



Edital Nº 03/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: COLOPROCTOLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de Atuação Endoscopia Digestiva

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

- 01.** Paciente está sendo submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica com abaixamento devido a tumor de junção retossigmoide. A ressecção foi feita sem intercorrências, mas no momento da anastomose alguém da equipe chama a atenção para o fato de que a alça cólica a ser abaixada está adquirindo uma coloração violácea, com pouco sangramento dos bordos mucosos do segmento. A respeito da situação acima referida, assinale a afirmativa mais adequada.
- A) A provável causa dessa isquemia transitória é um quadro de instabilidade hemodinâmica transitória, devendo-se proceder o suporte adequado com vasopressores.
 - B) A provável causa dessa isquemia é uma lesão inadvertida de um ramo da artéria mesentérica superior, devendo-se proceder à identificação da lesão e reparo imediato.
 - C) A provável causa dessa isquemia é a ligadura inadvertida da artéria cólica esquerda, e a conduta correta é ressecar o segmento isquêmico para proceder à anastomose proximal.
 - D) A provável causa dessa isquemia é uma lesão inadvertida da arcada marginal do colon, responsável pela circulação colateral nessa região; e a conduta correta é subir o nível da anastomose ressecando o segmento com sinais de isquemia.
- 02.** Paciente masculino, 65 anos, dá entrada em pronto-socorro de atenção terciária com história de sangramento digestivo baixo com coágulos e dor abdominal em cólica. Apresenta palidez cutâneo-mucosa, frequência cardíaca de 112 e pressão arterial de 140x110mmHg. O toque retal mostra sangue no dedo da luva e saída de moderada quantidade de sangue pela ampola retal. Após expansão volêmica com dois litros de ringer lactato, a frequência cardíaca caiu para 85 e a pressão arterial estabilizou em 130x90mmHg. O volume de sangramento retal diminuiu. Com base no exposto, qual afirmativa mais adequada?
- A) Na hemorragia intensa, a acuidade diagnóstica da colonoscopia pode estar prejudicada.
 - B) A cintilografia de eritrócitos marcados é uma opção à colonoscopia nos casos de hemorragia intensa.
 - C) A avaliação subsequente com colonoscopia não tem importância diagnóstica, caso a hemorragia se estabilize.
 - D) Em caso de sangramento intenso e instabilidade hemodinâmica, está indicada a colonoscopia de urgência para tentativa de intervenção terapêutica.
- 03.** Paciente masculino, 78 anos mas sem comorbidades prévias, procura Unidade de Pronto-Atendimento da cidade onde mora, distando cerca de 100km da capital. Relata quadro de adinamia e dor abdominal há cerca de cinco dias. Ao exame, apresenta-se em regular estado geral, com sinais de desidratação leve, frequência cardíaca de 110bpm, pressão arterial de 140x100mmHg. Não apresenta febre, mas o acompanhante refere calafrios e 'febre interna'. O exame abdominal mostra abdome levemente doloroso à palpação superficial, mas com sinais de descompressão brusca positiva em fossa ilíaca esquerda. Os ruídos hidroaéreos se encontram diminuídos. Com base no exposto, qual a conduta mais adequada?
- A) Iniciar antibioticoterapia oral de largo espectro e liberar o paciente para tratamento ambulatorial.
 - B) Indicar intervenção cirúrgica e solicitar à Central de Leitos do Estado que o paciente seja transferido.
 - C) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de largo espectro, repouso alimentar, lavagem intestinal retrógrada com clister glicerinado e indicar avaliação endoscópica baixa para elucidação diagnóstica.
 - D) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, repouso alimentar e encaminhar o paciente para realização de tomografia computadorizada para elucidação diagnóstica em hospital terciário com cirurgia plantonista.

04. Paciente feminina, 89 anos, procura atendimento em pronto-socorro em hospital secundário com quadro de vômitos, diarreia com muco e sangue nas fezes, dor e distensão abdominal. Como comorbidades, relata doença plurimetabólica, infarto agudo do miocárdio há 12 anos e doença arterial obstrutiva crônica em membro inferior direito. Ao exame, encontra-se em regular estado geral, com frequência cardíaca de 100bpm, pressão arterial de 190x100mmHg, abdome distendido com dor moderada à palpação profunda de fossa ilíaca esquerda. O toque retal mostra pequena quantidade de sangue em dedo da luva. A acompanhante refere que a paciente teve internamento anterior em hospital terciário por quadro semelhante ao atual, há alguns meses, onde fez exame radiológico com o resultado a seguir. Relata que a paciente perdeu seguimento após a alta.

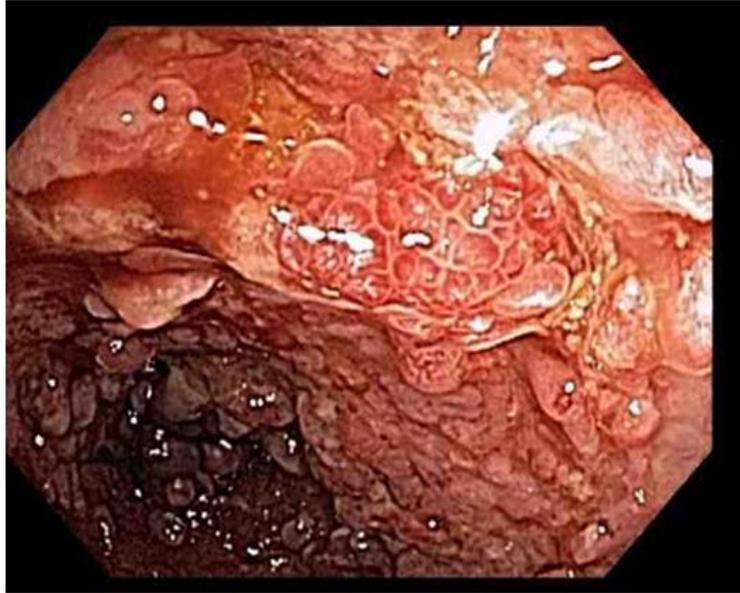


Com base no caso exposto, e na imagem, assinale a afirmativa mais adequada?

- A) O uso de enemas baritados para o diagnóstico de colites é hoje obsoleto pelo risco de perfuração e peritonite química inerente ao bário, mas pode ser aceitável para o diagnóstico de estenoses pós-colites isquêmicas.
- B) Os quadros de colite costumam ser progressivos e acometer a parede cólica em sua totalidade, logo a alta hospitalar desta paciente pelo serviço foi uma atitude equivocada.
- C) Quadros segmentares de colite isquêmica são raros, daí a gravidade das estenoses subsequentes a quadros de isquemia.
- D) A retossigmoidoscopia flexível deve ser evitada nos casos de colite, dado o alto risco de perfuração.

05. Paciente feminina, 36 anos, profissional liberal, passa em consulta em consultório de coloproctologia por quadro de irritação perianal por 'caroço' no ânus que “sai para fora” aos esforços evacuatórios. Relata incômodo intenso pela nodulação devido ao contato contínuo com a calcinha, provocando irritação e prurido, e diz já ter feito uso de diversas pomadas proctológicas sob indicação médica, sem sucesso. Refere também ter feito sessões de ligaduras elásticas há cerca de seis meses por esse mesmo quadro, mas é enfática ao dizer que não observou melhora do prolapso. Informa também que tem exame colonoscópico prévio normal por história familiar de neoplasia. Evacua todos os dias, sem esforço evacuatório importante, e refere ingesta adequada de água e fibras. Ao exame proctológico, apresenta hemorroidas internas circulares que se exteriorizam ao esforço evacuatório, sem sinais de sangramento recente, associado a prolapso mucoso. Considerando que a paciente manifesta desejo de correção dos sintomas que apresenta, porém é enfática ao afirmar que não pode passar muito tempo afastada do trabalho, qual afirmativa mais adequada em relação às propostas terapêuticas?
- A) É necessária a repetição do exame endoscópico baixo antes de programar qualquer procedimento cirúrgico anorretal.
 - B) Como a paciente tem restrição de tempo para recuperação pós-operatória, a melhor opção seria fazer novas sessões de ligadura elástica e manter o uso de pomadas proctológicas.
 - C) Nesse caso, uma boa opção para correção das hemorroidas circulares e o prolapso mucoso, que também está associada à melhor e mais rápida recuperação pós-operatória caso não haja associação com excisão de plicomas ou técnica aberta, é a hemorroidopexia por grampeamento.
 - D) A presença do prolapso mucoso é indicação formal de correção cirúrgica por técnica de hemorroidectomia aberta, mas a paciente deve ser prevenida acerca do tempo prolongado de recuperação desta técnica.
06. Paciente de 85 anos, masculino, desenvolve diarreia profusa durante internamento em unidade de cuidados semi-intensivos por ventilação mecânica prolongada e doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada por pneumonia associada à ventilação. Encontrava-se em uso de piperacilina-tazobactam por onze dias e há dois iniciou um quadro de diarreia aquosa acompanhada por muco e sangue, dor e distensão abdominal. Os últimos exames mostram leucocitose, hipernatremia e elevação da ureia e creatinina. A proctoscopia mostra mucosa retal difusamente inflamada. Acerca das opções diagnósticas disponíveis para esse caso, assinale a afirmativa mais adequada.
- A) A ausência de pseudomembranas à proctoscopia afasta o diagnóstico de colite por *C. difficile*.
 - B) A vancomicina oral tem comprovadamente eficácia maior que o metronidazol intravenoso contra o *C. difficile*.
 - C) O estudo imunoenzimático para a detecção de toxina nas fezes é rápido e pode ser realizado em horas, mas não apresenta acurácia de 100%.
 - D) A pesquisa da produção da citotoxina em cultura apresenta praticidade de execução aliada à elevada especificidade, daí sua aplicação rotineira para o diagnóstico de colite por *C. difficile*.
07. Paciente masculino, 96 anos, há sessenta dias internado em unidade de terapia intensiva por quadro de AVC isquêmico com rebaixamento importante do sensório e pneumonia aspirativa que evoluiu para choque séptico de foco pulmonar. Há duas semanas, apresentou quadro de diarreia intensa repercussão hemodinâmica e hidroeletrolítica quando na vigência de antibioticoterapia com meropenem e vancomicina durante 21 dias, substituída depois por polimixina devido a germe multirresistente diagnosticado por cultura de aspiração traqueal. Na ocasião, foi feito ciclo de metronidazol oral por dez dias, onde houve melhora importante do quadro diarréico. Ao décimo segundo dia, porém, a diarreia recrudescceu e houve piora dos exames bioquímicos.
- A respeito do caso acima, a alternativa mais adequada é:
- A) Um novo ciclo de metronidazol oral por dez dias deverá controlar a infecção por *C. difficile*, sem interferência no tratamento vigente.
 - B) A suspensão da polimixina é imperativa pois todos os antibióticos em uso pelo paciente devem ser retirados até que a flora cólica se recomponha.
 - C) A associação de mesalazina em enemas com o tratamento antibiótico pode amenizar os sintomas até que se termine o tratamento contra o patógeno multirresistente.
 - D) É mandatória a confirmação diagnóstica através de coprocultura para o tratamento deste quadro, uma vez que o patógeno que está provocando a colite também pode ser multirresistente.

08. Paciente feminina, jovem, apresenta quadro de diarreia mucossanguinolenta com dor abdominal associada, há cerca de três meses. Relata também adinamia e perda de peso. Fez exame de colonoscopia para diagnóstico, que mostrou mucosa alterada de reto até cólon descendente, apresentando padrão mucoso conforme a captura de imagem a seguir.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

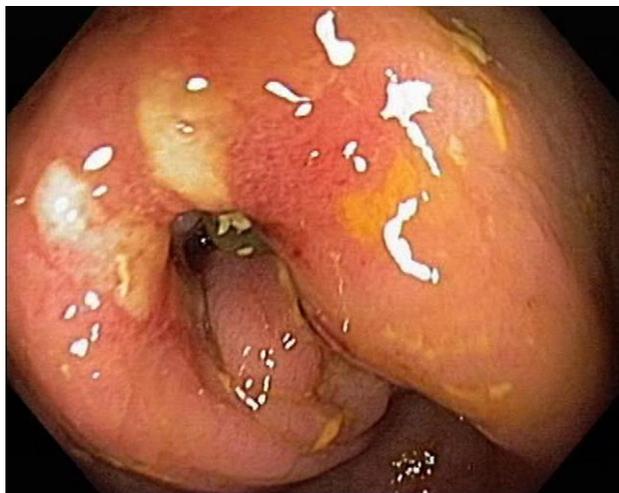
Com base no caso exposto, e na imagem, qual a hipótese diagnóstica mais adequada?

- A) Pseudopólipos inflamatórios por doença inflamatória intestinal.
- B) Polipose adenomatosa familiar.
- C) Megacólon tóxico.
- D) Colite isquêmica.

09. Mulher de 72 anos procura atendimento em ambulatório de coloproctologia por 'caroço no ânus', prurido perianal associado à irritação frequente da região e perda fecal involuntária há cerca de dez anos. Relata incontinência para líquidos e sólidos, com necessidade de uso de forro e alteração importante do hábito de vida. Relata ter tido dez filhos, nove por partos vaginais (os últimos dois assistidos em ambiente hospitalar, com episiotomia em ambos) e uma cesariana feita para posterior laqueadura. Relata evacuar todos os dias, com fezes pastosas que tem dificuldade para segurar. Relata também perda urinária aos esforços. No exame proctológico, apresenta à inspeção plicomas anais associados a hemorroidas mistas com mucosa retal prolapsada, toque retal com hipotonia esfínteriana e cicatriz de episiotomia posterior. A anoscopia mostra mamilos hemorroidários internos sem sinais de sangramento recente. Com base no caso acima, assinale a alternativa mais adequada quanto à investigação diagnóstica e às medidas terapêuticas.

- A) A manometria é mandatória em todos os casos de perda fecal involuntária, pois é ela quem determina a resposta a outras medidas terapêuticas.
- B) A episiotomia feita de rotina em partos vaginais é um fator protetivo da integridade do assoalho pélvico, pois previne a laceração aleatória das estruturas musculares que o compõe.
- C) Uma abordagem de primeira linha inclui o uso de dieta e medicamentos para retardar o trânsito e aumentar a consistência das fezes, o que pode solucionar casos leves de incontinência.
- D) As afecções anorretais que a paciente apresenta (plicomas, hemorroidas e prolapso mucoso) não devem ser corrigidas ou tratadas, pois a redução do volume tecidual pode diminuir as já baixas pressões de repouso.

10. Paciente feminina, 56 anos, portadora de retocolite ulcerativa há quinze anos em tratamento com mesalazina e uso intermitente de corticoterapia. Vem ao serviço para realização de colonoscopia após cinco anos sem exames de controle por ter perdido o seguimento. O exame mostrou mucosa sem sinais de atividade inflamatória do reto ao cólon transverso, onde foi interrompido pela presença de estenose intransponível ao aparelho (foto). Foram colhidas biópsias da área visível, mas a maior parte da estenose não pôde ser acessada endoscopicamente.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Com base no exposto, e na imagem, a conduta mais adequada é:

- A) Programar estricuroplastia cirúrgica.
 - B) Proceder dilatação endoscópica com balão para corrigir a estenose.
 - C) Programar colectomia parcial para ressecção da lesão e afastar a possibilidade de um adenocarcinoma.
 - D) Complementar o estudo com enterorressonância para avaliar atividade da doença na área de estenose.
11. Paciente mulher de 95 anos, portadora de demência senil, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e aterosclerose, é trazida ao ambulatório de coloproctologia por 'botar o reto para fora' todas as vezes que evacua, o que causa dor, irritação e assaduras na região. Ao exame, apresenta uma procidência retal de aproximadamente 5cm, redutível à manobra digital. Com base no quadro exposto, qual a afirmativa mais adequada acerca das opções terapêuticas para o tratamento desta afecção?
- A) A recorrência do prolapso após o procedimento de Delorme é muito pequena, portanto a cirurgia é aplicável até mesmo para pacientes mais jovens.
 - B) Uma complicação rara, porém temida, da cirurgia de Altemeier é a lesão inadvertida de alças de delgado no momento em que se penetra a cavidade pélvica via transanal.
 - C) A cirurgia de Altemeier está contraindicada em pacientes idosos por ter alta morbimortalidade associada à anastomose realizada após a mobilização transanal do reto e sigmoide redundantes.
 - D) O procedimento de Delorme envolve uma ressecção transanal de toda a parede exteriorizada do reto, com posterior anastomose cerca de 2cm acima da linha pectínea. Difere do procedimento de Altemeier por não envolver ligadura ou ressecção do meso associado.
12. Paciente feminina, de 53 anos, faz exame colonoscópico devido a história prévia de pólipos intestinais ressecados endoscopicamente há cinco anos. No atual exame, foi encontrado um pólipo semi-pediculado em sigmoide, que media cerca de 3cm de diâmetro. O pólipo foi retirado com alça diatérmica e enviado para análise histopatológica. Cerca de vinte dias depois, a paciente retorna com o resultado da análise histopatológica mostrando a presença de adenoma viloso com área de degeneração para carcinoma invasivo comprometendo a haste do pólipo e margens acometidas por invasão angiolinfática. Com base no exposto, qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Programar acompanhamento por colonoscopia em um ano.
 - B) Programar acompanhamento por colonoscopia em três meses.
 - C) Programar ressecção segmentar da área onde a polipectomia foi realizada.
 - D) Repetir a colonoscopia para tatuar o local da lesão, para futuros seguimentos.

13. Paciente masculino, 32 anos, chega em pronto-socorro de hospital secundário com quadro de febre, distensão abdominal, dor abdominal difusa e história prévia de diarreia mucossanguinolenta intermitente há quatro meses. Tem diagnóstico de retocolite ulcerativa e fazia uso esporádico de mesalazina 3,6g/dia, mas interrompeu completamente o tratamento há um mês e meio porque a medicação faltou na rede pública. Ao exame, apresenta-se desidratado, toxemiado, com pressão arterial de 130x90mmHg, frequência cardíaca de 120bpm; abdome globalmente distendido, difusamente doloroso à palpação superficial com sinais de defesa, sem sinais de descompressão brusca positiva e timpanismo difuso. Foram solicitadas radiografias de tórax (que se encontra sem alterações) e abdome (foto).



Com base no quadro clínico e nos exames disponíveis, assinale a alternativa mais correta.

- A) A alimentação não deve ser descontinuada, pois o jejum piora a inflamação cólica pelo desuso.
 - B) A monitorização do quadro deve ser feita em ambiente intra-hospitalar, com colonoscopia descompressiva e tomografia computadorizada seriada.
 - C) A deterioração ou ausência de melhora em 48 a 72 horas do início do tratamento clínico justifica uma intervenção urgente porque a taxa de mortalidade aumenta em torno de quatro vezes nos pacientes com perfuração colônica.
 - D) A proctocolectomia total com anastomose é a cirurgia de eleição no megacólon tóxico não perfurado, pois elimina o tecido displásico sem a morbimortalidade de um procedimento posterior.
14. Mulher de 60 anos faz exame de colonoscopia por queixa de diarreia em episódios isolados, com pesquisa de sangue oculto negativo nas fezes. A colonoscopia, feita até íleo terminal com preparo adequado, mostra algumas dezenas de pólipos esparsos ao longo dos segmentos cólicos a partir de sigmoide. Foram colhidas aproximadamente vinte biópsias, que mostraram em todas elas adenomas tubulares com displasia de baixo grau.
- A respeito do quadro apresentado pela paciente, assinale a alternativa mais adequada.
- A) Essa condição polipoide tem origem em mutações em proto-oncogenes (RAS), geralmente de origem recente na linhagem familiar.
 - B) A manifestação dessa forma atenuada de polipose adenomatosa familiar tem tendência a poupar o reto e predileção por pólipos em cólon direito.
 - C) A melhor conduta cirúrgica para essa paciente será uma proctocolectomia total com bolsa ileal, pelo elevado risco de desenvolvimento de neoplasias sincrônicas em cólon e reto.
 - D) A paciente aparenta ser portadora de uma condição genética hereditária recessiva que promove aparecimento de múltiplos pólipos por instabilidades microssatélites provocadas por mutações nos genes de reparo de não-pareamento (MMR).

15. Paciente masculino, 85 anos, portador de Alzheimer, é trazido ao pronto-socorro de cidade do interior do estado por quadro de distensão abdominal súbita, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes e piora global do estado geral. Está bastante desidratado, hipocorado, com frequência cardíaca de 110bpm e pressão arterial de 100x80mmHg. O exame abdominal mostra abdome globalmente distendido, difusamente doloroso à palpação superficial, hipertimpânico e sem sinais evidentes de descompressão brusca positiva. Acompanhante relata, porém, que o paciente faz uso de AAS e usou analgésico (dipirona) há algumas horas. Foi solicitado exame radiológico do abdome (foto). No hospital de atenção secundária, não há material videoendoscópico disponível, mas há um proctoscópio e um retossigmoidoscópio rígido perene junto com pera de insuflação e fonte de luz.



Assinale a alternativa mais adequada, com base no caso clínico e nos exames apresentados.

- A) Há necessidade de cirurgia de urgência para correção da torção colônica.
 - B) O tratamento de urgência pode ser feito através de retossigmoidoscopia rígida e hidratação venosa vigorosa.
 - C) O paciente deve ser imediatamente encaminhado para centro de atenção terciária para colonoscopia descompressiva.
 - D) O repouso alimentar, descompressão abdominal alta por sondagem nasogástrica em aspiração e hidratação vigorosa são suficientes para reversão do quadro.
16. Paciente feminina, 37 anos, comparece em consulta de coloproctologia por queixa de nodulação perianal, sem relato de sangramento ou alteração de hábito intestinal. Na anamnese, relata que a mãe e a avó materna tiveram neoplasia de intestino (aos 50 e 58 anos, respectivamente), e duas tias maternas tiveram neoplasia de endométrio (aos 42 e 50 anos, respectivamente). Nega ter feito exames de rastreamento devidos à sua história familiar. Ao exame, apresenta prolapso mucoso posterior discreto e hemorroidas internas. Com base no caso clínico e a respeito de eventuais medidas de rastreamento pela história familiar, qual a afirmativa mais adequada?
- A) A paciente deve fazer uma pesquisa de sangue oculto nas fezes e, se positiva, estará indicada a colonoscopia.
 - B) A paciente não tem indicação de exames de rastreamento, mas deverá fazer a colonoscopia para programação de cirurgia de correção do prolapso mucoso.
 - C) A paciente deve submeter-se a colonoscopia pela história familiar de neoplasia e repetir o exame a cada cinco anos, e fazer USG transvaginal a cada dois anos.
 - D) A paciente deverá fazer a colonoscopia para rastreamento, e repeti-la anualmente pela idade acima de 35 anos. Curetagens a vácuo, pesquisa de sangue oculto na urina e estudo ultrassonográfico transvaginal, de rins e vias urinárias também estão indicados.

17. Paciente masculino, 50 anos, faz sua primeira colonoscopia para rastreamento por história familiar de neoplasia colorretal. Nela, é encontrado um pólipó sésil e espreado medindo cerca de 2,5cm de diâmetro em fundo de ceco. Com base no quadro clínico exposto e seu manejo, assinale a alternativa mais adequada.
- A) A área mais propensa à perfuração, no momento de uma polipectomia em pólipos grandes e sésseis, é o cólon transverso.
 - B) A excisão de pólipó em pedaços ("piecemeal") estaria indicada apenas em pólipos gigantes (acima de 5cm), dado o prejuízo em que acarreta para a análise adequada das margens da lesão.
 - C) O pólipó é sésil grande demais para garantir uma ressecção endoscópica livre do risco de perfuração, devendo ser indicada a colectomia direita por via laparoscópica para remoção do segmento cólico afetado.
 - D) A elevação da mucosa com soro ou solução vasoconstrictora, aliada à formação de tenda no momento da passagem de corrente pela alça diatérmica, ajudam a diminuir o risco de perfuração colônica no momento da polipectomia.
18. Homem, 65 anos, iniciou acompanhamento no ambulatório de coloproctologia por descarga mucoide, ao evacuar. No exame proctológico, apresentava lesão tocável a aproximadamente 5cm da borda anal. Indicada a colonoscopia, que mostrou se tratar de uma lesão polipoide com depressão central, fixa, comprometendo cerca de 1/3 da luz do reto inferior. A biópsia mostrou adenocarcinoma. Posteriormente o paciente realizou estudo ultrassonográfico endorretal, que mostrou pequena falha da muscular própria pela região central do tumor. A respeito das opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para esse caso, assinale a conduta mais adequada.
- A) Encaminhar o paciente para microcirurgia transretal e posterior radioterapia.
 - B) Encaminhar o paciente para retossigmoidectomia imediata e anastomose primária.
 - C) Encaminhar o paciente para quimio e radioterapia neoadjuvantes e microcirurgia transretal posteriormente.
 - D) Encaminhar o paciente para radio e quimioterapia neoadjuvantes e ressecção do reto por retossigmoidectomia com abaixamento e ileostomia protetora.
19. Paciente feminina, 60 anos, iniciou acompanhamento por tumor de reto a 3cm da margem anal, diagnosticada por colonoscopia com biópsia mostrando adenocarcinoma. Ultrassonografia endoanal mostrou comprometimento de aparelho esfinteriano interno e ausência de linfonodos suspeitos. A paciente foi encaminhada para radio e quimioterapia neoadjuvante, retorna para reestadiamento. No exame de retossigmoidoscopia, visualiza-se cicatriz pós-radioterapia com aparente regressão completa do tumor. Biópsias da cicatriz mostram ausência de lesão neoplásica residual. Demais exames de estadiamento mostram ausência de doença à distância. Considerando que a paciente será acompanhada como um caso de resposta completa pós-radioterapia, qual a alternativa mais adequada a respeito de seu seguimento?
- A) O seguimento radiológico por ultrassom endorretal ou ressonância nuclear magnética deve ser feito a cada ano.
 - B) O toque retal não deve ser repetido no seguimento se os exames endoscópicos forem realizadas dentro do intervalo recomendado.
 - C) Os atuais protocolos de acompanhamento não preveem complementação da dose de radioterapia para além da dose usual de neoadjuvância (entre 4.000 a 5.040 cGy).
 - D) A retossigmoidoscopia de seguimento deve ser repetida uma vez ao mês no primeiro ano de seguimento, trimestralmente no segundo ano e semestralmente após o terceiro ano.
20. Paciente masculino, 45 anos, procurou ambulatório de coloproctologia por quadro de hematoquezia. Ao toque retal durante o exame proctológico, foi encontrada uma lesão sangrante e friável acerca de 5cm da borda anal. A colonoscopia mostrou uma lesão úlcero-vegetante entre a primeira e segunda válvula retais que ocupava cerca de 60% da luz do órgão. No retorno, para mostrar a biópsia colhida no exame endoscópico, que mostrou se tratar de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, o paciente solicita à equipe esclarecimentos sobre o tipo de seu tumor e suas opções terapêuticas. Acerca do diagnóstico e tratamento desse paciente, assinale a alternativa mais adequada.
- A) A irradiação pré-operatória nos tumores de reto tem resultados semelhantes à irradiação pós-operatória.
 - B) A quimio e radioterapia profilática podem promover citorredução tumoral e permitir o poupamento de aparelho esfinteriano em tumores retais muito baixos, além de diminuir os índices de recidiva tumoral.
 - C) A drenagem linfática do reto, de exclusiva responsabilidade da cadeia linfática mesentérica inferior, possibilita que uma ressecção oncológica seja obtida ao efetuar-se a ligadura da artéria mesentérica inferior em sua origem na aorta para que haja total ressecção do mesocólon.
 - D) O elevado índice de recidiva dos tumores retais, associado à morbidade do procedimento cirúrgico para a ressecção e posterior abaixamento coloanal, fazem com que a modalidade terapêutica atualmente adotada seja a quimio e radioterapia exclusivas (esquema de Nigro).