

RESPOSTAS DO TESTE DE AUTO-AVALIAÇÃO

1 - A resposta correta é a letra B.

O emprego do PET scan já está bem determinado na investigação da recidiva do câncer colorretal, onde ele tem se mostrado particularmente útil na identificação de recidivas quando os métodos tradicionais de imagem como tomografia, ultrassonografia e ressonância magnética são normais.

O alto custo limita seu emprego, mas ele também tem se mostrado útil para, mesmo nos casos de recidiva já documentada por outros métodos, mostrar outros sítios de doença que podem mudar a conduta terapêutica. Alguns autores têm mostrado a sua utilidade no estadiamento do câncer retal virgem de tratamento, com mudança de estadiamento em 31% e mudança de conduta terapêutica em 14 % dos casos.

Os carcinomas mucinosos e os tumores neuroendócrinos são menos sensíveis ao método, possivelmente por sua baixa taxa metabólica.

Como as alterações inflamatórias aumentam a captação da glicose, exames realizados logo após a radioterapia poderão se acompanhar de taxas maiores de falso-positivos.

- Nivatvongs S. Diagnosis. In Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. Informa Healthcare 2007: 65-98.
- Davey K, Heriot AG, Mackay J, et al. The Impact of 18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography-Computed Tomography on the Staging and Management of Primary Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum* 2008;51:997-1003.

2 - A resposta correta é a letra B.

A história médica e o exame proctológico geralmente são suficientes para determinar a etiologia da incontinência fecal, mas os testes de fisiologia anorretal podem ser bastante úteis nos casos cuja etiologia é multifatorial, para determinar objetivamente o grau de prejuízo da função, a extensão do defeito anatômico e uma possível lesão do nervo pudendo. A manometria anorretal fornece uma determinação das pressões do canal anal em todo o seu comprimento. As pressões de repouso refletem principalmente a função do

esfíncter anal interno e as pressões de esforço a função do esfíncter anal externo.

- Varma MG, Madoff RD. Fecal Incontinence. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2001;14:253-263.
- Gordon PH, Schouten WR. Fecal Incontinence. In: Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. Informa Healthcare 2007: 293-331.

3- A resposta correta é a letra D.

A febre pós-operatória é um evento relativamente frequente após cirurgias abdominais. Em estudos restritos à cirurgias gastrointestinais e ginecológicas maiores, ela apareceu em 15 a 39% das vezes. A avaliação rotineira com hemocultura, cultura de urina e estudo radiológico do tórax raramente leva a identificação de uma causa infecciosa, porque na maioria das situações a febre faz parte de um mecanismo natural de resposta inflamatória ao trauma cirúrgico. O uso da tomografia computadorizada dá um retorno maior, principalmente quando é tardio, ou seja, quando nos afastamos um pouco do procedimento cirúrgico. As maiores chances de obter um resultado positivo nos exames diagnósticos ocorrem quando o paciente apresenta temperatura acima de 38,5 °C, quando a febre ocorre após o 6º dia, e em pacientes “inflamados”, com frequência cardíaca acima de 90 batimentos/min, com 20 ou mais incursões respiratórias por minuto, leucocitose acima de 12.000, ou leucopenia abaixo de 4.000, ou mais de 10% de neutrófilos imaturos.

- Da Luz Moreira A, Vogel JD, Kalady MF, Hammel MS, Fazio VW. Fever Evaluations after Colorectal Surgery: Identification of Risk Factors that Increase Yield and Decrease Cost. *Dis Colon Rectum* 2008;51:508-513.

4- A maioria das dificuldades com um estoma ocorre devido à sua colocação incorreta. Isso pode ser eliminado com um planejamento pré-operatório adequado, o qual inclui a participação do cirurgião, da estomaterapeuta e do paciente. A criação adequada do estoma aumenta a habilidade para cuidar e manter a bolsa aderida por mais tempo, sem vazamento, e sem

danos à pele. O estoma deve ser colocado no ápice superior da prega gordurosa infra-umbilical do quadrante inferior, para aumentar sua visibilidade pelo paciente, abaixo da linha da cintura, através do músculo reto abdominal, longe de cicatrizes e proeminências ósseas. Mas a colocação de um estoma precisa ser personalizada para cada paciente, levando em consideração vários aspectos. Em pacientes obesos ele pode ser colocado acima da cintura, no abdome superior, em

local onde possa ser visto para ser melhor manipulado. Para tanto o local do estoma deveria ser marcado antes da sua ida para o centro cirúrgico, avaliando o paciente em pé, deitado e sentado.

- Brand MI, Dujovny N. Preoperative Considerations and Creation of Normal Ostomies. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2002;3:173-182.