



SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA

TÍTULO DE ESPECIALISTA 2016

PROVA TEÓRICA

CADERNO
VERSÃO

C

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, 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. A doença subclínica causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) na região perianal pode ser evidenciada com lentes de aumento e aplicação local de:

- (A) Podofilina a 25%;
- (B) Ácido Tricloroacético a 90%;
- (C) Ácido Acético a 3%;
- (D) Vermelho Congo a 2%.

02. Em relação ao tratamento da incontinência anal:

- (A) A utilização de agentes de preenchimento, a estimulação do nervo tibial posterior e a radiofrequência estão indicadas para os doentes que apresentam defeitos do esfíncter anal externo que evoluem com incontinência grave;
- (B) A realização da esfínteroplastia pela técnica de sobreposição dos esfíncteres anais só deve ser realizada após a confecção de um estoma derivativo para reduzir os elevados índices de infecção da ferida cirúrgica;
- (C) A neuromodulação sacral tem apresentado desfechos desapontadores, sendo mais bem indicada para controle dos sintomas da síndrome do cólon irritável;
- (D) A neuropatia bilateral do pudendo, a cicatriz perianal excessiva e extensa, a síndrome do cólon irritável e a enteropatia diabética são consideradas fatores de risco para o tratamento cirúrgico.

03. Homem de 23 anos, há cinco anos com drenagem de secreção purulenta em região sacrococcígea. Refere 3 cirurgias prévias pelo mesmo motivo. A primeira delas foi realizada por ressecção e fechamento primário da ferida, e nas duas últimas a cicatrização se deu por segunda intenção. O exame físico mostra sulco interglúteo profundo, cicatriz mediana hipertrófica com pequena úlcera superficial, um orifício na extremidade cranial e três orifícios paramedianos esquerdos sem drenagem de secreção purulenta à compressão. Frente ao caso apresentado, o tratamento mais indicado é:

- (A) Excisão ampla com cicatrização por segunda intenção;
- (B) Incisão, curetagem e marsupialização;
- (C) Excisão e rotação de retalho cutâneo;
- (D) Marsupialização da ferida operatória.

04. Em relação à doença diverticular dos cólons:

- (A) A incidência aumenta com a idade, sendo que a forma hipotônica da doença está mais associada à hemorragia digestiva baixa;
- (B) A ressecção deve incluir todos os segmentos colônicos que tenham divertículos;
- (C) A doença tem comportamento mais agressivo em jovens e esse critério deve ser usado para definir o momento da indicação cirúrgica desses doentes;
- (D) Existem evidências científicas irrefutáveis para a indicação de mesalazina associadas aos probióticos na prevenção das crises de diverticulite.

05. Com relação à obstrução intestinal:

- (A) Após o fechamento de ileostomias de proteção em alça, a obstrução é evento extremamente incomum;
- (B) À radiologia, o sinal do guardanapo indica a presença provável de obstrução causada por diverticulite aguda pseudo-tumoral;
- (C) A obstrução por estenose intestinal que ocorre nos doentes com enterite actínica costuma ocorrer precocemente após radioterapia;
- (D) Pode ser causada pela síndrome da artéria mesentérica superior nas anastomoses ileoanais com reservatório ileal em J.

06. O tratamento do câncer de reto distal pode determinar resultados funcionais insatisfatórios. Os fatores que reconhecidamente pioram a função evacuatória incluem apenas:

- (A) Confecção de ileostomia em alça de proteção;
- (B) Confecção de reservatório colônico em "J" para anastomose coloanal;
- (C) Confecção de coloplastia para anastomose coloanal;
- (D) Anastomose coloanal direta.

07. Homem de 72 anos, portador de adenocarcinoma de reto, foi submetido a ressecção endoscópica transanal. O estudo histopatológico do espécime revelou adenocarcinoma infiltrando a camada muscular própria. O risco de invasão linfonodal nesse paciente é de aproximadamente de:

- (A) 35%;
- (B) 20%;
- (C) 45%;
- (D) 55%.

08. Mulher de 57 anos, nulípara, é portadora de lesão com 3 cm de diâmetro na parede posterior, 2 cm acima da linha denteada, cuja biópsia confirmou a presença de adenocarcinoma bem diferenciado do reto baixo. O estadiamento local por ressonância magnética da pelve mostrou neoplasia T3N0. O estadiamento sistêmico não mostrou presença de metástases. A conduta padrão para esse caso é:

- (A) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes, seguidas de excisão total do mesorreto e amputação do reto;
- (B) Excisão local seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvante;
- (C) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvante e, na presença de resposta clínica completa, acompanhar mensalmente a paciente até 1 ano;
- (D) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes, seguidas de excisão total do mesorreto com anastomose coloanal e ileostomia.

09. Em relação aos abscessos e fístulas anorretais:

- (A) A grande maioria (90%) dos abscessos têm origem criptoglandular, e a localização mais comum do orifício interno situa-se na cripta lateral;
- (B) A drenagem dos abscessos isquiorretais deve, preferencialmente, ser realizada o mais próximo possível da borda anal;
- (C) A ressonância nuclear magnética apresenta menor acurácia que a ultrassonografia endorretal na identificação de trajetos secundários;
- (D) As chamadas fístulas em ferradura estão comumente associadas a abscessos pelvirretais.

10. O estadiamento locorregional através de ressonância magnética de alta resolução deve:

- (A) Estimar a distância exata em milímetros do tumor primário em relação à fásia mesorretal;
- (B) Utilizar necessariamente bobina intrarretal quando houver suspeita de invasão da musculatura elevadora do ânus;
- (C) Identificar a presença de metástases linfonodais utilizando critério de tamanho do linfonodos mesorretais;
- (D) Estimar a qualidade da excisão total do mesorreto durante o tratamento cirúrgico radical.

11. Com relação à doença de Crohn perianal, pode-se afirmar que:

- (A) A derivação isolada do trânsito intestinal nos doentes que evoluem com estenose é uma opção adequada para o tratamento desta complicação;
- (B) A recorrência da manifestação perianal já caracterizada, raramente significa ativação da doença intestinal;
- (C) Pode ser a primeira manifestação da doença ou como é mais comum, surgir ao longo da evolução da enfermidade;
- (D) A aplicação de colas biológicas é alternativa válida para cicatrização das fístulas e conservação da musculatura esfíncteriana.

12. Em relação ao tratamento de enfermo portador de doença de Crohn que evolui com colite tóxica (megacólon tóxico) não responsiva ao manejo clínico, podemos afirmar que:

- (A) A simples derivação do trânsito intestinal pela confecção de ileostomia em alça é a opção cirúrgica menos mórbida e ideal;
- (B) A retocolectomia com reconstrução do trânsito intestinal com reservatório ileal no mesmo tempo cirúrgico é a opção mais utilizada;
- (C) Excepcionalmente, a colectomia parcial pode ser empregada em pacientes gravemente enfermos com a finalidade de diminuir a morbidade cirúrgica;
- (D) A colectomia total sem proctectomia associada a ileostomia terminal é a opção cirúrgica mais adequada.

13. Mulher de 35 anos apresenta queixa de constipação crônica grave. Na investigação, apresentava eletromanometria anorretal normal, sorologia para Chagas negativa e tempo de trânsito colônico com retenção de 90% dos marcadores após 5 dias da ingestão. A colonoscopia e o enema opaco mostravam apenas dolico megacólon. Em caso de cirurgia, a melhor proposta terapêutica para essa paciente é:

- (A) Retossigmoidectomia abdominal;
- (B) Sigmoidectomia associada a medidas dietéticas e uso de laxativos;
- (C) Colectomia total com ileorretoanastomose;
- (D) Cirurgia de Duhamel com anastomose mecânica ampla.

14. Com relação ao desenvolvimento de bolsites após o tratamento cirúrgico de doentes com Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI), podemos afirmar que:

- (A) Sua fisiopatologia envolve a persistência de um processo inflamatório latente e modificações da flora intestinal do reservatório ileal;
- (B) Sua ocorrência após confecção de reservatório ileal na RCUI é similar àquela observadas na Polipose Adenomatosa Familiar;
- (C) Na maioria dos casos, os episódios de bolsite tem duração maior do que oito semanas e os índices de recidiva são baixos;
- (D) Os riscos de desenvolvimento de bolsite se reduzem com os anos, após o tratamento cirúrgico.

15. Quanto à procidência do reto, qual das alternativas não contém erros:

- (A) A enfermidade é mais comum entre os homens, ocorre nos extremos da vida e não tem relação com o desenvolvimento da síndrome da úlcera solitária do reto;
- (B) Sua recidiva raramente ocorre nos primeiros dois anos de seguimento pós-operatório;
- (C) A plástica dos músculos elevadores do ânus concomitante à cirurgia de Altemeier não melhora a continência fecal e os índices de recidiva;
- (D) A operação de Frykman-Goldberg é uma opção indicada nos doentes com procidência do reto associada a constipação intestinal refratária ao tratamento clínico.

16. Homem de 20 anos, tabagista (2 maços/dia), com diagnóstico de doença de Crohn há 14 meses. Faz uso de azatioprina há um ano e foi submetido a ileotiflectomia por perfuração intestinal localizada no íleo terminal. Em relação à prevenção de recidiva da doença de Crohn, a conduta correta é:

- (A) Fazer dosagem de calprotectina fecal bimensal e fazer uma colonoscopia de controle da inflamação com seis meses;
- (B) Recomendar a suspensão do tabagismo e controle da atividade inflamatória pela dosagem da proteína C reativa de três em três meses;
- (C) Recomendar a suspensão do tabagismo e prescrição de anti-TNF como terapia de manutenção, após 30 dias da cirurgia;
- (D) Fazer dosagem de calprotectina fecal bimensal e reintroduzir azatioprina na dose de 2 mg/Kg/dia como terapia de manutenção.

17. Com relação aos métodos diagnósticos utilizados no diagnóstico e a avaliação da hemorragia digestiva baixa, pode-se afirmar que:

- (A) Após administração de hemácias marcadas, a cintilografia tem alta precisão na localização da lesão no segmento de cólon, mas precisa de fluxo de sangramento acima de 2,0 mL /minuto;
- (B) A colonoscopia realizada entre 12 e 24 horas após a admissão hospitalar tem menor chance de estabelecer o diagnóstico devido à quantidade de sangue presente no interior do cólon;
- (C) Além de poder ser terapêutica, a arteriografia não requer preparo intestinal, mas sua precisão diagnóstica requer que haja fluxo de sangramento acima 0,5 mL/minuto no ponto de sangramento;
- (D) As malformações arteriovenosas representam a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa com repercussão hemodinâmica em doentes idosos, internados em unidade de terapia intensiva.

18. Mulher de 62 anos, múltipara, com duas episiotomias prévias, apresenta incontinência anal com escore de Wexner de 15. É portadora de retocolite ulcerativa inespecífica, intratável clinicamente. Uma colonoscopia recente com biópsia confirmou presença de displasia de alto grau no reto distal. Qual a melhor proposta cirúrgica?

- (A) Proctocolectomia restauradora com reservatório ileal em J;
- (B) Proctocolectomia total com dissecação inter-esfinteriana e ileostomia terminal;
- (C) Colectomia total e ileorreto anastomose;
- (D) Proctocolectomia restauradora com mucosectomia e reservatório ileal em S.

19. Com relação ao tratamento da doença hemorroidária:

- (A) Na anorretopexia mecânica, a ocorrência de dor pós-operatória pode estar associada à altura da confecção da sutura em bolsa, pois esta influenciará a altura final da linha de grampeamento;
- (B) A principal indicação da desarterialização arterial guiada por Doppler é o tratamento das doenças hemorroidárias de grau IV, pois corrige definitivamente o prolapso em mais de 85% dos casos;
- (C) Após anorretopexia mecânica, os índices de recidiva em cinco anos são inferiores aos observados após técnicas excisionais;
- (D) O principal preceito da anorretopexia mecânica é a interrupção do fluxo arterial aos coxins hemorroidários, determinando redução progressiva de seu volume.

20. Com relação ao prurido anal:

- (A) A terapia tópica à base de corticosteroides promove resolução sintomática efetiva e determina baixo índice de recidiva do sintoma;
- (B) Pode ser causado por condições clínicas como infecção pelo papilomavírus e diabetes mellitus;
- (C) A restrição do consumo de alimentos como frutas e sucos cítricos, café, álcool, chocolate, cebola e leite não beneficia o doente;
- (D) O agente fúngico mais prevalente em mulheres é a *Trichomonas vaginalis*, especialmente no período menstrual.

21. Em relação ao tratamento cirúrgico da doença de Crohn:

- (A) Em doentes com pancolite grave refratária ao tratamento clínico, a retocoliectomia com reservatório ileal pode ser uma alternativa naqueles sem doença perianal ou de intestino delgado;
- (B) Nos casos de fístulas internas, a via de acesso laparoscópica está formalmente contraindicada em virtude da pouca resolutividade e da presença de abscesso bloqueado e bridas;
- (C) A melhor opção para o tratamento de um doente estável com comprometimento de íleo terminal e formação de abscesso bloqueado na fossa ilíaca esquerda é a imediata ressecção cirúrgica com confecção de ileostomia terminal;
- (D) Em um paciente com estenose sintomática localizada na porção média do íleo com 2 cm de extensão, a melhor opção de enteroplastia é pela técnica de Finney.

22. No tocante ao tratamento cirúrgico da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), podemos afirmar que:

- (A) A colectomia total com ileorretoanastomose representa a melhor opção cirúrgica em doentes com menos de 40 anos, pois evita eventuais disfunções gênitó-urinárias relacionadas à dissecação do reto;
- (B) Na decisão operatória, devem ser considerados fatores como idade, presença de câncer colorretal, possibilidade de gravidez futura e densidade dos pólipos adenomatosos localizados no reto;
- (C) O genótipo da doença não deve interferir na decisão cirúrgica, pois se encontra relacionada apenas aos riscos de manifestações extra-colônicas;
- (D) Desde o advento da bolsa ileal, a proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva não é mais considerada como alternativa cirúrgica.

23. Com relação à gonorreia anorretal:

- (A) Os Parceiros sexuais dos últimos 15 dias devem ser identificados e tratados;
- (B) A maioria dos doentes evolui de forma assintomática;
- (C) A associação com *Chlamydia trachomatis* é excepcional;
- (D) O Ciprofloxacino (500mg) associado à azitromicina (1g) em dose única é um dos esquemas terapêuticos recomendados pelo Ministério da Saúde.

24. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O local menos adequado para colocação de próteses auto-expansivas (stents) é o reto inferior, pelos sintomas que desencadeia;
- (B) A melanose colônica está associada ao uso frequente de laxantes osmóticos derivados da lactulose;
- (C) A ressecção oncológica radical de um segmento do cólon se faz necessária em todos os pólipos que revelem carcinoma invadindo o terço superior da camada submucosa (SM1) independente do grau de diferenciação;
- (D) Numa colonoscopia com magnificação de imagem, o achado de padrão de criptas do tipo III ou IV da classificação de Kudo indica a presença de carcinoma invasivo.

25. Homem de 60 anos, diabético, foi submetido à retossigmoidectomia com anastomose colorretal alta sem derivação intestinal. No 6º. PO apresentou febre, dor abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Os exames mostravam leucocitose com desvio à esquerda e elevação de Proteína C reativa (PCR). Quanto à investigação diagnóstica e abordagem terapêutica da complicação descrita acima, pode-se afirmar que:

- (A) A Tomografia Computadorizada (TC) tem papel diagnóstico e terapêutico, pois permite a drenagem percutânea de abscessos pélvicos localizados;
- (B) A indicação de ultrassom abdominal e pélvico é vantajosa em relação à TC por não requerer o uso de contraste venoso e retal;
- (C) A presença de abscesso localizado com bolhas de ar ao redor da anastomose indica a necessidade de laparotomia com revisão e ressutura da linha de grampeamento;
- (D) A confecção de uma ileostomia de proteção durante o ato cirúrgico inicial teria impedido que essa complicação ocorresse.

26. Homem de 55 anos foi diagnosticado com câncer de reto a 15 cm da margem anal. A lesão foi classificada como T3N0, sem comprometimento da margem circunferencial na ressonância magnética. A conduta indicada para esse caso é:

- (A) Radioterapia e quimioterapia seguida pela excisão parcial do mesorreto;
- (B) Radioterapia e quimioterapia exclusiva de regressão completa;
- (C) Radioterapia e quimioterapia seguida pela excisão total do mesorreto;
- (D) Ressecção anterior do reto com excisão parcial do mesorreto.

27. Com relação à incontinência anal:

- (A) O prolapso completo do reto (procidência), raramente é incriminado como causa de incontinência;
- (B) Na manometria anorretal, a pressão de repouso reflete, principalmente, a tonicidade do esfíncter interno do ânus;
- (C) Quanto à sua etiopatogenia, a fistulotomia e a fistulectomia representam sua causa mais comum;
- (D) A eletromiografia confirma se a incontinência neurogênica é ocasionada por lesão das fibras simpáticas do plexo hipogástrico.

28. Em relação ao megacólon chagásico:

- (A) As anastomoses colorretais no tratamento do megacólon pela técnica de Duhamel devem ser realizadas ao nível da reflexão peritoneal para diminuir os índices de deiscência, e evitar fecalomas do coto retal;
- (B) O tratamento inicial do volvo de sigmoide deve ser feito por laparotomia imediata com fixação da alça, devido ao risco de necrose e recidiva;
- (C) Se houver resolução do volvo por via endoscópica, o doente poderá ser seguido clinicamente com dieta e laxantes, pois a recidiva é rara;
- (D) Os procedimentos como anorretomiectomia e sigmoidectomia estão abandonados devido aos altos índices de recidiva.

29. Com relação à colite isquêmica:

- (A) A não gangrenosa é a forma mais comum, envolvendo doentes idosos com elevado risco cardiovascular;
- (B) Como se trata de um fenômeno isquêmico, a avaliação por angiografia ou angiotomografia se torna obrigatória em todos os doentes;
- (C) Na forma gangrenosa, o cólon esquerdo, a flexura esplênica e o reto se encontram frequentemente acometidos;
- (D) Nos casos de aguda, a colonoscopia é contraindicada devido ao alto risco de perfuração.

30. Homem de 43 anos é internado com quadro de dor na fossa ilíaca esquerda e febre. Relatava dois episódios prévios semelhantes. Apresentava bom estado geral e sinais de irritação peritoneal localizada. A Tomografia Computadorizada (TC) do abdômen identificou um abscesso pericólico isolado, com 5 cm de diâmetro. Frente ao caso clínico, pode-se afirmar que:

- (A) A presença de contaminação peritoneal requer indicação de lavagem da cavidade abdominal e drenagem, preferencialmente por laparoscopia, possibilitando realizar a ressecção cirúrgica em condições eletivas;
- (B) Como se trata de um caso classificado como Hinchey III, existe indicação cirúrgica em caráter de urgência, com ressecção, anastomose primária e confecção de ileostomia de proteção;
- (C) Antibioticoterapia associada à drenagem percutânea guiada por TC pode ser considerada uma opção terapêutica inicial adequada, por tirar o doente da fase aguda e postergar a indicação cirúrgica definitiva;
- (D) O doente deve ser submetido a tratamento cirúrgico imediato com operação de Hartmann, pois a presença de abscesso e ar extra-luminal, contraindicam a realização de anastomose primária.

31. A presença de metástases linfonodais no câncer colorretal é um fator de pior prognóstico e em geral indica tratamento adjuvante por meio de quimioterapia sistêmica. Nesses casos, pode-se afirmar que:

- (A) O tratamento com 5FU é suficiente, na maioria dos casos;
- (B) A indicação de tratamento adjuvante independe do "status" do gene K-ras;
- (C) O tratamento só está indicado quando pelo menos 12 linfonodos foram ressecados;
- (D) A presença de apenas micrometástases linfonodais exige a inclusão de oxaliplatina no esquema adjuvante.

32. Homem de 51 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma bem diferenciado do reto, localizado logo abaixo da prega de Kohlrusch. A ressonância magnética da pelve revela lesão T2N0, com 2.5 cm de diâmetro. Nesse caso, a melhor conduta será:

- (A) Ressecção anterior do reto com excisão parcial do mesorreto;
- (B) Ressecção local transanal;
- (C) Ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto;
- (D) Radioquimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto.

33. A artéria mesentérica inferior pode ser ligada em posição proximal ou distal à emergência da artéria cólica esquerda. A principal vantagem da ligadura proximal no tratamento do câncer de reto baixo é:

- (A) Preservação mais adequada dos nervos simpáticos;
- (B) Maior sobrevida em 5 anos;
- (C) Maior mobilização do cólon para anastomose;
- (D) Melhor identificação do uréter esquerdo.

34. Em relação ao tratamento e acompanhamento das doenças inflamatórias intestinais:

- (A) Uma anastomose íleo-colônica látero-lateral ampla (7-8 cm) não interfere nos índices de re-operações por estenose;
- (B) A retocoliectomia total não altera a evolução do pioderma gangrenoso na retocolite ulcerativa;
- (C) A associação de mesalazina e prednisona representa uma ótima alternativa como terapia de manutenção para evitar recidivas, após o tratamento cirúrgico;
- (D) A dosagem de calprotectina fecal é útil durante o seguimento pós-operatório.

35. Com relação à abordagem do cólon por videolaparoscopia, podemos afirmar que:

- (A) A velocidade de insuflação do CO₂ e sua rápida absorção não determinam alterações circulatórias, pois o CO₂ é altamente absorvível;
- (B) Fenômenos tromboembólicos estão associados à instituição do pneumoperitônio, posição do doente na mesa cirúrgica e duração da operação;
- (C) A presença de obstrução intestinal e o diagnóstico de tumores T4 no intra-operatório constituem indicações absolutas de conversão para laparotomia;
- (D) O fator mais importante relacionado aos implantes tumorais nos portais de acesso é o fluxo de CO₂.

36. Com relação à Polipose associada à mutação no gene *MYH* (*PAM*), pode-se afirmar que:

- (A) Quando comparada a PAF, apresenta maior tendência à formação de tumores desmóides;
- (B) Tem padrão de transmissão em caráter autossômica dominante ligada ao sexo;
- (C) Os pólipos colônicos surgem em idade mais precoce quando comparada as formas clássicas de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF);
- (D) O gene *MUTYH* está localizado no cromossomo 1 (1p34.3 - p32.1).

37. Em relação ao tratamento da doença de Crohn perianal:

- (A) O exame proctológico sob anestesia com drenagem de abscessos, curetagem de trajetos e colocação de sedenhos deve ser realizado antes da terapia biológica, quando indicada;
- (B) Em um paciente com fístulas complexas, com três trajetos (1 extra-esfincteriano), a melhor forma de tratamento é a técnica de LIFT, mesmo na vigência de proctite;
- (C) O melhor exame diagnóstico de imagem para avaliação das fístulas perianais é a tomografia de pelve;
- (D) Se houver estenose, a proctectomia deve ser realizada de forma idêntica a amputação abdominoperineal do reto por neoplasia, para evitar recidiva das fístulas.

38. Homem de 54 anos é portador de adenocarcinoma de reto a 3 cm da borda anal. A contraindicação de ressecção local transanal exclusiva como alternativa terapêutica radical inclui apenas:

- (A) Linfonodo maior que 1 cm de diâmetro no mesorreto ao exame de ressonância magnética;
- (B) Invasão da 2^a faixa hipocóica vista ao exame de ecografia endorretal;
- (C) Biópsia pré-operatória com a presença de adenocarcinoma invasivo;
- (D) Lesão de 3,1 cm de diâmetro.

39. Mulher jovem apresenta doença de Crohn com comprometimento íleo-colônico há quatro anos. Foi internada com quadro de cólicas, distensão moderada e diminuição da eliminação de gases e fezes há 36 horas. Está em bom estado geral e tem aumento dos ruídos hidroaéreos sem sinais de peritonismo. Frente ao caso clínico, podemos afirmar que:

- (A) Pelo risco aumentado de associação com câncer, a melhor alternativa é a laparotomia de urgência;
- (B) A doente deve ser submetida a tratamento clínico inicial, indicando-se tratamento cirúrgico se não houver melhora da obstrução;
- (C) Em caso de ressecção, a instituição de margens de segurança melhora os resultados quanto à recidiva da doença;
- (D) Deve ser operada imediatamente, realizando-se ressecção ou enteroplastia dependendo da extensão da doença.

40. No seguimento de pacientes operados por câncer colorretal, a realização de colonoscopia com objetivo de vigilância deverá ser realizada com os seguintes critérios:

- (A) Quando são achados e removidos até dois adenomas menores que 1 cm com displasia de baixo grau, o exame deve ser repetido antes de 2 anos;
- (B) Caso sejam identificados três pólipos hiperplásicos, recomenda-se realizar um novo exame antes de 2 anos;
- (C) Novas colonoscopias deverão ser realizadas de acordo com o número de pólipos, tamanho, histologia, presença de displasia e história familiar;
- (D) Quando são achados e removidos mais que dez adenomas com displasia de baixo grau, recomenda-se fazer outro exame em 3 anos.

41. Com relação à retite por desuso (retite de exclusão), pode-se afirmar que:

- (A) Está relacionada à deficiência de ácidos graxos de cadeia curta no segmento excluído;
- (B) É causada pela proliferação aumentada de bactérias anaeróbicas no segmento excluído;
- (C) O metronidazol é a droga de eleição para o tratamento da doença;
- (D) O processo inflamatório dificilmente regride com a reconstituição do trânsito intestinal.

42. Das situações abaixo, qual representa a causa mais comum de estenose anal:

- (A) Ânus ectópico ou imperfurado;
- (B) Cirurgia orificial prévia;
- (C) Câncer de ânus e do canal anal;
- (D) Doença inflamatória intestinal.

43. Em relação aos adenomas sésseis serrilhados:

- (A) Apresentam menor risco de degeneração maligna;
- (B) Sua via de carcinogênese difere da sequência clássica adenoma-carcinoma;
- (C) Geralmente se localizam distalmente à flexura cólica esquerda;
- (D) Desenvolvem-se a partir de hipermetilação da região promotora do gene *APC*.

44. Dentre as opções terapêuticas abaixo relacionadas, qual representa a alternativa mais eficaz para o tratamento das formas hemorrágicas graves da retite actínica:

- (A) Aplicação de supositórios de ácido 5-aminosalicílico (mesalazina);
- (B) Aplicação de enemas contendo formalina a 25%;
- (C) Aplicação diária de enemas com sucralfato;
- (D) Tratamento local com plasma de argônio.

45. Com relação à síndrome de Peutz-Jeghers, pode-se afirmar que:

- (A) É possível identificar mutação no gene *STK11/LKB1* em cerca de 50% dos casos;
- (B) É excepcional o desenvolvimento de câncer de pâncreas durante a vida;
- (C) Os pólipos apresentam características histológicas semelhantes as dos adenomas serrilhados;
- (D) Os pólipos predominam no cólon, seguido pelo intestino delgado e estômago.

46. A respeito de parâmetros relevantes na fisiologia anorretal:

- (A) O esfíncter interno do ânus é composto de musculatura estriada;
- (B) A pesquisa do reflexo inibitório reto-anal não auxilia na avaliação das formas de megacólon;
- (C) A discinesia do puborretal (contração paradoxal do puborretal ou anismo) representa uma das causas de defecação obstruída;
- (D) O ângulo anorretal durante a defecação está em torno de 90-10°, enquanto que no repouso ele chega a 180°.

47. Mulher de 65 anos, múltipara, é submetida a esfínteroplastia para tratamento de incontinência anal de origem obstétrica. O fator preditivo pré-operatório mais importante para o sucesso da operação é:

- (A) Coexistência de incontinência urinária;
- (B) Tempo de latência do nervo pudendo;
- (C) Menopausa;
- (D) Índice de massa corpórea.

48. No que se refere à fissura anal, podemos afirmar que:

- (A) A fissurectomia com esfínterotomia no leito da fissura posterior pode ocasionar deformidade conhecida como “ânus em buraco de fechadura”;
- (B) A cicatrização pode ser obtida em 70% das fissuras anais crônicas, apenas com emprego de fibras sintéticas, banhos de assento e supositórios;
- (C) Geralmente apresenta localização posterior nas mulheres e anterior nos homens;
- (D) A aplicação de toxina botulínica é tão efetiva quanto a esfínterotomia lateral interna, todavia com custo mais elevado.

49. Com relação à hidrosadenite supurativa:

- (A) A doença frequentemente se inicia antes da puberdade;
- (B) A doença incide com maior frequência nas axilas quando comparada à região perianal;
- (C) A doença não está relacionada com o índice de massa corpórea;
- (D) É uma infecção das glândulas écrinas, geralmente, ocasionada por fungos.

50. O músculo esfíncter interno apresenta formato circular, sendo uma continuidade caudal da camada circular interna do reto. Das afirmações abaixo, pode-se afirmar que:

- (A) É responsável pelo fenômeno descrito como amostragem, isto é, apresenta períodos transitórios de relaxamento, permitindo ao indivíduo ter uma análise sensitiva do conteúdo retal;
- (B) Apresenta coloração mais escura em relação ao músculo esfíncter anal externo, situando-se externamente a este;
- (C) Sendo um músculo liso, seu tônus voluntário representa cerca de 70 a 80% da pressão de repouso do canal anal, também conhecida como pressão anal basal;
- (D) Uma porção profunda do músculo esfíncter anal interno é denominada musculatura longitudinal anal, o qual faz parte do complexo esfínteriano interno e recebe inervação somática através dos ramos terminais do nervo pectíneo.

51. Mulher de 67 anos, múltipara (4 partos normais sendo 2 fórceps), relata dor anal crônica, constipação, prurido e *soiling*. Os sintomas são refratários ao uso de pomadas como bloqueadores de canal de cálcio (Diltiazem) por oito semanas. No exame proctológico constata-se fissura anal crônica anterior. Nessa situação, qual das alternativas abaixo representa a melhor opção cirúrgica?

- (A) Fissurectomia associada a esfínterotomia posterior no leito da fissura;
- (B) Esfínterotomia lateral interna aberta;
- (C) Esfínterotomia lateral interna fechada;
- (D) Avanço de retalho mucoso.

52. Das alternativas abaixo, qual retrata as complicações tardias mais frequentes de uma colostomia em alça:

- (A) Necrose e deiscência;
- (B) Prolapso e hérnia paracolostômica;
- (C) Edema estomal e estenose;
- (D) Sangramento e impactação.

53. Em relação aos tumores pouco comuns, pode-se afirmar:

- (A) A incidência de síndrome carcinoide depende da localização dos tumores nos diversos segmentos do aparelho digestivo;
- (B) O achado de tumor carcinoide no apêndice vermiforme requer a complementação por colectomia direita sempre;
- (C) O diagnóstico de melanoma anorretal requer a realização de radioterapia neoadjuvante por melhorar os resultados do tratamento cirúrgico;
- (D) O diagnóstico de doença de Bowen perianal tem prognóstico desfavorável e requer radioquimioterapia neoadjuvante associada a ressecções radicais.

54. A utilização de quimioterapia adjuvante baseada em 5FU para pacientes com câncer colorretal está mais bem indicada na seguinte situação:

- (A) Neoplasia de ceco pT3N0 e instabilidade de microssatélites;
- (B) Neoplasia do sigmoide pT2N0 com gene K-ras mutado;
- (C) Neoplasia de sigmoide T3N0 com invasão angiolímfática e estabilidade de microssatélites;
- (D) Neoplasia de ceco T2N0 de histologia mucinosa.

55. Com relação à Tomografia com Emissão de Pósitrons (PET/CT) no câncer de reto, podemos afirmar que:

- (A) A captação elevada do radiofármaco (FDG - fluoro-deoxi-glicose) indica aumento do índice de proliferação celular;
- (B) Sua melhor indicação inclui a pesquisa de suspeita de recidiva local depois de tratamento cirúrgico;
- (C) Deve ser utilizado para identificação de pacientes com maior probabilidade de resposta ao tratamento neoadjuvante [valores SUV (*standard uptake value*) baixos indicam maior probabilidade de resposta];
- (D) Deve ser empregado no estadiamento primário da doença para identificação de metástases linfonodais mesorretais com maior acurácia que a ressonância nuclear magnética ou ultrassonografia intrarretal devido à sua maior resolução espacial.

56. Em relação à doença hemorroidária:

- (A) Constitui causa frequente de sangramento na infância e adolescência;
- (B) O uso de fontes alternativas de energia (bisturi harmônico e pinças bipolares avançadas) diminuem significativamente os índices de recidiva;
- (C) O ânus úmido é uma complicação comumente associada à hemorroidectomia pela técnica de Whithead;
- (D) A fotocoagulação com infravermelho apresenta resultados tardios superiores à ligadura elástica.

57. Homem de 59 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma de reto mucoprodutor e invasão do esfíncter anal externo. Apresenta dor local intensa e incontinência anal. A tomografia computadorizada do abdômen e tórax mostra metástases hepáticas e pulmonares não ressecáveis. Em relação a esse caso, a melhor conduta é:

- (A) A amputação abominoperineal não deve ser considerada nunca, pois a doença é sistêmica;
- (B) A quimioterapia baseada na infusão contínua endovenosa de 5FU com ácido folínico representa o regime ideal, com alta efetividade terapêutica;
- (C) A radioterapia do tumor primário não está indicada, pois a doença é sistêmica;
- (D) A amputação abdominoperineal do reto paliativa pode ser necessária para aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida.

58. Com relação aos recentes conhecimentos sobre a Doença Diverticular dos Cóloons (DDC), podemos afirmar que:

- (A) A incidência de DDC no ceco e no cólon direito é semelhante entre países orientais e ocidentais;
- (B) O risco de um doente com DDC desenvolver diverticulite aguda é maior que 40% entre os portadores assintomáticos da doença;
- (C) Doentes que evoluem com abscessos peri-colônicos ou pélvicos podem ser tratados com antibioticoterapia associada ou não a drenagem guiada por imagem;
- (D) Nos doentes imunocomprometidos, a indicação cirúrgica é excepcional devido aos riscos cirúrgicos associados.

59. A respeito do tratamento da doença hemorroidária:

- (A) A ocorrência de fissura pós-hemorroidectomia é mais comum na linha mediana anterior do canal anal;
- (B) A técnica de Ferguson recomenda a excisão de grande volume de tecido hemorroidário, a fim de reduzir os índices de recidiva;
- (C) A ligadura elástica visa interromper o fluxo sanguíneo aos mamilos, além de promover a fixação alta da mucosa por meio de fibrose, determinando resultados semelhantes à esclerose;
- (D) A técnica de Obando consiste na ligadura dos mamilos pela aplicação de pontos separados sequenciais transfixantes a partir do limite superior do mamilo, seguida de secção dos mesmos entre as ligaduras e posterior ressecção do componente externo.

62. Com relação aos aspectos anatômicos importantes nas afecções anorretais:

- (A) O adenocarcinoma do reto baixo está frequentemente associado a displasias de alto grau que surgem no epitélio transicional ou cloacogênico desta região;
- (B) A inervação somática acima da linha pectínea é relacionada aos nervos pudendos e componentes parassimpáticos do plexo sacral, importantes no desencadeamento do mecanismo de evacuação;
- (C) Abscessos que se originam no espaço interesfincteriano são os que mais frequentemente determinam as fístulas em ferradura;
- (D) Os coxins hemorroidários influenciam a função no canal anal, contribuindo para a continência e discernimento sensitivo na consistência do bolo fecal.

60. Na investigação e tratamento dos distúrbios da defecação, podemos afirmar que:

- (A) Em doentes com inércia colônica, a realização de tempo de trânsito requer preparo intestinal retrógrado e uso de laxantes para permitir a progressão dos marcadores;
- (B) O reflexo inibitório retoanal está presente em crianças com megacólon congênito (doença de Hirschsprung) e ausente nos portadores de megacólon chagásico;
- (C) A defecografia é fundamental na avaliação de doentes portadores de retocele, anismo, prolapso incompleto do reto (intussuscepção retorretal) e enteroceles;
- (D) Em mulheres, o acesso transvaginal para correção da retocele é melhor que os acessos transanal e perineal, pois determina menor recidiva da doença.

63. Com relação ao manejo da Doença Diverticular dos Cólon:

- (A) A indicação de laparoscopia para lavagem e drenagem da cavidade é hoje a melhor alternativa nos pacientes com Hinchey III, pois promove recuperação mais rápida, além de postergar a ressecção definitiva;
- (B) Um dos fatores associados à recorrência de diverticulite aguda após ressecção cirúrgica diz respeito à confecção de anastomose do cólon proximal com o sigmoide e não com o reto;
- (C) A indicação de operação de Hartmann na diverticulite aguda graus I e II de Hinchey é alternativa viável, pois a presença de abscesso aumenta de maneira considerável o risco de deiscência da anastomose;
- (D) Dentre todas as fístulas, as colo-vaginais e as colo-entéricas, são as mais frequentes devido à proximidade do cólon sigmoide com esses órgãos, principalmente em mulheres histerectomizadas.

61. Em paciente com carcinoma anal:

- (A) Os tumores menores que 3 cm de diâmetro cursam com excelente resposta terapêutica após a infusão venosa em dose única de 5-FU e oxaliplatina;
- (B) A melhor alternativa para o tratamento de tumores pequenos (< 1 cm), bem diferenciados, sem disseminação linfática ou envolvimento esfíncteriano é controversa, podendo-se optar pela excisão local ou radioquimioterapia;
- (C) Quando houver invasão do esfíncter externo, a radio-quimioterapia está contraindicada, devendo-se realizar amputação abdômino-perineal do reto;
- (D) Os doentes com metástases inguinais devem ser submetidos a esvaziamento linfonodal inguinal cerca de 12 a 15 semanas após o término da radio-quimioterapia.

64. Sobre as opções de tratamento multimodal para o câncer de reto inferior, localmente avançado, pode-se afirmar que:

- (A) O efeito biológico de 50,4 Gy oferecidos no período de seis semanas é equivalente aos efeitos biológicos de 25 Gy oferecidos no período de uma semana;
- (B) O tratamento neoadjuvante de curso curto com Radioterapia (RT) exclusiva oferece os melhores resultados em termos de preservação esfíncteriana;
- (C) O tratamento neoadjuvante de curso longo Quimio-radioterapia (QRT) oferece os menores índices de recidiva local quando comparado ao curso curto (RT);
- (D) O tratamento neoadjuvante de curso longo (QRT) apresenta melhores resultados de sobrevida quando comparado ao tratamento adjuvante (QRT).

65. Durante o estadiamento pré-operatório de um homem com câncer de reto na parede anterior e localizado a 5 cm acima da borda anal, o achado mais relevante para a indicação de tratamento neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia é:

- (A) Presença de ≥ 2 linfonodos com > 1 cm de diâmetro no mesorreto;
- (B) Presença de invasão da gordura perirretal;
- (C) Distância do tumor da fásia mesorretal ≤ 1 mm;
- (D) Profundidade de invasão na gordura mesorretal ≥ 5 mm.

66. Com relação à Neoplasia Intra-epitelial Anal de Alto Grau (NIA-A) provocada pela infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), pode-se afirmar que:

- (A) É uma lesão precursora do carcinoma epidermoide do ânus e canal anal;
- (B) É uma indicação de amputação abdômino-perineal do reto após radioterapia;
- (C) É menos frequente em homens, independentemente se soropositivos ou não para o HIV;
- (D) A ressecção local tem pouca morbidade e baixa incidência de recidivas.

67. A respeito das relações anatômicas do cólon, reto e ânus que são consideradas de fundamental importância na prática cirúrgica:

- (A) A drenagem linfática dos 2/3 superiores do reto permite a ocorrência de metástases para linfonodos inguinais superficiais;
- (B) O canal anal pode ser dividido em anatômico ou embriológico e cirúrgico ou funcional, sendo este último definido como aquele que vai da borda anal à linha pectínea;
- (C) A reflexão peritoneal anterior nas mulheres encontra-se ao nível da terceira válvula retal;
- (D) A lesão ureteral iatrogênica ocorre em pontos chave durante a dissecação colorretal pélvica, dentre eles a ligadura alta da artéria mesentérica inferior e a mobilização mesorretal próxima ao promontório.

68. Quanto às características moleculares e clínicas da Síndrome de Lynch (SL), podemos afirmar que:

- (A) As mutações do sistema de reparo do DNA mais frequentemente encontradas estão localizadas nos genes *MLH1* e *PMS2*;
- (B) Depois do câncer colorretal, os tumores extracolônicos mais prevalentes localizam-se no estômago e fígado;
- (C) Portadores da SL têm maior chance de desenvolver tumores sincrônicos e metacrônicos;
- (D) A instabilidade de microsatélites é uma das marcas da SL, não sendo encontrada nos tumores esporádicos.

69. Doente submetido à colonoscopia com ressecção de pólipos com pedículo longo, localizado no cólon descendente. A cabeça do pólipo media 2 cm de diâmetro. O exame histopatológico identificou foco de carcinoma intramucoso na cabeça do adenoma. No caso em questão, a polipectomia colonoscópica é considerada:

- (A) Curativa;
- (B) Não curativa devido ao foco de carcinoma;
- (C) Curativa apenas se a Ressonância Nuclear Magnética não mostrar linfonodos;
- (D) Curativa apenas se o pedículo for maior que 1 cm.

70. Mulher jovem com inúmeras crises de trombose hemorroidária aguda após episódios de constipação, apresentava melhora após tratamento conservador. Última crise há três meses, logo após um parto normal. Ao exame proctológico notam-se plicomas e mamilos hemorroidários mistos de IV grau, sem sinais de processo inflamatório agudo, recentemas com trombos organizados. Assinale a melhor opção terapêutica:

- (A) Anorretopexia mecânica ou desarterialização hemorroidária guiada por Doppler;
- (B) Ressecção dos plicomas sob anestesia local e tratamento clínico, enfatizando medidas para melhorar constipação;
- (C) Hemorroidectomia convencional (técnica Ferguson ou Milligan-Morgan);
- (D) Hemorroidectomia com esfínterectomia posterior, para evitar dor pós-operatória e reduzir a ocorrência de fissura residual.