

**PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
MÉDICO PROCTOLOGISTA**

QUESTÃO 21

São afirmativas **verdadeiras** sobre a anatomia colo-retanal, **EXCETO:**

- a) A fáscia de Denonvilliers não necessita ser removida na excisão total do mesorreto no tratamento dos tumores posteriores do reto.
- b) A fáscia retossacral origina-se do perióstio do 4º segmento sacral e dirige-se para a parede posterior do reto.
- c) Anatomicamente, a artéria retal superior inicia-se após a artéria mesentérica inferior emitir a artéria cólica esquerda.
- d) As artérias retais médias originam-se na maior parte das vezes das artérias pudendas e menos frequentemente das artérias glúteas inferiores e ilíacas internas.

QUESTÃO 22

São origens possíveis da Artéria Cólica Direita, **EXCETO:**

- a) Artéria Mesentérica superior.
- b) Artéria Ileocólica.
- c) Artéria Cólica Média.
- d) Ramo Ascendente da Artéria Mesentérica Inferior.

QUESTÃO 23

Os receptores responsáveis pela sensação de Pressão ou Tensão no Canal Anal, são:

- a) Terminações nervosas livres intraepiteliais.
- b) Corpúsculos de Meissner.
- c) Corpúsculos de Golgi Mazzoni.
- d) Bulbos de Krause.

QUESTÃO 24

O pontos mais frequentes de lesão do Plexo Hipogástrico e dos Nervos Hipogástricos, são respectivamente:

- a) Na ligadura da Veia Mesentérica Inferior e na dissecção posterior do reto.
- b) Na ligadura da Artéria Mesentérica Inferior e na dissecção lateral do mesorreto.
- c) Na ligadura da Artéria Mesentérica Inferior e da Veia Mesentérica Inferior.
- d) Na liberação do cólon sigmóide e identificação do ureter.

QUESTÃO 25

Sobre o exame proctológico, são afirmativas **verdadeiras, EXCETO:**

- a) Para a realização da retossigmoidoscopia flexível, não é necessário um preparo de cólon completo.
- b) A posição de Jackknife permite a passagem do retossigmoidoscópio até um ponto mais alto do que na posição lateral.
- c) A retossigmoidoscopia, em geral, alcança pontos mais altos nos homens que nas mulheres.
- d) A retossigmoidoscopia isoladamente não é um método adequado para a prevenção secundária e screening de câncer colorretal.

QUESTÃO 26

São afirmativas **verdadeiras** sobre a fisiologia anorretal e sobre os exames realizados para seu estudo, **EXCETO:**

- a) Na Síndrome do Descenso Perineal, os estudos radiológicos geralmente mostram um ângulo anorretal mais agudo.
- b) A Defecografia pode ser usada para detectar alterações anatômicas e funcionais que causam distúrbio da defecação.
- c) O Reflexo Retoanal Inibitório pode estar ausente em pacientes com Doença de Chagas.
- d) O tempo de Latência do Pudendo pode estar aumentado em pacientes com incontinência anal.

QUESTÃO 27

Está indicada a realização de **Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes** como prevenção do câncer Colorretal na seguinte situação:

- a) Paciente de 45 anos com alteração do hábito intestinal.
- b) Paciente de 70 anos com relato de ter visto sangue nas fezes após algumas evacuações.
- c) Paciente de 20 anos cujo irmão é portador de Polipose Adenomatosa Familiar.
- d) Paciente de 50 anos assintomático, sem história familiar de câncer colorretal.

QUESTÃO 28

São fatores associados com a constipação intestinal em idosos, **EXCETO:**

- a) Dificuldade de mastigação e deglutição de alimentos com fibras devido à perda de dentes.
- b) Diminuição da sensação de sede, com consequente diminuição da ingestão de água.
- c) Uso de medicamentos constipantes.
- d) Diminuição da complacência retal.

QUESTÃO 29

Todas as estruturas descritas abaixo estão no canal Anal, **EXCETO:**

- a) Valva Inferior de Houston.
- b) Colunas de Morgani.
- c) Linha Denteada.
- d) Criptas Anais.

QUESTÃO 30

São afirmativas **verdadeiras** sobre a Fissura Anal, **EXCETO**:

- a) Evitar a constipação é a mais importante medida no tratamento não medicamentoso da fissura anal.
- b) No tratamento da afecção acima, o uso tópico dos bloqueadores de canal de cálcio diminui a pressão anal de repouso.
- c) A não visualização da fissura durante o exame proctológico descarta o diagnóstico de fissura anal.
- d) Quando o tratamento clínico falha, a esfínteroplastia lateral interna é o tratamento cirúrgico indicado.

QUESTÃO 31

Doença hemorroidária cujos mamilos não reduzem, mesmo com a realização de manobras digitais é classificada como sendo do grau:

- a) II
- b) III
- c) IV
- d) I

QUESTÃO 32

Paciente 45 anos, sexo feminino, solteira, com relato de prolapso de mamilos hemorroidários às evacuações com necessidade de redução digital. Recentemente houve aumento do sangramento, que no passado ocorria esporadicamente. Essa paciente fez uma pesquisa na Internet e marcou consulta com um cirurgião solicitando que fosse operada pela nova técnica de Grampeamento ou Hemorroidopexia, porque não queria ter dor no pós-operatório, o que então foi feito.

São afirmativas **verdadeiras** sobre o tratamento acima, **EXCETO**:

- a) A hemorroidopexia pode ser indicada para tratamento de hemorroidas grau III, como é o caso da paciente acima.
- b) A frequência de estenose é semelhante entre a hemorroidectomia convencional e a hemorroidopexia com grampeador.
- c) A taxa de sangramento pós-operatório é maior na hemorroidectomia que na hemorroidopexia com grampeador.
- d) Estudos não mostram diferenças de resultados entre hemorroidectomia por técnica aberta e fechada.

QUESTÃO 33

Paciente 30 anos previamente hígido iniciou com dolorimento leve em andar inferior do abdome, acompanhado de alteração do hábito intestinal, com aumento do número de evacuações. Nos dias seguintes, apresentou também eliminação de conteúdo mucossanguinolento às evacuações. Realizou retossigmoidoscopia com evidência de processo ulcerativo em reto até 12 cm da margem anal com friabilidade da mucosa, presença de muco e sangue no trajeto examinado. A biópsia dessa região mostrou processo inflamatório inespecífico, compatível com retocolite ulcerativa.

São afirmativas verdadeiras sobre essa condição, **EXCETO**:

- a) O reto está acometido em cerca de metade dos pacientes.
- b) Na forma fulminante da retocolite, a submucosa e a muscular própria podem estar acometidas.
- c) Uso do 5 - ASA ligado a sulfapiridina evita a absorção do 5 - ASA durante sua passagem pelo delgado, sendo que a liberação do mesmo ocorre no cólon pela ação de bactérias locais.
- d) O íleo terminal pode apresentar sinais de inflamação em decorrência do refluxo de fezes diarreicas provenientes do ceco, o que é conhecido como "ileíte de refluxo", sendo reversível com o tratamento da retocolite.

QUESTÃO 34

Sobre a doença de Crohn, podemos afirmar, **EXCETO**:

- a) A Prednisona/ Prednisolona é a droga mais efetiva para se alcançar a remissão.
- b) A Azatioprina e 6-Mercaptopurina são as drogas de primeira linha para manter a remissão.
- c) Nos pacientes com obstrução intestinal, na ausência de abscesso, o tratamento inicial deve ser clínico.
- d) Pacientes com fístula íleo-sigmoideana sintomática devem ser submetidos a ressecção do íleo e do sigmóide envolvidos no processo inflamatório.

QUESTÃO 35

São afirmativas verdadeiras sobre a doença diverticular do cólon e a diverticulite aguda , **EXCETO:**

- a) Paciente com diverticulite aguda cuja Tomografia Computadorizada de abdome mostra abscesso bloqueado deve ser submetido a drenagem percutânea guiada por TC ou US e à ressecção colônica em 4 a 6 semanas.
- b) O teste de Bourne possui alta sensibilidade para a detecção de fístula colovesical, cujo tratamento é a colectomia segmentar e fechamento do orifício na bexiga, sem necessidade de ressecção da área vesical endurecida.
- c) Pacientes portadores de diverticulite aguda não complicada, que não apresentam resposta ao tratamento clínico em período de 5 dias, devem receber o tratamento cirúrgico.
- d) A ocorrência de crise de diverticulite aguda abaixo dos 40 anos tem indicação de tratamento cirúrgico 4 a 6 semanas após resolução do quadro.

QUESTÃO 36

Você atendeu um paciente 72 anos com história de que foi internado há cerca de 60 dias, com quadro de endocardite bacteriana, com hemocultura positiva para *Streptococcus bovis*. O paciente foi tratado com sucesso e a equipe que o assistia solicitou uma colonoscopia que detectou uma lesão polipóide de cólon sigmóide. O anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma do tipo mucinoso. O CEA pré-operatório era de 7,2ng/ml.

Sobre a situação acima podemos afirmar, **EXCETO:**

- a) À macroscopia, a forma polipóide é a apresentação mais comum.
- b) Carcinomas colônicos do tipo mucinoso são mais infiltrativos e têm maior tendência a metástase linfonodal.
- c) Pacientes com endocardite causada por *Streptococcus bovis* devem necessariamente serem submetidos a avaliação colonoscópica completa.
- d) O antígeno carcinoembrionário é produzido pela mucosa histologicamente normal adjacente ao adenocarcinoma colônico.

QUESTÃO 37

O tipo mais comum de câncer do intestino grosso é:

- a) Sarcoma.
- b) Adenocarcinoma.
- c) Carcinoma de Células Escamosas.
- d) Leiomiossarcoma.

QUESTÃO 38

Considere uma paciente do sexo feminino, 42 anos, que foi submetida a uma colonoscopia devido a hematoquezia. Foi feito diagnóstico de adenocarcinoma de retossigmoide localizado a cerca de 16 cm da margem anal. Na laparotomia além da lesão já referida, foi vista massa heterogênea de 3,5 cm em ovário direito, suspeita de lesão metastática.

São afirmativas **verdadeiras** sobre o tratamento cirúrgico dessa paciente, **EXCETO**:

- a) Não é necessária a realização de colectomia esquerda estendida com a intenção de se obter melhores resultados oncológicos.
- b) A ligadura da artéria mesentérica inferior pode ser feita distal à origem da artéria cólica esquerda.
- c) Deve-se realizar a ooforectomia bilateral.
- d) A margem distal mínima recomendada nessa situação é de 8 cm.

QUESTÃO 39

Paciente 62 anos, sexo masculino com diagnóstico de adenocarcinoma bem diferenciado de reto inferior localizado 2,5 cm acima da linha pectínea. O estadiamento por Ressonância Nuclear Magnética foi T3N0, sendo que na região lateral esquerda o tumor distava 1mm da fásia do mesorreto.

Sobre o paciente acima, podemos afirmar, **EXCETO**:

- a) A ocorrência de perfuração inadvertida durante o tratamento cirúrgico aumenta o risco de recorrência local.
- b) Em tumores bem diferenciados do reto inferior, admite-se uma margem distal de 1cm quando se realiza uma cirurgia preservadora de esfíncter.
- c) A margem radial livre de 1mm é considerada negativa.
- d) A reconstrução com bolsa colônica em "J" após Excisão Total do Mesorreto mostra melhores resultados quanto a frequência evacuatória, urgência, ocorrência de evacuações noturnas e continência, especialmente após o primeiro ano de cirurgia.

QUESTÃO 40

Sobre a Colonografia Computadorizada, podemos afirmar, **EXCETO**:

- a) Não detecta pólipos menores que 5 mm.
- b) Ainda não é uma ferramenta regulamentada para ser usada como *screening de câncer colorretal*.
- c) É um método com elevada acurácia para detecção de neoplasia colorretal.
- d) Está indicada em pacientes com colonoscopia incompleta ou com tumores obstrutivos.