11. 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 esfínteriana 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 esfínteriana.
- (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.

12. Estão associadas às fístulas retovaginais, EXCETO:

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

13. 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.

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

- (A) Nas fístulas interesfínterianas, 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 esfínteriano, 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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 fáscia, deixando a ferida aberta.
- (C) ressecção alargada e rotação de retalho.
- (D) nenhuma intervenção, porque a doença pode curar-se sozinha.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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 fáscia 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

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

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

29. 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.

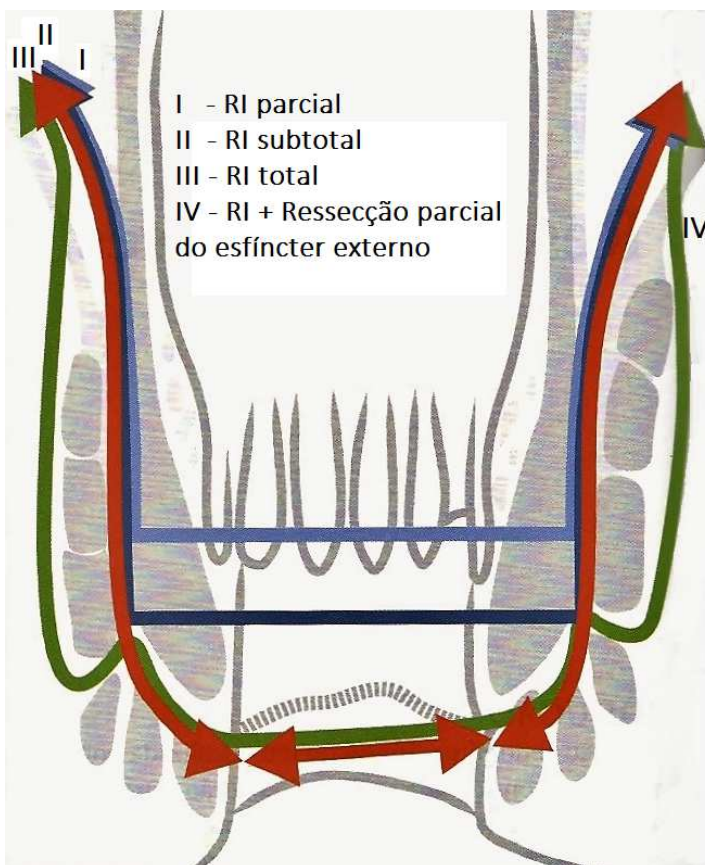
30. Atualmente a excisão total do mesorreto é um aspecto técnico de grande interesse nas operações oncológicas sobre o reto, melhorando os resultados cirúrgicos e aumentando a sobrevida. Em relação a este aspecto técnico é CORRETO afirmar:

- (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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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).

35. 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.

36. 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 pólipos hiperplásicos com adenomatosos, existindo dois tipos: um com mistura de glândulas adenomatosas e hiperplásicas 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.

37. 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 pólipos 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.

38. 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.

39. 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.

40. Os pólipos juvenis são histologicamente classificados como:

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

41. 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.

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

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

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. 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%.

47. 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.

48. 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.

49. 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.

50. 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%.

51. 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.

52. 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 10º 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.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

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

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

58. 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.

59. 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.

60. 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.

61. 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.

62. 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.

63. 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.

64. 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 sedenhos 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.

65. 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.

66. 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.

67. 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 fâscia 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.

68. 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.

69. 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.

70. 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.