

01. Com relação à anatomia do canal anal, é CORRETO afirmar:

- (A) A zona de transição é representada pela linha pectínea, a qual consiste em uma área de transição gradual do epitélio colunar para o epitélio pavimentoso.
- (B) As colunas de Morgagni são compostas por colunas redundantes com criptas anais em sua base.
- (C) O anoderma possui histologia escamosa e é desprovido de pelos e glândulas sudoríparas, mas contém glândulas sebáceas que promovem a sua lubrificação.
- (D) A sensibilidade anal é mediada pelo ramo retal inferior do nervo pudendo parassimpático proveniente de S2, S3 e S4.

02. É CORRETO afirmar:

- (A) O músculo esfíncter anal interno se origina na parte superior do canal anal cirúrgico e estende-se inferiormente até o término do esfíncter externo do ânus.
- (B) O comprimento do esfíncter anal interno normal é de 2 a 4 cm. Aparece como uma faixa hiperecogênica no ultrassom transanal.
- (C) O esfíncter interno do ânus encontra-se em estado de relaxamento crônico e contribui com cerca de 50 a 75% do tônus de repouso do ânus.
- (D) O esfíncter anal interno é um cilindro de musculatura estriada, que se estende distalmente a partir do músculo elevador do ânus.

03. Considera-se um adenoma avançado quando:

- (A) Tiver displasia de alto grau ou superfície bocelada.
- (B) For maior que 3 cm ou com displasia de baixo grau.
- (C) Atingir a submucosa ou com tecido hiperplásico.
- (D) For maior que 1 cm ou com tecido viloso associado.

04. Recomenda-se a remoção dos pólipos encontrados durante uma colonoscopia. Considera-se, entretanto, indicação de tratamento cirúrgico e não endoscópico quando for observada lesão polipoide com as seguintes características:

- (A) Falha de elevação com injeção submucosa, localizada na flexura esquerda do cólon, umbilicação central.
- (B) Grande tamanho, falha de elevação com injeção submucosa, pediculado.
- (C) Endurecimento, irregularidade da mucosa, ulceração ou umbilicação central.
- (D) Componente viloso, localizado sobre prega semilunar, irregularidade da mucosa.

05. Sobre o trauma colorretal, é CORRETO afirmar:

- (A) O cólon é o órgão mais afetado no trauma penetrante, seguido pelo intestino delgado.
- (B) As lesões por arma de fogo são as causas mais comuns, seguidas por lesões perfurocortantes e empalamento.
- (C) O cinto de segurança abdominal diminui o risco de lesões viscerais.
- (D) As lesões colônicas fechadas são comuns e ocorrem principalmente após acidentes automobilísticos.

06. A respeito das técnicas de polipectomia, é INCORRETO afirmar:

- (A) A polipectomia, com pinça de biópsia e o uso do eletrocautério (*hot biopsy*), é menos recomendada pelo comprometimento da avaliação histológica, apesar de menores taxas de sangramento e perfuração.
- (B) A polipectomia com pinça de biópsia é uma das técnicas mais frequentemente utilizadas para pólipos < 5 mm.
- (C) O uso da alça de polipectomia a frio é o método de preferência para a ressecção de pólipos > 8 mm e o sangramento geralmente não é significativo.
- (D) Na polipectomia com alça e eletrocautério, o pólipo deve ser direcionado ao centro do lúmen, propiciando uma separação da mucosa das camadas profundas.

07. Sobre as manifestações clínicas da endometriose, é INCORRETO afirmar:

- (A) A endometriose tem sido detectada em 30% a 50% das mulheres submetidas a laparoscopia para dor pélvica.
- (B) A dor constitui o sintoma mais comum da endometriose, afetando até 80% dos pacientes acometidos.
- (C) O volume total da lesão parece estar relacionado diretamente com a intensidade da dor.
- (D) Os implantes que acometem os ligamentos uterossacros e o septo retovaginal são os que ocorrem com mais frequência.

08. Para a prevenção de náusea e vômito pós-operatórios, o mais apropriado é:

- (A) Óxido de Magnésio de 12 em 12 horas.
- (B) Dieta zero por 2 dias.
- (C) Ondansetron e Metoclopramida dose única.
- (D) Dexametasona associada a Ondansetron no peroperatório.

09. Com relação às manobras para obter um comprimento de cólon adequado a uma anastomose sem tensão, é INCORRETO afirmar:

- (A) Ligadura da Veia Mesentérica Inferior (VMI) na borda inferior do pâncreas.
- (B) Dissecção mesentérica de medial para lateral.
- (C) Mobilização da flexura esplênica do cólon, com secção do mesentério do transverso distal até os vasos cólicos médios.
- (D) Ligadura alta da Artéria Mesentérica Inferior (AMI).

10. Com relação à avaliação intraoperatória das anastomoses pélvicas, é CORRETO afirmar:

- (A) Para anastomoses abaixo da junção retossigmoídea, a derivação é mandatória.
- (B) A endoscopia (retossigmoidoscopia flexível) é comprovadamente mais eficaz do que o teste de deiscência de ar (manobra do borracheiro).
- (C) Para pequenas deiscências, o reparo da sutura frequentemente é adequado.
- (D) As anastomoses devem ser auditadas no período intraoperatório. Os testes mecânicos das anastomoses demonstram deiscências em cerca de 35% dos casos.

11. No que tange às complicações anastomóticas, temos as seguintes assertivas:

- I. Deiscência anastomótica é uma complicação grave, comportando uma mortalidade de 10 a 15%, variando de sépsis até falência multiorgânica progressiva.
- II. A deiscência anastomótica tem influência sobre as taxas de recidiva local do câncer retal.
- III. Determinadas bactérias podem ser causas importantes de deiscências anastomóticas. Sua erradicação perioperatória pode diminuir as taxas de deiscência.

É CORRETO afirmar que:

- (A) Estão corretas I, II e III.
- (B) Estão corretas I e II.
- (C) Estão corretas I e III.
- (D) Estão corretas II e III.

12. Com relação à trombose hemorroidária externa, é CORRETO afirmar:

- (A) O quadro clínico não cursa com sangramento.
- (B) A agressividade do tratamento é guiada pelos sintomas do paciente.
- (C) Deve ser tratada em ambiente de bloco cirúrgico.
- (D) O quadro clínico costuma aliviar a partir do 3º dia.

13. Com relação à ligadura elástica de doença hemorroidária, é CORRETO afirmar:

- (A) Reaplicações a longo prazo raramente são necessárias.
- (B) Deve ser aplicada 1 a 2 cm acima da margem anal.
- (C) Aplicação simultânea de múltiplas ligaduras não aumenta o risco de complicações.
- (D) É efetiva para doença hemorroidária interna graus I a III.

14. Paciente jovem com sangramento anal típico de doença hemorroidária e sem história pessoal ou familiar de doença que aumente o risco de câncer colorretal requer colonoscopia:

- (A) Quando for refratário ao tratamento.
- (B) De rotina.
- (C) Independentemente da presença de história familiar de câncer colorretal.
- (D) Apenas em caso de anemia.

15. Com relação à classificação da doença hemorroidária, é CORRETO afirmar:

- (A) A classificação da doença hemorroidária interna em graus leva em consideração os sintomas de prolapso e sangramento anal.
- (B) A margem anal separa a doença hemorroidária externa da interna.
- (C) Doença hemorroidária interna é classificada em quatro graus.
- (D) A classificação não é relevante na escolha do tratamento.

16. Mulheres gestantes frequentemente se queixam de doença hemorroidária. Nesses casos, é CORRETO afirmar:

- (A) A indicação cirúrgica se dá apenas a multíparas idosas.
- (B) A hemorroidectomia grampeada é a melhor indicação.
- (C) Na presença de sofrimento tecidual isquêmico e de estrangulamento, a cirurgia não se justifica.
- (D) Os sintomas geralmente regridem após o parto, sem necessidade de tratamento cirúrgico.

17. Qual das combinações abaixo apresenta maior taxa de cicatrização?

- (A) Fissura anal crônica: tratamento tópico com bloqueador dos canais de cálcio.
- (B) Fissura anal aguda: banhos de assento e suplementação de fibra via oral.
- (C) Fissura anal crônica: injeção de toxina botulínica.
- (D) Fissura anal crônica: tratamento tópico com óxido nitroso.

18. Qual a alternativa CORRETA em relação ao tratamento tópico da fissura anal crônica?

- (A) Trinitrato de Glicerol tem taxa de cicatrização semelhante e maior taxa de efeitos adversos do que os bloqueadores de canais de cálcio.
- (B) Trinitrato de Glicerol tem maior taxa de cicatrização e maior taxa de efeitos adversos do que os bloqueadores de canais de cálcio.
- (C) Trinitrato de Glicerol tem menor taxa de cicatrização e maior taxa de efeitos adversos do que os bloqueadores de canais de cálcio.
- (D) Trinitrato de Glicerol tem taxas semelhantes de cicatrização e de efeitos adversos em relação aos bloqueadores de canais de cálcio.

19. Paciente, sexo masculino, 35 anos, consulta na emergência com queixa de dor anorretal de forte intensidade acompanhada de febre de 38,8°C. Os exames de inspeção anoperineal e palpação abdominal são normais. O toque retal é doloroso. Diante da suspeita de um abscesso anorretal, você:

- (A) Solicita um ultrassom transperineal.
- (B) Prescreve antibiótico de amplo espectro e orienta reavaliação em 24 horas.
- (C) Solicita um ultrassom anorretal.
- (D) Solicita uma tomografia computadorizada de pelve.

20. O abscesso que deve ser tratado preferencialmente em ambiente de bloco cirúrgico é o:

- (A) Isquiorretal superficial.
- (B) Perianal.
- (C) Interesfincteriano.
- (D) Sacrococcígeo.

21. A classificação de Parks para fístulas anais adota qual parâmetro anatômico:

- (A) Esfíncter anal externo.
- (B) Esfíncter anal interno.
- (C) Anel anorretal.
- (D) Linha imaginária transversal que divide o ânus em metades anterior e posterior.

22. Com relação à cirurgia de avanço endorretal de retalho para tratamento de fístula anal complexa, é CORRETO afirmar:

- (A) Uso de solução de adrenalina é contraindicada para evitar isquemia local.
- (B) Uso prévio de sedenho é contraindicação para cirurgia de retalho.
- (C) O retalho deve conter apenas as camadas mucosa e submucosa.
- (D) As bordas do orifício interno na camada muscular própria devem ser suturadas.

23. Sobre a técnica de ligadura do trajeto interesfincteriano de fístula anal (LIFT), é CORRETO afirmar:

- (A) Trata-se de técnica de escolha para fístulas supraesfincterianas.
- (B) A ligadura do trajeto deve ser feita com fio absorvível, antes da secção.
- (C) Utilização de seton antes do LIFT é obrigatório.
- (D) Os orifícios interno e externo devem ser fechados com sutura.

24. Com relação às fístulas retovaginais, é CORRETO afirmar:

- (A) Os retalhos mais comumente usados são os de abordagem endovaginal.
- (B) Reparo transperineal deve ser evitado em mulheres com lesão esfíncteriana.
- (C) O retalho de Martius utiliza o coxim adiposo labial da vagina e o músculo bulbo cavernoso.
- (D) Os retalhos com transposição de tecidos têm a menor taxa de sucesso entre os reparos transperineais.

25. Paciente, 28 anos, com Doença de Crohn há 6 anos (ileíte), fez uso de corticoides, Azatioprina e Infliximabe com remissão por alguns anos. Evoluiu com recorrência da inflamação e fístula ileossigmoideana, sem evidências de atividade da doença em outros segmentos. Foi indicado tratamento cirúrgico, com ressecção do segmento ileal acometido (aproximadamente 6 cm). A conduta CORRETA quanto ao cólon é:

- (A) Ressecção em bloco.
- (B) Colorrafia.
- (C) Ressecção segmentar.
- (D) Ressecção em cunha.

26. Com relação ao tratamento cirúrgico da doença pilonidal, é CORRETO afirmar:

- (A) O retalho de Karydakís (excisão do tecido afetado, retalho de pele chanfrado e fechamento primário lateral à linha média) tem mostrado resultado superior ao fechamento na linha média quanto à taxa de recorrência e às complicações pós-operatórias.
- (B) O retalho de Karydakís (excisão do tecido afetado, retalho de pele V-Y e fechamento primário na linha média) tem mostrado resultado superior ao fechamento lateral à linha média quanto à taxa de recorrência.
- (C) O retalho de Karydakís (excisão do tecido afetado, retalho de pele chanfrado e fechamento primário lateral à linha média) tem mostrado resultado inferior ao fechamento na linha média quanto à taxa de recorrência e às complicações pós-operatórias.
- (D) O retalho de Karydakís (excisão do tecido afetado, rotação medial de retalho de pele pediculado) tem mostrado resultado superior ao fechamento na linha média quanto à taxa de complicações pós-operatórias.

27. Com relação à hidradenite supurativa, é CORRETO afirmar:

- (A) São considerados fatores de risco para a doença: tabagismo, obesidade, gênero masculino, idade superior a 50 anos.
- (B) Existe uma ligação bem estabelecida entre hidradenite supurativa, acne, doença pilonidal e espondiloartropatia.
- (C) O tratamento cirúrgico é a única opção para os casos de envolvimento perineal, com remoção profunda dos tecidos afetados.
- (D) O uso de anti-integrinas e anti-interleucinas tem mostrado eficácia no tratamento conservador, embora ligeiramente inferior ao tratamento cirúrgico.

28. Com relação à incontinência fecal, é CORRETO afirmar:

- (A) A neuromodulação sacral tem se mostrado efetiva em pacientes com e sem lesão esfíncteriana.
- (B) A esfíncteroplastia de superposição é indicada em pacientes com quadro de degeneração muscular progressiva dos esfíncteres.
- (C) Os testes fisiológicos têm a capacidade de prever os resultados do tratamento da incontinência fecal.
- (D) A ultrassonografia tem capacidade de demonstrar danos dos nervos pudendos.

29. Paciente, sexo masculino, 40 anos, com antecedente de condiloma no canal anal tratado cirurgicamente vem para a consulta com alguns conceitos obtidos via internet.

- I. A anoscopia de alta resolução pode ser indicada para avaliar displasia anal de alto grau.
- II. A vacinação quadrivalente demonstrou reduzir as taxas de displasia anal de alto grau entre homens que fazem sexo com homens.
- III. Pacientes com condiloma no canal anal podem ter história de sexo anal receptivo, porém não necessariamente isso precisa ocorrer.
- IV. Mais de 40 tipos diferentes de papilomavírus humano podem causar infecção genital.
- V. A citologia anal pode ser um método de rastreamento realizado pelo próprio paciente, apesar de ser menos sensível do que aquela coletada pelo médico.

Assinale a alternativa que contém as informações CORRETAS:

- (A) Somente I, II e III estão corretas.
- (B) Somente I e V estão corretas.
- (C) Somente II, IV e V estão corretas.
- (D) Todas estão corretas.

- 30.** Com relação à Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA), é CORRETO afirmar:
- (A) Na NIA de baixo grau, as células imaturas displásicas apresentam uma elevada relação núcleo-citoplasma e acometem a metade inferior do epitélio.
 - (B) É uma condição displásica do epitélio colunar da mucosa anorretal, sendo considerada um estágio pré-maligno no câncer anal.
 - (C) A maioria dos pacientes com NIA não exibe nenhum sintoma bem definido.
 - (D) NIA de alto grau corresponde a NIA III ou carcinoma *in situ* e NIA de baixo grau corresponde a NIA I e II ou displasia anal.
-
- 31.** Sobre a afirmação “O diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA) é estabelecido pelo toque retal, anoscopia, retossigmoidoscopia e citologia anal”, é INCORRETO afirmar:
- (A) A anoscopia pode ser utilizada para a identificação de áreas macroscópicas de NIA.
 - (B) A sensibilidade do toque retal é alta para a identificação da NIA.
 - (C) A retrovisão do canal anal durante a retossigmoidoscopia flexível pode ser usada para identificar NIA, apesar da solicitação desse exame ser controversa para esse caso.
 - (D) Grande número de pacientes são diagnosticados com NIA devido à citologia anal.
-
- 32.** Qual tumor da região anorretal, cuja classificação T (do TNM), é baseada no tamanho?
- (A) Carcinoma espinocelular anal.
 - (B) Adenocarcinoma anal.
 - (C) Cordoma pré-sacral.
 - (D) Teratoma, neuroblastoma e sarcoma pré-sacral.
-
- 33.** Paciente, 67 anos, dá entrada no hospital com dor em flanco e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal e febre baixa. Leucometria global de 12.500 e PCR-t de 12 mg/dL. A tomografia mostra uma imagem de abscesso paracólico de cerca de 3 cm. O tratamento CORRETO requer, inicialmente:
- (A) Cirurgia eletiva 4 semanas após a resolução do quadro agudo.
 - (B) Internação para drenagem percutânea.
 - (C) Drenagem cirúrgica por videolaparoscopia.
 - (D) Internação hospitalar, repouso intestinal e antibioticoterapia venosa.
-
- 34.** A excisão local no tratamento do câncer anal está indicada:
- (A) Nos carcinomas espinocelulares pequenos (< 1 cm), que acometem superficialmente o esfíncter externo do ânus.
 - (B) Nos carcinomas espinocelulares pequenos (< 2,5 cm), que não acometem a musculatura do esfíncter do ânus.
 - (C) Em geral, no melanoma anal, por ser muito agressivo.
 - (D) No adenocarcinoma anal cujo tamanho seja < 1 cm.

35. A Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) muitas vezes constitui-se em um grande desafio tanto diagnóstico quanto terapêutico para o coloproctologista. Nesse contexto, é CORRETO afirmar:

- (A) As lesões malignas são causa comum de hemorragia grave, correspondendo a mais de 20% das internações por essa causa.
- (B) O paciente com hemorragia grave que cessou e estabilizou clinicamente deve ser submetido à angiografia para melhor avaliação do quadro.
- (C) As HDBs devidas à angiodisplasia geralmente são de episódio único e em pacientes de meia-idade.
- (D) O paciente instável com HDB não controlada e não localizada deve ser submetido à colectomia total.

36. Sobre os tumores pré-sacrais, é CORRETO afirmar:

- I. Tumores pré-sacrais são um grupo heterogêneo de tumores raros benignos e malignos, sólidos e císticos.
 - II. A ressonância magnética é essencial para a caracterização do tumor e para o planejamento cirúrgico.
 - III. É uma região onde vários tipos de linhas celulares embrionárias distintas convergem na linha pectínea, local de fusão entre o endoderma e o mesoderma.
 - IV. 2/3 são lesões congênitas.
 - V. 10% das lesões ósseas têm alto potencial de agressividade.
- (A) I, III e V.
 - (B) I, II e IV.
 - (C) III, IV e V.
 - (D) Todas.

37. A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) pode ser diagnosticada por avaliação clínica ou por teste genético. Constituem indicações para encaminhamento a aconselhamento genético:

- (A) História familiar de mais de 10 adenomas, história familiar de PAF e exostose óssea.
- (B) Mutação no gene APC, história pessoal de câncer de mama e detecção de tumores desmoides.
- (C) Manifestação extracolônica de PAF, história pessoal de adenomas e história familiar de PAF.
- (D) Mais de 100 adenomas achados na colonoscopia, história de polipose adenomatosa na família e mutação do gene MLH1.

38. A Polipose Adenomatosa Familiar carrega um significativo risco de manifestações extracolônicas. Exames de rastreamento extracolônico são necessários nesses pacientes e incluem:

- (A) Rastreamento endoscópico gastrointestinal alto, iniciando-se dos 20 aos 25 anos.
- (B) Tomografia computadorizada do abdome para rastreamento de tumor desmoide a cada 5 anos.
- (C) Ultrassonografia da tireoide anualmente.
- (D) Radiografia panorâmica de mandíbula a cada 3 anos.

39. O diagnóstico genético da Síndrome de Lynch determina uma elevada incidência de câncer colorretal. Com relação a essa síndrome, é CORRETO afirmar:

- (A) Responde por 3 a 5% dos cânceres colorretais diagnosticados antes dos 50 anos.
- (B) As mutações observadas, com maior frequência, localizam-se no gene MSH6.
- (C) Decorre de uma mutação somática em genes de reparo de DNA como primeiro evento.
- (D) Obedece a um padrão de herança autossômica dominante.

40. Sobre a pesquisa de sangue oculto nas fezes, é INCORRETO afirmar:

- (A) Vários estudos randomizados e controlados demonstraram um benefício da pesquisa de sangue oculto nas fezes na redução da mortalidade por câncer colorretal, atingindo a ordem de cerca de 15%.
- (B) Pesquisa de sangue oculto nas fezes baseado no teste guaiaco depende de ajustes dietéticos rigorosos antes de coletar as amostras de fezes. Esse teste requer pelo menos 2 ml de perda de sangue por dia para o resultado positivo.
- (C) A pesquisa de sangue oculto nas fezes por anticorpos para globina tem maior sensibilidade na detecção de adenomas colorretais.
- (D) A pesquisa de sangue oculto nas fezes por anticorpos para globina tem maior sensibilidade e especificidade do que o teste com guaiaco, além de que os pacientes não precisam seguir dieta antes da coleta fecal.

41. O rastreamento do câncer colorretal, se realizado de forma adequada, pode reduzir as taxas de mortalidade pela doença. Para indivíduos de risco médio, é CORRETO solicitar:

- (A) Colonografia por TC (colonoscopia virtual) a cada 5 anos.
- (B) Colonoscopia a cada 5 anos.
- (C) Sangue oculto nas fezes a cada 2 anos.
- (D) Enema de bário com duplo contraste a cada 3 anos.

42. Com relação aos adenomas colônicos, é CORRETO afirmar:

- (A) Os adenomas tubulares têm chance de abrigar um câncer < 5%.
- (B) Os adenomas tubulovilosos têm 15 a 20% de chance de abrigar um câncer.
- (C) Os adenomas vilosos têm 45 a 50% de chance de abrigar um câncer.
- (D) Com o acréscimo da colonoscopia de alta definição, a taxa de prevalência dos adenomas chega até 40%.

43. Muitas vezes nos deparamos com a dificuldade de localização de tumores de cólon no pré-operatório. Com alusão a essa situação, é CORRETO afirmar:

- (A) A avaliação total do cólon deve ser feita para afastar lesões sincrônicas, que podem estar presentes em outros segmentos colônicos. Geralmente em 10 a 15% dos casos.
- (B) Tatuagem adjacente à lesão deve ser feita proximal ao tumor, em múltiplos quadrantes, no caso de lesões suspeitas de malignidade, para ajudar na localização intraoperatória.
- (C) Para lesões do lado esquerdo, portanto em cólon distal, não há indicação de repetição do exame, pois o erro na localização e as medidas aferidas raramente estão erradas.
- (D) Caso o câncer tenha sido detectado em um pólip, a repetição da colonoscopia com tatuagem da cicatriz da polipectomia deve ser feita rapidamente, de preferência pelo mesmo colonoscopista.

44. Com relação aos exames radiológicos pré-operatórios no câncer de cólon, é CORRETO afirmar:

- (A) A tomografia computadorizada de tórax é mandatória para todos os casos.
- (B) A tomografia computadorizada por emissão de prótons deve ser realizada de rotina quando houver metástase hepática e nos tumores mucinosos.
- (C) A ressonância magnética com contraste está indicada para avaliar lesões hepáticas suspeitas, não esclarecidas adequadamente à tomografia computadorizada.
- (D) A tomografia computadorizada tem sensibilidade para detecção de metástases à distância de 60 a 70%, além de realizar um bom mapeamento nodal.

45. Se o resultado do exame histopatológico da peça cirúrgica de um paciente com câncer de cólon na sua conclusão relata se tratar de um pT2 N1c M1a, segundo a American Joint Committee on Cancer na sua oitava edição, é CORRETO afirmar:

- (A) É um tumor que invade a muscular própria intestinal, com linfonodos negativos para malignidade, depósitos tumorais na subserosa e metástases limitadas a um só órgão, sem metástase peritoneal.
- (B) É um tumor que invade a muscular própria intestinal, com metástases em 2 a 3 linfonodos regionais e metástases limitadas a um só órgão, sem metástase peritoneal.
- (C) É um tumor que invade a submucosa intestinal por meio da muscular da mucosa, porém não atingindo a muscular própria intestinal, com linfonodos negativos para malignidade, depósitos tumorais na subserosa e metástases em 2 ou mais órgãos, sem metástase peritoneal.
- (D) É um tumor que invade a submucosa intestinal por meio da muscular da mucosa, porém não atingindo a muscular própria intestinal, com metástases em 2 a 3 linfonodos regionais e metástases limitadas a um só órgão, sem metástase peritoneal.

46. Com relação à avaliação clínica pré-operatória dos pacientes com câncer de cólon, é CORRETO afirmar:

- (A) O sistema mais utilizado é o American Society of Anesthesiologists (ASA), que fornece avaliação de complicações relacionadas à anestesia e às ressecções colorretais a serem realizadas em um determinado paciente.
- (B) O Physiologic and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) fornece cálculos do risco infeccioso em determinadas operações oncológicas.
- (C) A American Society of Colon and Rectal Surgeons desenvolveu um sistema para previsão de fístulas anastomóticas e suas consequências clínicas, o Anastomotic Fistula Prediction System (AFPS), que antevê a probabilidade de complicações em anastomoses colorretais.
- (D) O American College of Surgeons (ACS) desenvolveu uma calculadora de risco cirúrgico, baseada em dados do National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP). Porém, ele subestima o risco de ressecções colorretais.

47. Nas colectomias direitas, as anastomoses íleo-cólicas podem ser realizadas de diversas maneiras. Nesse contexto, é CORRETO afirmar:

- (A) Podem ser realizadas manualmente de forma término (íleo) lateral (cólon), latero-lateral ou latero (íleo) terminal (cólon).
- (B) As anastomoses grampeadas comumente são latero-laterais e na superfície antimesentérica.
- (C) Anastomose término (íleo) lateral (cólon) grampeada também é factível, usando um grampeador circular para anastomose. A extremidade do grampeador deve ser posicionada próxima à margem distal do cólon seccionado (cerca de 1,5 cm) para uma melhor avaliação após o disparo do grampeador.
- (D) Se a intenção é confeccionar uma anastomose término-terminal, pode-se biselar a borda distal do cólon a fim de torná-la mais calibrosa para equilibrar as margens anastomóticas.

48. Paciente, 59 anos, apresenta-se no setor de emergência com quadro de distensão abdominal importante e diminuição da eliminação de gases e fezes há 48 horas. Nas últimas 6 horas, veio apresentando quadro de dor abdominal em cólica. O exame de tomografia computadorizada mostra lesão expansiva em topografia de cólon sigmoide com distensão moderada do cólon proximal à lesão descrita, além de bolhas gasosas ao redor da lesão, com importante reação tecidual e bloqueio gorduroso local. O paciente se encontra estável com sinais vitais normais, afebril, apenas ligeiramente taquicárdico. A conduta mais adequada dentre as expostas é:

- (A) Abordagem cirúrgica imediata laparoscópica com dissecação linfonodal à D3, com anastomose realizada pela técnica de duplo grampeamento.
- (B) Abordagem imediata com colectomia subtotal, fechamento do reto alto com grampeamento linear e ileostomia terminal.
- (C) Tratamento clínico inicial. Considerar quimioterapia neoadjuvante pela probabilidade de perfuração e disseminação tumoral na cavidade peritoneal.
- (D) Colocação de *stent* metálico autoexpansível e abordagem em 3 semanas após esse procedimento.

49. Paciente, sexo masculino, 63 anos, apresenta quadro de sangramento transanal. Após um exame proctológico cuidadoso, é verificada uma lesão ulcerada de 3,5 cm de diâmetro, parcialmente móvel, localizada à 5 cm do anel anorretal. Foi realizada uma biópsia que verificou tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Com relação ao estadiamento, é CORRETO afirmar:

- (A) A tomografia por emissão de prótons combinada à tomografia computadorizada (PET-TC) deve ser solicitada quando a tomografia tem achados ambíguos.
- (B) A ultrassonografia endorretal é mais eficaz e específica na avaliação de tumores T2 ou T3.
- (C) A tomografia computadorizada é o método de eleição para estudo de metástases linfonodais no mesorreto.
- (D) A ressonância magnética não se presta a avaliar o comprometimento da fásia mesorretal.

50. A terapia neoadjuvante no câncer de reto está indicada nos estágios clínicos:

- (A) III e IV.
- (B) I e II.
- (C) II e IV.
- (D) II e III.

51. São fatores histológicos preditivos de metástase linfonodal:

- (A) Localização do tumor, surgimento em adenoma e densidade nuclear.
- (B) Posição do tumor, comprometimento submucoso e índice mitótico.
- (C) Profundidade do tumor, invasão linfovascular e pouca diferenciação tumoral.
- (D) Presença de mucina, acentuada diferenciação tumoral e invasão linfática.

52. Paciente, 49 anos, em bom estado geral, apresentou quadro de sangramento transanal. O exame proctológico revelou uma lesão elevada e levemente ulcerada à 9 cm da margem anal. A ultrassonografia endorretal mostra invasão até a camada superficial da submucosa. A ressonância não verificou linfonodos mesorretais e determina um T1 de reto. Tomografia abdominal e torácica sem evidência de lesão à distância e o CEA era de 3,4. Optou-se pela excisão local transanal minimamente invasiva. Cirurgia correu bem. A histopatologia demonstrou que havia comprometimento da camada muscular própria. A conduta mais aceita como CORRETA é:

- (A) Ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto.
- (B) Radioterapia com dose de 5,0 Gy em 25 frações.
- (C) Quimioterapia exclusiva com esquema de Oxaliplatina.
- (D) Quimiorradioterapia seguida de excisão ampla da cicatriz anterior.

53. É sabido que determinados pacientes portadores de câncer do reto submetidos a tratamento envolvendo quimio e radioterapia neoadjuvante apresentam resposta clínica completa. Isto é, não se detecta mais tumor viável certo tempo depois de concluída essa modalidade de tratamento. Acerca desses pacientes, é CORRETO afirmar:

- (A) A resposta completa não tem significado prognóstico definido.
- (B) 10 a 20% dos pacientes com câncer do reto tratados com quimiorradiação apresentam resposta patológica completa.
- (C) A avaliação clínica associada à avaliação radiológica da resposta à terapia neoadjuvante são suficientemente fidedignas e asseguram a acurácia diagnóstica, que garante o sucesso da conduta conservadora “esperar e observar” (*watch and wait*).
- (D) Cerca de 1 em cada 6 pacientes que exibem uma resposta clínica completa irá desenvolver recidiva tumoral.

54. Com relação à avaliação de resposta clínica completa após abordagem com quimiorradiação neoadjuvante, é CORRETO afirmar:

- (A) Os achados endoscópicos que são observados na resposta clínica completa contemplam: mucosa lisa e regular, telangiectasias, branqueamento e estenose local.
- (B) A biópsia endoscópica é capaz de fornecer essa pesquisa, de forma fidedigna, até o nível da camada externa do esfíncter anal externo.
- (C) A excisão de todas as camadas da parede retal é a melhor forma de avaliação e não está associada à toxicidade ou a complicações do fechamento da ferida.
- (D) A ressonância magnética tem sido a modalidade mais útil para a opção por conduta expectante no tratamento do câncer do reto após neoadjuvância.

55. Durante a excisão total do mesorreto no tratamento do câncer retal, há risco de lesão do plexo simpático ao se realizar a ligadura da artéria mesentérica inferior. Essa lesão poderia acarretar:

- (A) Redução da lubrificação vaginal e retenção urinária.
- (B) Retenção urinária e impotência.
- (C) Incontinência urinária e ejaculação retrógrada.
- (D) Descenso perineal e redução da lubrificação vaginal.

56. Para um câncer de reto superior, a melhor alternativa de tratamento cirúrgico é:

- (A) Deve-se ressecar o reto abaixo do nível do promontório e o mesorreto até o plano da musculatura elevadora.
- (B) Deve-se respeitar a margem inferior de pelo menos 2 cm tanto para o reto quanto para o mesorreto.
- (C) Deve-se respeitar a margem inferior de pelo menos 5 cm tanto para o reto quanto para o mesorreto.
- (D) Deve-se ressecar o mesorreto por pelo menos 4 a 5 cm abaixo da borda inferior do tumor.

57. No tratamento do câncer de reto, ao se identificar doença avançada, deve-se adaptar a técnica cirúrgica para um melhor resultado oncológico. Quanto ao tratamento, é CORRETO afirmar:

- (A) Como há invasão de linfonodos na parede lateral da pelve em 70% a 80% dos tumores T3/T4, recomenda-se o esvaziamento sistemático nesses casos.
- (B) Deve-se remover ambas as vesículas seminais em bloco juntamente com o reto quando estas estiverem comprometidas por invasão direta, com preservação vesical e prostática, o que pode ser mais desafiador que uma exenteração pélvica.
- (C) Havendo comprometimento da parede posterior da vagina nos tumores de reto médio, recomenda-se a amputação abdominoperineal do reto e a remoção em bloco da parede posterior da vagina.
- (D) Quando o tumor retal invade a parede uterina, recomenda-se a remoção em bloco, incluindo a remoção das tubas e dos ovários.

58. A respeito de pacientes com neoplasia de reto obstrutiva, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Pacientes com expectativa de vida limitada devem ser, preferencialmente, submetidos à colocação de prótese endoscópica quando disponível, mesmo em tumores distais que acometam o esfíncter anal.
- (B) Pacientes com tumores distais obstrutivos acometendo o esfíncter que tem proposta de amputação do reto com intenção curativa preferencialmente devem ser submetidos à colostomia em alça.
- (C) Em pacientes com obstrução completa, suspeita de sofrimento de alça e proposta de tratamento cirúrgico com intenção curativa, a escolha por uma colostomia em alça deve levar em consideração a possibilidade de obstrução em alça fechada.
- (D) A utilização de prótese endoscópica em pacientes com intenção curativa pode ser indicada, embora devam ser ponderados os riscos de perfuração e migração relacionados ao *stent*.

59. Com relação ao tratamento cirúrgico de pacientes com neoplasia colorretal e metástases hepáticas sincrônicas, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) As abordagens cirúrgicas hepática e colorretal simultâneas devem ser consideradas em centros com grande *expertise*, pacientes com poucas comorbidades e doença hepática ressecável com volume residual hepático considerável.
- (B) A presença de doença metastática extra-hepática geralmente é uma contraindicação para a ressecção cirúrgica com intenção curativa, porém em situações selecionadas uma ressecção pulmonar pode ser indicada após ressecção do tumor primário e das metástases hepáticas.
- (C) A abordagem cirúrgica hepática precedendo a ressecção colorretal, estratégia *liver-first*, deve ser considerada em casos de doença hepática volumosa para evitar complicações relacionadas à quimioterapia citotóxica, mesmo que o tumor primário seja sintomático.
- (D) Pacientes com neoplasia de reto localmente avançada e metástases hepáticas ressecáveis sem doença extra-hepática podem ser submetidos a tratamento com quimioterapia citotóxica para tratamento tanto do tumor primário quanto do secundário.

60. A quimioterapia adjuvante está indicada em determinados casos de câncer de cólon. Nesse contexto, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Os esquemas de quimioterapia adjuvante contendo Oxaliplatina têm aumento de sobrevida em 5 anos em câncer de cólon estágio III, de cerca de 20 a 25%, quando comparados aos que não recebem quimioterapia.
- (B) Pacientes com câncer de cólon estágio III tratados apenas por cirurgia têm sobrevida em 5 anos de cerca de 40 a 60%.
- (C) A quimioterapia adjuvante nos casos de câncer de cólon estágio II não demonstrou impacto na sobrevida, embora possa ser utilizada em tumores com características oncológicas desfavoráveis.
- (D) A sobrevida em 5 anos de paciente em estágio III melhora de 50 a 60% com uso de quimioterapia adjuvante.

61. Sobre o tratamento e o seguimento do câncer colorretal, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) O tratamento das metástases hepáticas ou da recorrência locorregional com intenção curativa tem maiores chances de sucesso quando a recorrência é detectada em pacientes assintomáticos.
- (B) A Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) é cada vez mais usada no seguimento oncológico e, apesar das robustas evidências científicas em seu favor, ainda não é usada na rotina devido ao seu alto custo.
- (C) Pacientes com idade avançada ou com estado clínico que não permita tratamento de resgate oncológico não têm indicação de vigilância ativa pós-tratamento.
- (D) O antígeno carcinoembrionário (CEA) e a tomografia computadorizada de abdome, tórax e pelve estão associados a um aumento de detecção de recorrência em pacientes assintomáticos após a ressecção com intenção curativa.

62. O diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais muitas vezes é desafiador e algumas características macroscópicas podem auxiliar no diagnóstico. Nesse contexto, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Os pseudopólipos são mais comuns na Doença de Crohn.
- (B) O íleo é mais frequentemente acometido na Doença de Crohn.
- (C) As úlceras na retocolite ulcerativa são mais superficiais.
- (D) As fissuras profundas estão presentes na Doença de Crohn e na colite fulminante.

63. Paciente, sexo feminino, 35 anos, portadora de Retocolite Ulcerativa (RCU), apresenta, nos últimos 3 dias, 10 evacuações mucossanguinolentas por dia associadas a febre (38°C) e FC = 100 bpm. Sobre a abordagem terapêutica, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Deve ser mantida dieta oral na maioria dos pacientes, entretanto, o repouso intestinal deve ser instituído se as evacuações forem excessivas.
- (B) A paciente deve ser hospitalizada e receber um ciclo de corticosteroides intravenosos.
- (C) Apenas 20 a 40% dos pacientes com RCU grave melhoram com corticoterapia venosa.
- (D) A profilaxia tromboembólica deve ser administrada rotineiramente.

64. Acerca do tratamento do prolapso de todas as camadas da parede do reto, é **CORRETO** afirmar:

- (A) A dissecação da mucosa, seguida de plicatura da parede do reto, é considerada quando se tem segmentos longos de prolapso e de espessura total da parede, em pacientes de alto risco cirúrgico.
- (B) No caso do prolapso ocorrer em paciente idoso, deve-se realizar um procedimento de abordagem perineal, pois o procedimento por abordagem abdominal e pélvica, por laparoscopia ou robótica, está contraindicado.
- (C) A ressecção do cólon sigmoide com retopexia pode reduzir a constipação nos pacientes com essa apresentação clínica e concomitantemente pode melhorar o quadro de incontinência fecal, quando presente.
- (D) A sutura de uma tela na face anterior do reto, iniciando no assoalho pélvico e se estendendo por cerca de 5 cm cranialmente, em seguida fixando-a ao sacro, é chamada "retopexia ventral", sendo atualmente considerada o "padrão ouro" na Europa.

65. Assinale a opção **CORRETA**:

- (A) Sementes e grãos são proibidos para pacientes com diverticulose colônica.
- (B) Existe uma associação inversa entre ingestão de fibra e doença diverticular.
- (C) Idade não tem associação com o risco de desenvolvimento de diverticulose colônica.
- (D) Obesidade está associada com o risco de aumento de desenvolvimento de diverticulite aguda em homens acima dos 60 anos.

66. Paciente, sexo masculino, 70 anos, busca atendimento na emergência de um hospital em razão de quadro agudo de dor abdominal acompanhada da eliminação de sangue pelo ânus. Nesse contexto, é **CORRETO** afirmar:

- (A) Presença de pneumatose intestinal na tomografia computadorizada não é patognomônica de necrose intestinal transmural.
- (B) Leucocitose e acidose confirmam a hipótese diagnóstica de colite isquêmica.
- (C) O paciente em questão tem contraindicação à realização de colonoscopia.
- (D) O diagnóstico da colite isquêmica pode ser feito com maior acuidade por arteriografia.

67. Estima-se que cerca de 25% das mulheres nos Estados Unidos terão um distúrbio do assoalho pélvico durante a vida. Um dos distúrbios mais frequentemente observados é chamado de “evacuação obstruída”. Com relação ao diagnóstico etiológico e à propeidética desse distúrbio, é CORRETO afirmar:

- (A) Na manometria anorretal, a pressão na Zona de Alta Pressão (ZAP) está diminuída em relação aos pacientes sem distúrbios.
- (B) A cindefecografia ou videodefecografia sempre demonstra um aumento acentuado do ângulo anorretal durante o esforço evacuatório nesses pacientes.
- (C) Chama-se “contração paradoxal” a contração inapropriada do elevador do ânus durante o início da evacuação, criando uma angulação entre o reto e o canal anal, dificultando o esvaziamento retal.
- (D) A colonoscopia não tem lugar na propeidética da evacuação obstruída, uma vez que não se configura em exame para função intestinal.

68. Com relação à Doença de Crohn (DC) perianal, é CORRETO afirmar:

- (A) Os esteroides são indicados na DC perianal fistulizante como medida inicial pela sua rápida resposta, mas devem ser posteriormente substituídos pela associação de biológicos e imunossupressores.
- (B) Estima-se que o envolvimento anorretal da DC ocorre em 10% a 15% dos casos, sendo os plicomas, os abscessos, as fissuras, as fístulas e as estenoses as manifestações mais comuns.
- (C) Diferentemente da fissura anal clássica, na DC não se recomenda a utilização de nitroglicerina tópica, bloqueadores de canal de cálcio e injeção de toxina botulínica, pelo risco de incontinência fecal.
- (D) As neoplasias malignas, como os adenocarcinomas e os carcinomas escamosos, ocorrem com uma frequência maior em indivíduos com DC do que na população geral.

69. Com relação ao tratamento cirúrgico na Retocolite Ulcerativa (RCU), é CORRETO afirmar:

- (A) Câncer retal tratado com quimiorradiação neoadjuvante é contraindicação absoluta para realização de IPAA pela alta taxa de fístula anastomótica.
- (B) A proctocolectomia total com confecção de reservatório ileal e anastomose reservatório-anal (IPAA) pode ser oferecida com segurança para pacientes mais idosos com RCU que estejam fortemente motivados e que possuam função de defecação normal.
- (C) Não há problema em se realizar radiação pós-operatória na pelve de pacientes submetidos previamente à IPAA no que se refere à função esfinteriana e à manutenção do reservatório.
- (D) Aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com RCU diagnosticada são submetidos à cirurgia durante suas vidas, com cerca de 25% necessitando de cirurgia no primeiro ano de doença.

70. A ética no ensino médico tem sido negligenciada na maioria das escolas de Medicina. No entanto, estudiosos do tema vêm se preocupando em desenvolver conceitos para nortear a boa prática médica. Para tal, de uma forma didática, desenvolveu-se a abordagem dos quatro princípios. O princípio que NÃO pertence a essa abordagem é:

- (A) Colaboração.
- (B) Respeito pela autonomia.
- (C) Não maleficência.
- (D) Justiça.