LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTES

- Assine seu nome na **Folha de Respostas** na linha sinalizada com a **Seta Vermelha**.
- Marque a **Versão** do seu **Caderno de Questão (A, B ou C)** em sua **Folha de Respostas** e leia atentamente as **Instruções**.

Assinale a versão do seu caderno: VERSÃO A VERSÃO B VERSÃO C

- Preencher corretamente os **Campos de Identificação** na capa do **Caderno de Questão** e em seguida assine o caderno.
- Verifique se seu **Caderno de Questão** 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 correta.
- Essa resposta deve ser marcada na **Folha de Respostas** que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na **Folha de Respostas** o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no **Caderno de Questão** qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na **Folha de Respostas** preenchendo todo o quadrinho correspondente.

Modelo:

	A	B	C	D
01	■			
02		■		
03			■	

ATENÇÃO

- Marcar a **Folha de Respostas** somente com caneta esferográfica de tinta **Azul** ou **Preta**.
- Marcar 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 da prova e preencher a **Folha de Respostas**.
- Devolva este **Caderno de Questão** ao aplicador, juntamente com sua **Folha de Respostas**.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA ·1945·

BOA PROVA!

CADERNO
VERSÃO
B

Selecting Concursos e Avaliações

01. No trauma de reto extraperitoneal extenso por empalamento em um paciente hemodinamicamente estável, a melhor conduta cirúrgica no atendimento de urgência é:

(A) Colostomia.

(B) Exploração via anal com rafia primária.

(C) Exaustiva lavagem do reto e drenagem pré-sacral.

(D) Exploração abdominal e rafia primária.

---

02. Paciente, sexo masculino, 42 anos, com diagnóstico de colite ulcerativa de leve a moderada comprometendo os últimos 25 centímetros do intestino grosso, sem manifestações extraintestinais e sem comprometimento sistêmico. Sobre o caso, a melhor conduta é:

(A) Corticoterapia e mesalazina via oral.

(B) Mesalazina tópica.

(C) Terapia imunobiológica com Antifator de Necrose Tumoral (Anti-TNF).

(D) Corticoterapia associada à metronidazol via oral.

---

03. Após ressecção íleo-cólica por Doença de Crohn estenosante, o item abaixo que indica a necessidade de profilaxia medicamentosa da recidiva é:

(A) Idade acima de 65 anos.

(B) Ausência de Doença de Crohn residual.

(C) Doença em tratamento há mais de dez anos.

(D) Doença perianal fistulizante.

---

04. Com relação ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, é INCORRETO afirmar:

(A) A hemorroidectomia guiada por Doppler apresenta bons resultados em curto prazo, mas está associada à recorrência, especialmente em pacientes com hemorroidas do IV grau.

(B) A grande maioria das intervenções não necessita de preparo de cólon e antibioticoterapia.

(C) Com o uso de tesouras bipolares e ultrassônicas houve diminuição da dor no pós-operatório quando comparadas às técnicas excisionais convencionais.

(D) As técnicas excisionais fechada ou aberta não apresentam diferenças significativas em relação a complicações pós-operatórias, infecciosas e recorrência.

---

05. Paciente, sexo masculino, 28 anos, diabético, informa adinamia e febre com dor mal localizada na região perianal. Ao exame nota-se área endurada, quente, com vermelhidão, mas sem flutuação. Com relação a este caso, é CORRETO afirmar:

(A) Deve-se iniciar antibioticoterapia e calor local até aparecer flutuação e, então, realizar a drenagem.

(B) A inflamação e o abscesso concomitante não dificultam a distinção do grau de envolvimento muscular.

(C) Se for realizada drenagem, esta deve ser o mais longe possível da borda anal para preservar o esfíncter.

(D) Deve-se realizar drenagem imediata, evitando-se a abordagem definitiva da provável fístula nesta fase pelo maior risco de incontinência.

06. Relata-se a ocorrência de efeitos colaterais na maioria dos pacientes submetidos à radioterapia pélvica. O sinal ou sintoma mais frequentemente observado nos portadores de colites e retites actínicas agudas é:

(A) Hemorragia.

(B) Diarreia.

(C) Cólica.

(D) Incontinência fecal.

07. A diluição adequada da formalina para uso tópico (endorretal) no tratamento da retite actínica hemorrágica é:

(A) 25 a 30%.

(B) 50 a 75%.

(C) 2 a 4%.

(D) 100%.

08. A medicação de escolha para o tratamento da colite microscópica (microcítica) sintomática é:

(A) Budesonida.

(B) Azatioprina.

(C) Infliximabe.

(D) Ciprofloxacina.

09. As neoplasias apendiculares são raras e geralmente se apresentam como achados incidentais durante o exame patológico após a apendicectomia. Dessa forma, é INCORRETO afirmar:

(A) O espessamento e/ou irregularidade da parede apendicular e a presença simultânea de calcificações na tomografia computadorizada de abdômen sugerem a presença de uma neoplasia e/ou malignidade.

(B) Diversos estudos têm mostrado uma incidência mais alta de tumores neuroendócrinos apendiculares entre mulheres em comparação com homens. As mulheres predominantemente apresentam o tumor inicialmente no apêndice, enquanto os homens apresentam inicialmente o tumor no intestino delgado.

(C) A cromogranina A é atualmente o biomarcador mais útil no algoritmo diagnóstico para neoplasias neuroendócrinas apendiculares. Os níveis de cromogranina A não serão elevados até que os tumores tenham mais do que 2 cm. Consequentemente, não é uma ferramenta de triagem útil para neoplasias neuroendócrinas apendiculares.

(D) Após o intestino delgado e o reto, o apêndice é o terceiro local mais frequente para neoplasias neuroendócrinas gastrointestinais em crianças. Já em adultos, as neoplasias neuroendócrinas apendiculares são o segundo tumor mais comum do intestino.

10. A Bolsa Ileal com Anastomose Íleo-anal (IPAA) foi um avanço importante no tratamento da Retocolite Ulcerativa (RCU). No entanto, a cirurgia pode estar associada a algumas complicações. Dessa forma, é INCORRETO afirmar:

(A) A sepse pélvica é a causa mais comum de perda da bolsa ileal em pacientes submetidos à IPAA. A derivação fecal pode aliviar os sintomas incapacitantes da disfunção da bolsa ileal.

(B) A bolsite é a segunda complicação mais comum da IPAA. Pacientes com essa complicação podem apresentar diarreia, tenesmo e incontinência fecal. Seu tratamento inclui o uso de antibióticos, probióticos e terapia biológica.

(C) O sucesso de um procedimento IPAA e seus resultados funcionais a longo prazo dependem muito da cicatrização adequada e da manutenção da integridade das muitas linhas de grampos ou suturas necessárias. A interrupção da anastomose, com o desenvolvimento subsequente de sepse *peri-pouch*, é uma complicação temida da falha da linha de grampos ou suturas e geralmente tem efeitos adversos significativos no resultado funcional a longo prazo.

(D) A cufite é a inflamação sintomática da extremidade remanescente do reto que permanece em pacientes com RCU após a realização de uma anastomose IPAA grampeada. Os sintomas podem ocorrer em até 6% dos pacientes com uma anastomose duplamente grampeada.

11. Com relação ao cenário clínico e a conduta instituída no caso de câncer colorretal metastático, é INCORRETO afirmar:

(A) Paciente, com múltiplas (>4) metástases hepáticas, com um tumor de sigmoide não sintomático é um candidato apropriado para iniciar com quimioterapia neoadjuvante.

(B) Paciente, sexo feminino, 62 anos, saudável, apresentando um tumor primário no cólon e uma metástase hepática de 2 cm na periferia do lobo hepático esquerdo. Ela pode se beneficiar da colectomia síncrona com ressecção da doença metastática seguida por 6 meses de quimioterapia adjuvante.

(C) Paciente, sexo masculino, 45 anos, apresenta dor abdominal em cólica e um câncer de cólon sigmoide que impede a passagem do colonoscópio. O estadiamento mostrou uma única metástase hepática de 8 cm que é marginalmente ressecável. Este paciente é um candidato ideal para a ressecção combinada imediata do cólon e da metástase hepática.

(D) Paciente, sexo feminino, 55 anos, se apresenta com um câncer assintomático no sigmoide e 5 metástases hepáticas que parecem ser ressecáveis. Recomenda-se, nesse caso, quimioterapia neoadjuvante (2-3 meses) seguida por colectomia síncrona ou escalonada e ressecção da doença metastática, seguida por mais 3-4 meses de terapia adjuvante.

---

12. São indicações para realização de manometria anorretal, EXCETO:

(A) Fissura anal e endometriose profunda.

(B) Dor anal e doença de Hirschsprung.

(C) Incontinência fecal e defecação obstruída.

(D) Dor anal e incontinência fecal.

---

13. Com relação ao Reflexo Inibitório Reto-Anal (RIRA), é CORRETO afirmar:

(A) O RIRA é mediado pelo plexo mioentérico.

(B) O teste do RIRA poderá requerer maiores volumes no balão em pacientes com megarreto.

(C) O RIRA estará ausente na doença de Hirschsprung e presente após reconstrução retal.

(D) Pode não ser possível avaliar o RIRA em pacientes com pressão de repouso muito baixa.

---

14. Com relação ao Tempo de Latência Motora do Nervo Pudendo (TLMNP), é CORRETO afirmar:

(A) O TLMNP consiste no intervalo de tempo entre o estímulo elétrico e o tempo máximo de contração esfincteriana.

(B) O TLMNP avalia a integridade neuromuscular entre o nervo pudendo e o esfíncter anal externo.

(C) Sua maior aplicação é na indicação de esfincteroplastia, situação em que os resultados apresentam grande consistência.

(D) É um teste de alta sensibilidade e especificidade, não havendo interferência do operador nos resultados.

---

15. A melhor forma de tratar o vólvulo de ceco é:

(A) Colonoscopia com distorção do vólvulo.

(B) Neostigmina endovenosa.

(C) Passar sonda nasogástrica e aguardar evolução.

(D) Colectomia direita.

16. Ao indicar a proctocolectomia com bolsa ileal na retocolite ulcerativa, o fator considerado preditor independente de complicação no pós-operatório é:

(A) Biológico.

(B) Azatioprina.

(C) Obesidade.

(D) Desnutrição.

---

17. A síndrome do intestino irritável acomete grande parte da população de ambos os sexos com discreto predomínio entre as mulheres. Dentre os possíveis diagnósticos diferenciais, os mais importantes são:

(A) Colite microscópica e diarreia biliar.

(B) Doença inflamatória intestinal e neoplasia colorretal.

(C) Doença diverticular e doença celíaca.

(D) Colite infeciosa e distúrbios neurológicos.

---

18. A microbiota intestinal tem um papel importante para a saúde do indivíduo. O intestino humano contém mais de 110 trilhões de bactérias, havendo uma diversidade de bactérias promotoras de saúde, e que estão em equilíbrio. Uma alteração dessa composição pode estar associada com doenças como: doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável, câncer colorretal, autismo e outras. Existem dois filos predominantes na microbiota intestinal de humanos, são eles:

(A) *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*.

(B) *Firmicutes* e *Bacteroidetes*.

(C) *Firmicutes* e *Actinobacteria*.

(D) *Lactobacillus* e *Bacteroidetes*.

---

19. A técnica *Endoscopic Submucosal Dissection* (ESD) para ressecção de pólipos intestinais tem sido amplamente usada, com potencial de evitar cirurgias mais invasivas para a remoção dos mesmos. Quanto à ESD, é INCORRETO afirmar:

(A) A abordagem por ESD é reservada para lesões menores do que 2 cm, devido ao risco de malignidade e recorrência tumoral.

(B) As complicações mais frequentes após o ESD são: dor abdominal, sangramento, perfuração colônica e recorrência tumoral.

(C) A síndrome de eletrocoagulação pós-ESD é similar à síndrome pós-polipectomia e pode ocorrer em mais de 40% dos pacientes.

(D) A dissecção é feita na camada submucosa abaixo da lesão, usando um dispositivo apropriado, através da colonoscopia, e, comparada com a ressecção laparoscópica, tem menor tempo de internação e menor custo.

---

20. Os anticoagulantes orais têm sido mais amplamente usados, principalmente após a COVID-19. Para pacientes em uso de bloqueadores de receptores PY12 nas plaquetas (clopidogrel) que serão submetidos à cirurgia coloproctológica, o seu uso deverá ser suspenso:

(A) 2 - 3 dias antes da cirurgia.

(B) 14 dias antes da cirurgia.

(C) 5 - 7 dias antes da cirurgia.

(D) Apenas na véspera da cirurgia.

21. Paciente, 32 anos, com cisto pilonidal recorrente, foi submetido previamente a 3 procedimentos cirúrgicos, uma excisão com fechamento primário, uma abertura e curetagem, e um retalho de Karydakis. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

(A) A recorrência é infrequente, ocorrendo em menos de 10% dos pacientes em 5 anos.

(B) Tendo realizado 3 procedimentos invasivos, neste momento devem ser indicados os procedimentos minimamente invasivos.

(C) Fundamental no procedimento de Karydakis, prévio ao avanço do retalho, deve ser realizada a delimitação da "zona de segurança".

(D) O uso da Ablação Vídeo-Assistida (VAAPS) é uma opção para este paciente, com maiores taxas de recorrência do que o retalho de Limberg, mas com menor taxa de complicações.

---

22. Paciente, sexo feminino, negra, obesa, tabagista, 35 anos, é encaminhada para ambulatório de Coloproctologia como Doença de Crohn anal, fistulizante. Refere que apresenta as lesões há 4 anos, tendo consultado diversas vezes nas Unidades Básicas de Saúde. Ao exame proctológico apresenta orifícios fistulosos e enduramento sem abscesso em nádegas, sem comunicação com o canal anal ou orifícios pilonidais de linha média. Refere lesões semelhantes em axilas. Sobre o caso acima, é INCORRETO afirmar:

(A) A doença pode ser classificada pelos escores de Sartorius, HiSCR e Hurley.

(B) Atualmente, com o aumento do conhecimento da patogênese como uma doença autoimune, relacionada ao aumento da expressão de algumas interleucinas, a ressecção cirúrgica está contraindicada.

(C) Clindamicina é o único antibiótico tópico estudado no tratamento desta patologia.

(D) Adalimumabe consiste na primeira linha de tratamento nos pacientes com doença refratária aos antibióticos.

---

23. Paciente, 45 anos, sem fatores de risco adicionais para câncer colorretal, realizou colonoscopia na Campanha Março Azul em 2024, tendo o seguinte laudo e resultados Anatomopatológicos (AP). Preparo Boston 9, aparelho introduzido até o íleo terminal. Foram descritas 3 lesões.

I. Presença de pólipo séssil em reto médio, medindo aproximadamente 5 mm, bocelado. NICE 1 – realizada polipectomia com alça. AP: pólipo serrado, ausência de alteração de criptas.

II. Presença de lesão séssil em ceco, medindo aproximadamente 1,5 cm de diâmetro, Kudo IV, NICE 2 com padrão vascular irregular – realizada mucosectomia. AP: Adenocarcinoma que ultrapassa a muscular da mucosa e atinge submucosa em 2200 µM.

III. Presença de pólipo em sigmoide com 4 mm de diâmetro, classificação de Paris 0-IIb – realizada mucosectomia. AP: Adenocarcinoma com invasão da lâmina própria e 1000 µM da submucosa.

Com relação ao caso acima, é INCORRETO afirmar:

(A) A invasão da lâmina própria determina a capacidade de emitir metástases da lesão 3.

(B) O pólipo 1 é frequentemente considerado não-neoplásico.

(C) O pólipo 3 foi classificado de forma equivocada.

(D) Deve ser realizada colectomia direita e não necessita tatuagem pré-operatória.

---

24. Com relação ao diagnóstico da doença de Hirschsprung, é CORRETO afirmar:

(A) A coloração de hematoxilina/eosina é superior à calretinina no diagnóstico da doença.

(B) A biópsia de espessura total ou parcial deixaram de ser modalidades aceitáveis para o diagnóstico com o advento da biópsia por sucção.

(C) A ausência de células ganglionares mais de um centímetro proximal à linha denteada define o diagnóstico da doença.

(D) A ausência de relaxamento do esfíncter interno à manometria é suficiente para definir o diagnóstico da doença.

25. São fatores de risco para recorrência da endometriose, de acordo com dados disponíveis, EXCETO:

(A) Idade mais jovem e lateralidade das lesões.

(B) Nódulo doloroso e rAFS < 70 (Sociedade Americana Revisada de Fertilidade).

(C) Ausência de gravidez e dor pré-operatória intensa.

(D) Tamanho do cisto e tratamento médico anterior.

---

26. Com relação à endometriose intestinal, é INCORRETO afirmar:

(A) Apesar da endometriose ser uma condição relativamente comum (afetando 8-15% das mulheres), ela representa menos de 1% dos casos de obstrução intestinal.

(B) A laparoscopia e a identificação patológica da endometriose são consideradas o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo.

(C) A definição de endometriose infiltrativa profunda é quando há invasão de estruturas anatômicas e órgãos além de 10 mm do peritônio.

(D) As lesões com menos de 3 cm, unifocais e que envolvem menos de 60% da circunferência da parede intestinal são passíveis de excisão em disco.

---

27. Conforme as assertivas abaixo, é CORRETO afirmar:

(A) Devido à progressão da tecnologia de imagem, análise histopatológica e imuno-histoquímica de biópsias pré-operatórias, exames de estadiamento fornecem informações definitivas quanto ao acerto na indicação de tratamento com excisão local.

(B) Imagens atuais de ressonância magnética 3 tesla estudando toda a cavidade pélvica têm acuidade para predizer, com segurança, a ausência de comprometimento linfonodal no câncer de reto não avançado, assegurando a indicação de excisão local.

(C) Tumores confinados à submucosa com invasão tipo SM3 têm resultados prognósticos de comprometimento linfonodal e recorrência local que permitem a boa indicação de excisão local.

(D) A excisão local em câncer de reto deve ser indicada em tumores T1N0M0 restritos à submucosa em seus dois terços superficiais, sem invasão linfovascular, sem depósitos tumorais e bem ou moderadamente diferenciados.

---

28. Paciente, 46 anos, com história de Hepatite C, apresenta quadro de cólicas abdominais, intermitentes há 3 meses. Nas últimas 3 semanas vem apresentando episódios febris eventuais. O exame físico mostra uma massa palpável, parcialmente móvel e ligeiramente dolorosa em quadrante inferior direito do abdome. Tomografia computadorizada de abdome e pelve solicitada demonstra imagem de espessamento de parede intestinal, comprometimento íleo terminal e ceco. Colonoscopia mostra padrão nodular e enduração da mucosa a este nível. A biópsia revelou Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células. Os exames realizados não mostraram evidência de doença em qualquer outra localização. A conduta adequada neste caso é:

(A) Colectomia direita conservadora sem linfadenectomia e quimioterapia adjuvante.

(B) Colectomia direita obedecendo critérios oncológicos de linfadenectomia seguida de quimioterapia.

(C) Quimioterapia exclusiva, seguida de seguimento clínico oncológico.

(D) Quimioterapia seguida de cirurgia se restar doença residual.

29. O conflito de interesses pode ser um componente decisivo na condução de um estudo científico. Sobre isso, é CORRETO afirmar:

(A) O conflito de interesse de cunho financeiro é o mais provável de alterar a credibilidade do autor.

(B) Opiniões pessoais, convicções morais e ideias pessoais não são consideradas conflitos de interesse.

(C) Estudos que são patrocinados pela indústria não apresentam maior probabilidade de favorecer o produto do patrocinador.

(D) A simples troca de serviços entre o autor do estudo e o fabricante do material envolvido não é considerada como fator de efeito em decisões e atitudes do pesquisador.

30. Com relação às complicações pós-operatórias, é CORRETO afirmar:

(A) Complicações tromboembólicas são as mais frequentes complicações hematológicas e com maior impacto para os pacientes e sistema de saúde.

(B) O tratamento da obstrução pós-operatória inicialmente é clínico, podendo aguardar até 14 dias com segurança.

(C) Na síndrome de compartimento abdominal com pressão acima de 9 mmHg deve-se realizar descompressão para restabelecer o fluxo sanguíneo.

(D) O tratamento do íleo grave depende do tratamento da causa subjacente com o que geralmente está relacionado.

31. Dois princípios da construção de uma anastomose segura são a garantia de uma mobilização suficiente e perfusão adequada aos tecidos anastomosados. Com relação a esses itens na construção da anastomose, é INCORRETO afirmar:

(A) Uma opção para avaliação da irrigação do cólon é esqueletização da artéria marginal onde pretende fazer a ressecção e anastomose, seccionar a artéria e observar se há ou não sangramento no local.

(B) O teste com indocianina verde é uma arma para avaliação da perfusão e, por ser uma avaliação objetiva e rotineiramente quantitativa, pode ser útil na decisão do local adequado para ressecção intestinal.

(C) Na manobra de Deloyer o mesentério do cólon direito é girado sagitalmente no sentido anti-horário, com o ceco se movendo superiormente e o cólon ascendente caudalmente. Apendicectomia deve ser realizada pela nova localização do cólon.

(D) Em cirurgias com necessidade de extensão proximal, o colón direito pode ser escolhido e o suprimento sanguíneo se fará pela artéria ileocecocólica que deve ser dissecada até a sua origem para dar mobilidade ao mesentério e evitar torção do vaso.

32. Com relação ao diagnóstico de fístula anastomótica, é CORRETO afirmar:

(A) Até metade das fístulas pode ocorrer após a alta do paciente, principalmente em pacientes submetidos à ressecção anterior baixa do reto.

(B) A dosagem da proteína C-reativa não se faz útil para predição de fístula anastomótica após o terceiro dia de pós-operatório por refletir níveis de 24h antes.

(C) Após o diagnóstico de uma fístula anastomótica, a reoperação com confecção de estoma e colocação de dreno é imperiosa.

(D) A tomografia nos primeiros quatro dias de pós-operatório pode ter achados inespecíficos, mas os sintomas de fístula são sempre inequívocos.

33. Com relação à definição do canal anal cirúrgico, é CORRETO afirmar:

(A) É a porção que compreende a margem anal até a linha pectínea.

(B) Compreende a porção do canal anal recoberto por pele em área de maior tônus do esfíncter anal interno.

(C) É formado pelos músculos esfíncter anal interno, esfíncter anal externo e músculo puborretal.

(D) É a região de maior pressão do esfíncter anal interno, da linha pectínea até a junção do músculo puborretal, cranialmente.

34. A melhor definição para a Zona Cloacogênica é:

(A) Região localizada entre o orifício anal e o vértice vaginal.

(B) Área que se estende do anel anorretal até a margem anal.

(C) Zona localizada entre a borda anal e o complexo esfincteriano interno.

(D) Zona localizada 1 a 2 cm acima e abaixo da linha denteada composta de epitélio transicional e escamoso estratificado.

---

35. A neuromodulação sacral tem sido amplamente utilizada para o tratamento da incontinência fecal, fazendo-se a introdução de um eletrodo no forâmen sacral S3. Nesta região, o grupamento de nervos que se pretende modular com a estimulação elétrica é:

(A) Os ramos simpáticos emergem das raízes de S2, S3 e S4 e irão inervar o esfíncter anal externo, melhorando sua tonicidade.

(B) Ramos motores emergentes de S1, S2 e S3 formam o plexo hipogástrico, e junto com nervos parassimpáticos oriundos de L4 e L5, inervam o esfíncter anal externo, melhorando sua tonicidade.

(C) Nervos simpáticos oriundos de S2, S3 e S4, somados a nervos parassimpáticos emergentes de gânglios para-aórticos, formam o plexo hipogástrico e inervam o reto e o esfíncter anal.

(D) Nessa região de S3 emergem ramos parassimpáticos, junto aos ramos S2 e S4, e irão inervar o esfíncter anal interno, associado com nervos simpáticos oriundos de L5.

---

36. No preparo do paciente para colectomias tem sido discutido o jejum pré-operatório, principalmente quando se trata de anestesia geral. A respeito do uso de carboidratos e líquidos claros antes da cirurgia, segundo o protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), é CORRETO afirmar:

(A) O uso de carboidratos antes da cirurgia aumenta a glicemia no intraoperatório e tem um efeito rebote com hipoglicemia no pós-operatório imediato.

(B) Tanto os líquidos claros como os carboidratos devem ser administrados apenas até 12 horas antes da cirurgia devido ao jejum oral que antecede a anestesia geral.

(C) A administração oral de carboidratos no pré-operatório diminui a resistência à insulina no pós-operatório, sendo permitida até 2 horas antes da cirurgia.

(D) A correção do índice glicêmico no pré-operatório deve ser realizada apenas pela infusão de soro glicosado endovenoso, devido ao jejum de 8 horas que antecede a cirurgia.

---

37. Com relação à inervação sensorial do reto, associe o nome do receptor à sua função:

1. Corpúsculo de Meissner	( ) Tato
2. Bulbo de Krause	( ) Temperatura
3. Corpos Golgi-Mazzoni	( ) Pressão
4. Corpúsculo genital	( ) Fricção

A sequência CORRETA é:

(A) 1,3,2,4.

(B) 1,2,3,4.

(C) 1,2,4,3.

(D) 2,1,3,4.

38. Sobre o Reflexo Retoanal Inibitório (RRAI), é CORRETO afirmar:

(A) A distensão do reto ocasiona um aumento da pressão de repouso do canal anal em toda a sua extensão a fim de garantir a continência completa.

(B) O peso do componente fecal estimula barorreceptores da mucosa a este nível, resultando no reflexo de contração do esfíncter anal interno.

(C) A chegada de fezes na ampola retal se acompanha de um importante relaxamento do puborretal e do esfíncter anal externo.

(D) A distensão do reto provoca um relaxamento da musculatura proximal do esfíncter anal interno e contração do esfíncter anal externo.

39. Com relação à anatomia da inervação colorretal associada às disfunções geniturinárias masculinas no pós-operatório de ressecções colorretais, é CORRETO afirmar:

(A) O plexo hipogástrico superior une-se aos nervos erigentes para formar o plexo hipogástrico inferior.

(B) O plexo hipogástrico inferior cursa posteriormente à fáscia pré-sacral e se dirige ao sistema urinário.

(C) A lesão dos nervos simpáticos em homens pode causar disfunção erétil.

(D) A inervação pélvica simpática tem origem nas raízes S2-S4.

40. Sobre os fatores de risco para surgimento de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), é INCORRETO afirmar:

(A) Múltiplos partos vaginais são o maior preditor de POP em mulheres com menos de 60 anos.

(B) Um índice de massa corpórea > 25 está associado a maior risco de POP.

(C) Constipação e tabagismo podem ter correlação com desenvolvimento POP.

(D) Histerectomia prévia é definitivamente um fator de risco para desenvolvimento de POP.

41. As neoplasias apendiculares são raras e geralmente se apresentam como achados incidentais durante o exame patológico após a apendicectomia. Dessa forma, é INCORRETO afirmar:

(A) Um tumor apendicular perfurado associado à mucina peritoneal deve ser tratado com excisão da lesão perfurada, lavagens peritoneais para citologia e biópsia de quaisquer lesões peritoneais suspeitas. A cirurgia citorredutora não deve ser adiada e deve ser realizada ao mesmo tempo operatório.

(B) Deve-se considerar hemicolectomia direita em pacientes com tumores neuroendócrinos maiores do que 2 cm.

(C) Pacientes com características de alto risco, tais como ressecção incompleta, localização na base do apêndice, Ki 67 > 2%, invasão linfovascular ou perineural, invasão do mesoapêndice, grau 2 ou superior devem ser considerados para hemicolectomia direita.

(D) A colectomia direita deve ser considerada para adenocarcinoma apendicular, exceto para tumores limitados à submucosa. Já as neoplasias mucinosas benignas são adequadamente tratadas por apendicectomia, desde que as margens de ressecção estejam livres.

42. Paciente, 66 anos, sexo feminino, com história de neoplasia de reto distal, a 5 cm da margem anal, submetida à terapia neoadjuvante com radioterapia, quimioterapia e posterior ressecção anterior do reto, com excisão total do mesorreto e ileostomia, de proteção. Após 3 meses do fechamento de ileostomia, vem em retorno ambulatorial com queixa de urgência, alguns episódios de perdas de fezes líquidas e fezes fragmentadas, com mais de 10 evacuações ao dia. Sobre este caso, é CORRETO afirmar:

(A) Sexo masculino, radioterapia prévia e ileostomia de proteção são fatores de risco para o aparecimento destes sintomas.

(B) O quadro poderia ter sido evitado, ou tornado mais brando, se a anastomose colorretal tivesse sido com bolsa colônica em J ao invés de anastomose terminoterminal.

(C) O diagnóstico diferencial com estenose de anastomose deve ser realizado com toque retal ou retoscopia.

(D) Probióticos são importantes para o tratamento desta condição, junto com dieta com fibras, e fisioterapia pélvica.

43. Disfunções de evacuação após a proctectomia oncológica representam a síndrome de ressecção anterior baixa *(Low Anterior Resection Syndrome - LARS)*. Sobre este quadro, é CORRETO afirmar:

(A) Os pacientes que têm melhores resultados com biofeedback são aqueles onde a queixa principal é incontinência com pouca melhora de outros sintomas.

(B) Amitriptilina pode ser usada junto com dieta com fibras inicialmente, com bons resultados.

(C) Neuroestimulação sacral, quando disponível, deve ser tratamento de primeira linha, com resultados excelentes.

(D) Agentes inibidores de motilidade intestinal estão contraindicados nestes pacientes, e o tratamento deve ser feito apenas com dieta com fibras e água.

44. Sobre o prolapso retal, é CORRETO afirmar:

(A) A graduação de Oxford está relacionada a achados na defecografia, sendo o grau IV aquele com presença de úlcera solitária do reto.

(B) Sangramento é sinal que exclui a hipótese de prolapso retal.

(C) Atualmente a defecografia por ressonância magnética é contraindicada, por apresentar resultados muito inferiores à defecografia.

(D) A etiologia da úlcera solitária do reto associada ao prolapso retal envolve intussuscepção e isquemia transitória.

45. Sobre o tratamento cirúrgico da doença diverticular, é CORRETO afirmar:

(A) Na sigmoidectomia de urgência, a preservação da artéria mesentérica inferior e do mesocólon não deve ser realizada.

(B) Tratamento de diverticulite aguda Hinchey III com lavagem laparoscópica tem maior risco de reoperação de urgência.

(C) Na ressecção do sigmoide de forma eletiva, mesmo excluída neoplasia colorretal, deve ser realizada ligadura proximal da artéria mesentérica inferior.

(D) Em pacientes com Hinchey IV e estabilidade hemodinâmica é seguro realizar sigmoidectomia com anastomose, mas ileostomia de proteção deve ser sempre realizada.

46. Sobre a síndrome de evacuação obstruída, é CORRETO afirmar:

(A) Os 4 tipos de anismus / dissinergia de assoalho pélvico se baseiam em achados da cinedefecografia.

(B) O diagnóstico de anismus é obtido por manometria anorretal. O exame físico não acrescenta com achados para este diagnóstico.

(C) A retocele não é uma das causas de síndrome de evacuação obstruída.

(D) A sensação de evacuação incompleta e manobras digitais para facilitar evacuação em um quarto das evacuações são alguns dos critérios de Roma IV para o diagnóstico de síndrome de evacuação obstruída.

47. Os termos Excisão Completa do Mesocólon (ECM) e Ligadura Vascular Central (LVC) referem-se à dissecção em bloco do cólon e mesocólon ao longo dos planos embriológicos, com preservação do envelope mesocólico, ligadura vascular central dos pedículos vasculares, linfadenectomia estendida e adequada ressecção intestinal. Com relação à ECM e LVC, é CORRETO afirmar:

(A) Assemelham-se às linfadenectomias nível D1 da escola japonesa.

(B) Exposição e dissecção da Veia Mesentérica Superior (VMS) e tronco de Henle adicionam risco de lesões e aumentam a curva de treinamento.

(C) Devem ser usadas rotineiramente nas colectomias à direita, independentemente do estadiamento pré-operatório.

(D) ECM e LVC são contraindicadas pelo acesso laparoscópico.

48. Sobre o uso da Indocianina Verde no intraoperatório das ressecções laparoscópicas e robóticas do reto, é CORRETO afirmar:

(A) Permite escolher com precisão o ponto de transecção distal do reto.

(B) Seu uso endovenoso facilita a localização do linfonodo sentinela.

(C) Seu uso em angiografia intraoperatória (ICV-FA) auxilia no estudo da perfusão do cólon abaixado.

(D) Melhora a qualidade das biópsias de congelação.

---

49. São fatores de risco para disseminação peritoneal do adenocarcinoma colorretal, EXCETO:

(A) Histologia vilosa.

(B) Estádio T4.

(C) Histologia evidenciando células “anel de sinete”.

(D) Tratamento de obstrução luminal com “*stent*” endoscópico.

---

50. A diarreia por *Clostridium* teve aumento de incidência e gravidade na população. Sobre este quadro, é CORRETO afirmar:

(A) Com relação aos fatores de risco, os antibióticos se destacam, tais como: quinolonas e clindamicina.

(B) Na colite severa o tratamento com vancomicina via enema é uma alternativa à via oral.

(C) Transplante fecal não é uma opção aos antibióticos convencionais na colite recorrente por *Clostridium*.

(D) Em quadros graves o medicamento metronidazol pode ser utilizado, caso não haja outra medicação disponível.

---

51. Sobre colites infecciosas, é CORRETO afirmar:

(A) A colite por *Salmonella* apresenta imagem característica na colonoscopia, com úlceras rasas no cólon direito.

(B) Colite amebiana pode dar inflamação e ulcerações no cólon, principalmente no cólon esquerdo e reto.

(C) O achado da biópsia do cólon na infecção ativa por *Campylobacter* é de corpúsculos de inclusão envoltos por halo claro (aspecto de “olho de coruja”), envoltos por células inflamatórias.

(D) Diarreia por *Yersinia* pode estar associada a artrite migratória e eritema nodoso e faz diagnóstico diferencial com doença de Crohn.

---

52. A recidiva de câncer de reto após proctectomia representa um desafio para o cirurgião e necessita de tratamento multimodal. A respeito deste quadro, é CORRETO afirmar:

(A) Caso não seja possível a biópsia de uma lesão suspeita para recidiva, a Ressonância Magnética (RNM) de pelve associada à Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) é o melhor método para diagnóstico.

(B) A RNM da pelve pode não avaliar adequadamente invasão de estruturas do compartimento lateral, levando à ressecção com margens comprometidas.

(C) A ressecção lateral pode ser realizada envolvendo vasos ilíacos e nervo ciático.

(D) A taxa de ocorrência de recidiva é semelhante no lúmen do reto remanescente e nos planos externos à fáscia mesorretal.

53. Paciente, 75 anos, encaminhado para ressecção de Lesão de Espalhamento Lateral Granular (LST-G) em reto distal, junto ao canal anal, medindo 4,0 cm de diâmetro, NICE 2, área com característica KUDO VI. Sobre o caso acima e as potenciais condutas, é CORRETO afirmar:

(A) É possível uma ressecção por mucosectomia em bloco.

(B) Ressecção *piecemeal* diminui as taxas de recorrência.

(C) Ressecção endoscópica transanal é preferível à mucosectomia ou à Ressecção Endoscópica da Submucosa (ESD).

(D) Classificação de KUDO VI exclui a possibilidade de tratamento endoscópico.

---

54. Analise os casos abaixo:

Paciente 1 – sexo masculino, 32 anos de idade, hígido previamente, apresenta cisto pilonidal com abscesso com intensa dor em região glútea e interglútea, com enduramento, rubor e calor em área de aproximadamente 5 cm de diâmetro. Temperatura axilar de 38,5 graus, frequência cardíaca de 95 bpm, normotenso.

Paciente 2 – sexo feminino, 25 anos, teve abscesso pilonidal drenado há 3 anos. Apresenta dor e secreção intermitente na região de drenagem, com sinus pilonidal fistulizado lateralmente, à direita, a 2 cm da linha média.

Sobre os casos acima, é CORRETO afirmar:

(A) Deve ser realizada a pronta drenagem do abscesso do paciente 1, devendo ser associado o uso de antibióticos (cefalosporina de 3ª geração e metronidazol).

(B) Para a paciente 2, se indicada técnica cirúrgica de abertura e curetagem, com cicatrização por segunda intenção, deve ser recomendada a depilação com lâmina no pós-operatório precoce, não devendo utilizar cremes depilatórios ou depilação a laser.

(C) Para paciente 2, mulher, jovem, devem ser oferecidas as técnicas minimamente invasivas, como o Laser de Co2, por comprovadamente obterem as mais elevadas taxas de cicatrização dos ensaios clínicos.

(D) Deve ser orientado o paciente 1, após a resolução do abscesso, este certamente deverá ser submetido à cirurgia para correção da doença pilonidal.

---

55. Paciente, sexo masculino, 32 anos, hígido, refere-se à prurido anal intenso há 8 semanas. Foi ao médico generalista, tendo sido prescrito e utilizado antiparasitários, cetoconazol tópico e antibióticos, sem melhora. Quando muito intenso, apresenta manchas de sangue vivo no papel higiênico. Sobre este caso, é CORRETO afirmar:

(A) Raramente esses pacientes irão se beneficiar da avaliação por manometria anorretal.

(B) A presença de leveduras de *candida albicans* nos exames coprológico funcional e coprocultura indica tratamento com antifúngico via oral.

(C) Tacrolimus tópico é contraindicado em paciente refratário ao corticoide tópico.

(D) No exame proctológico, pele perianal tipo “papel de cigarro”, com lesões labiais e perineais associadas, sugerem diagnóstico de *Lichen Simplex Chronicus*.

---

56. Após o tratamento bem sucedido de um episódio de diverticulite aguda complicada com abscesso e tratada sem cirurgia, em um paciente de 45 anos, a orientação médica para este paciente deve ser:

(A) A chance de recorrência de diverticulite complicada é a mesma da diverticulite não complicada.

(B) A chance de recorrência de diverticulite deste paciente é semelhante à de pacientes acima de 50 anos.

(C) Abscesso e pneumoperitoneo localizado são fatores de risco para recorrência.

(D) Não há necessidade de colonoscopia após resolução do quadro, por se tratar de doença benigna.

57. Sobre o tratamento do prolapso de reto, é CORRETO afirmar:

(A) A associação de plastia dos elevadores à retossigmoidectomia perineal não é recomendada para aumentar continência no pós-operatório.

(B) Retossigmoidectomia perineal está contraindicada em pacientes com sigmoidectomia prévia.

(C) A retopexia ventral com sutura, sem uso de tela, tem taxas de recorrência semelhantes à retopexia ventral com tela.

(D) Os reparos por via abdominal para o tratamento de prolapso retal têm menor recorrência, melhores resultados funcionais do que reparos perineais e morbidade alta.

---

58. A Sociedade Japonesa para Câncer do Cólon e Reto padroniza a ligadura dos seguintes vasos durante a linfadenectomia nível D2 para tumores do sigmoide, EXCETO:

(A) Artéria marginal.

(B) Artéria retal adjacente à parede do reto.

(C) Artéria mesentérica inferior proximal à origem da artéria cólica esquerda.

(D) Artéria sigmoideana na emergência da artéria mesentérica inferior.

---

59. Paciente com trauma colônico único atingido por arma de fogo, foi atendido uma hora após o incidente e hemodinamicamente estável. Cirurgia apresenta lesão de cólon sigmoide extensa (mais de 50% da circunferência colônica). A conduta mais adequada neste caso é:

(A) Rafia da sutura com ileostomia de proteção.

(B) Exteriorização da lesão em forma de colostomia.

(C) Sigmoidectomia com anastomose primária.

(D) Rafia da lesão com colocação de dreno tubular.

---

60. A indicação do tratamento locorregional com citorredução cirúrgica e quimioterapia hipertérmica intraperitoneal para os implantes peritoneais de tumores epiteliais do apêndice decorre da seguinte característica destas lesões:

(A) Comum invasão da parede do intestino delgado.

(B) Boa resposta à quimioterapia sistêmica.

(C) Metástases frequentes para sítios a distância.

(D) Geralmente são confinadas à cavidade peritoneal.

---

61. São consideradas causas anatômicas da incontinência fecal:

(A) Ânus imperfurado e prolapso retal.

(B) Intussuscepção e retocele.

(C) Trauma esfincteriano e abscesso perianal.

(D) Trauma obstétrico e contração paradoxal do músculo puborretal.

62. Com relação ao Neuroestimulador Sacral (NES) no tratamento da incontinência fecal, é CORRETO afirmar:

(A) Os mecanismos de ação do NES incluem estimulação dos nervos autonômicos, sem estimular diretamente o complexo esfincteriano.

(B) O NES requer acima de 80% de melhora no número de episódios de incontinência fecal para que se realize o implante definitivo.

(C) O NES é indicado a pacientes com ou sem defeito esfincteriano, sendo que ambos os grupos obtêm resultados semelhantes.

(D) Apesar dos bons resultados iniciais do NES, no acompanhamento acima de 5 anos a minoria dos doentes mantém a eficácia.

---

63. Com relação às disfunções sexuais femininas no pós-operatório de cirurgias colorretais, é INCORRETO afirmar:

(A) Mulheres submetidas à amputação abdomioperineal do reto têm menos relações sexuais, excitação e orgasmo do que aquelas submetidas à retosigmoidectomia anterior.

(B) Pacientes submetidas a estoma têm pior qualidade de vida e função sexual do que aquelas operadas mas que não necessitaram de estoma.

(C) Pacientes submetidas a estomas temporários passaram a ter semelhante qualidade de vida e função sexual do que aquelas não ostomizadas após o fechamento do estoma.

(D) Pacientes submetidas à ressecção anterior alta têm semelhante qualidade de vida e função sexual do que aquelas submetidas à ressecção anterior baixa.

---

64. É CORRETO afirmar:

(A) Os *tailgut cysts,* ou cistos hamartomatosos, são mais frequentes no sexo masculino.

(B) Os cistos dermoides são tipicamente benignos.

(C) Os cordomas não devem ser ressecados cirurgicamente em função das prováveis sequelas neurológicas.

(D) Os cistos de duplicação retal não sofrem transformação maligna.

---

65. Com relação ao câncer de ânus, é CORRETO afirmar:

(A) Os esquemas de tratamento utilizando a Mitomicina C têm resultados melhores no câncer de canal anal.

(B) O melhor tratamento para o melanoma anal é a radioterapia.

(C) O segundo tumor mais comum no ânus, após o carcinoma escamoso, é o linfoma.

(D) O câncer de margem anal (perianal) é mais comumente tratado com quimioterapia e radioterapia, ao passo que o de canal anal é tratado, na maior parte dos casos, com excisão radical cirúrgica.

---

66. Com relação à cirurgia da Doença de Crohn abdominal, é CORRETO afirmar:

(A) Anastomoses látero-laterais apresentam menor índice de recidiva histológica.

(B) Estenoplastias devem ser realizadas apenas nos pacientes com estenose única de intestino delgado.

(C) A proctocolectomia total com bolsa ileal apresenta o mesmo índice de falha na Doença de Crohn e na colite ulcerativa.

(D) Paciente em uso de prednisona com doses acima de 40 mg/dia apresenta maior risco de complicações pós-operatórias.

67. O item abaixo que pode ser considerado fator de risco para o desenvolvimento do câncer colorretal em pacientes com colite ulcerativa é:

(A) Aparecimento tardio da doença (acima de 55 anos).

(B) Colangite esclerosante primária.

(C) Uso prolongado de Infliximabe (acima de 2 anos).

(D) Doença localizada no reto.

---

68. Paciente, sexo masculino, 42 anos, com Doença de Crohn perianal e proctite em atividade. Queixa-se de dor e aumento de volume perineal. Durante exame observam-se 2 orifícios fistulosos com drenagem de secreção purulenta. A abordagem cirúrgica mais CORRETA neste caso é:

(A) Fistulectomia anal com colocação de sedenho.

(B) Fechamento da fístula com retalho mucoso.

(C) Limpeza e drenagem sob anestesia.

(D) Cirurgia de Ligadura Interesfincteriana do Trato Fistuloso (LIFT).

---

69. De acordo com a mais recente versão da Sociedade Americana de Cirurgiões Colorretais, os parâmetros de prática recomendados na realização das cirurgias colorretais são:

(A) O uso combinado do preparo de cólon anterógrado e antibiótico oral.

(B) Enemas antes e no momento de realizar anastomose colorretal.

(C) Uso de antibiótico oral isoladamente.

(D) O uso de preparo de cólon anterógrado isoladamente.

---

70. Com relação às disfunções sexuais femininas após radioterapia por câncer de reto, é INCORRETO afirmar:

(A) A radioterapia exerce influência na disfunção sexual por lesar os nervos autonômicos, microvasculatura, tecidos moles e causar edema e inflamação.

(B) A radiação não tem efeito sobre os ovários, não causando insuficiência ovariana e menopausa permanente, sendo os efeitos restritos à vagina e vulva.

(C) A mucosite vaginal se resolve em três meses após radioterapia, mas em algumas pacientes os efeitos podem ser progressivos e podem tornar-se sintomáticos mesmo após um período de latência.

(D) O rápido *turnover* celular da vagina e vulva fazem com que haja grande sensibilidade à radiação, causando eritema, descamação e mucosite.