

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

- Verifique se este caderno de prova 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 certa.
- Essa resposta deve ser marcada no Cartão de Respostas que você recebeu.
- Assine e identifique corretamente o Cartão de Respostas.

VOCÊ DEVE

- Procurar, no CARTÃO DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra no CARTÃO DE RESPOSTAS preenchendo todo o quadrinho correspondente.

Exemplo: A B C D

ATENÇÃO

- Marque as respostas com caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
- Marque 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 e preencher o Cartão de Respostas.
- Devolva este caderno de prova ao aplicador, juntamente com seu Cartão de Respostas.

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



BOA SORTE!

**CADERNO
VERSÃO**

A

01. Paciente, sexo feminino, 52 anos, com queixas de dificuldade para evacuar de longa data. Refere evacuações a cada 4 dias com esforço, fezes em cíbalos, sensação de evacuação incompleta e necessidade de manobras digitais ocasionalmente. História pregressa de 2 partos vaginais e 1 cesariano. Colonoscopia realizada aos 49 anos sem anormalidades. Diante do exposto, quanto à abordagem terapêutica, é CORRETO afirmar:

- (A) O tempo de trânsito colônico se faz importante no mapeamento da motilidade intestinal do cólon. Geralmente se considera normal a eliminação de 55% dos marcadores contados na radiografia do 5º dia após a ingestão da cápsula com marcadores.
- (B) A eletromanometria anorretal é um exame de fisiologia que não faz parte do arsenal terapêutico na avaliação desse caso.
- (C) A defecografia é o exame de diagnóstico mais utilizado na avaliação da evacuação obstruída, sendo sua principal limitação a radiação à qual o paciente se expõe.
- (D) Cerca de 70% das pacientes com anorretocele apresentam dificuldade para evacuar e o tratamento cirúrgico está indicado quando diagnosticado.

02. No diagnóstico da defecação obstruída:

- (A) O teste de expulsão do balão não é mais usado.
- (B) O estudo do trânsito colônico (Sitzmark) é útil para diferenciar os tipos de constipação.
- (C) A manometria anorretal contribui apenas para a determinação do reflexo inibitório retoanal.
- (D) A defecorressonância não possibilita a avaliação de todas as alterações possíveis de diagnóstico pela cinedefecografia.

03. Sobre as alterações funcionais na constipação intestinal:

- (A) Mais da metade dos pacientes avaliados para constipação têm alterações funcionais.
- (B) Não é comum a associação entre alterações funcionais distintas.
- (C) A história clínica pregressa é pouco útil.
- (D) A Síndrome do Cólon Irritável cursa predominantemente com dor abdominal e diarreia.

04. Paciente, sexo masculino, 56 anos, queixa-se de dificuldade extrema de evacuação. Após avaliação clínica, foi indicada manometria anorretal para excluir megacólon congênito. Nesses casos, a importância da manometria anorretal é:

- (A) Detecção de anismo.
- (B) Demonstração de ondas curtas.
- (C) Demonstração da presença do reflexo inibitório retoanal.
- (D) Demonstração da ausência do reflexo inibitório retoanal.

05. Paciente com lesão pré-sacral realiza investigação com colonoscopia que mostra abaulamento em parede posterior de reto médio, sem alterações da mucosa, e a ressonância magnética com gadolínio demonstra lesão retrorretal, sólida, medindo 8cm no maior diâmetro, com bordos bem delimitados, localizada no nível de S3, estruturas vasculares e parede retal sem sinais de invasão. Considerando esse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) Biópsia pré-operatória da lesão.
- (B) Tratamento cirúrgico por via abdominal.
- (C) Tratamento cirúrgico por acesso posterior.
- (D) Radioterapia para *downstaging* e cirurgia.

06. O tumor maligno mais comum do espaço pré-sacral é:

- (A) Schwannoma.
- (B) Sarcoma osteogênico.
- (C) Cordoma.
- (D) Lipossarcoma.

07. No tocante aos tumores retrorretais, é CORRETO afirmar:

- (A) São geralmente diagnosticados, pois formam fístulas para o reto.
- (B) A natureza do tumor é o principal fator determinante na escolha da via de acesso.
- (C) O acesso de Kraske deve ser proscrito, pois está associado a altos índices de incontinência fecal.
- (D) Biópsias pré-operatórias podem levar à disseminação em caso de tumores.

08. Considerando a endometriose, é CORRETO afirmar:

- (A) O segmento intestinal mais acometido é o íleo distal.
- (B) A endometriose profunda se caracteriza pela infiltração da lesão peritoneal além de 5mm.
- (C) A dor pélvica não está relacionada à infiltração da lesão endometriótica.
- (D) A queixa de hematoquezia é comum quando existe acometimento intestinal.

09. Mulher, 30 anos, nulípara, com queixas de infertilidade, dispareunia e dismenorreia, foi submetida a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, que evidenciou: nódulo hipoeoico, único, infiltrando até a camada submucosa, medindo +/- 1,5 x 1,0cm, comprometendo 15% da circunferência intestinal e localizado a +/- 12cm da linha pectínea. Ele deverá ser abordado preferentemente pela seguinte técnica:

- (A) Ressecção discoide com grampeador por videolaparoscopia.
- (B) Ressecção segmentar com anastomose primária por videolaparoscopia.
- (C) *Shaving* por videolaparoscopia.
- (D) Ressecção segmentar com anastomose primária protegida por ileostomia em alça por videolaparoscopia.

10. O seguimento de um indivíduo pós-polipectomia depende de vários fatores. Dentre as alternativas abaixo, a CORRETA é:

- (A) Em pacientes com pequenos pólipos hiperplásicos, o seguimento deve ser realizado com colonoscopia após 10 anos, assim como na Síndrome da Polipose Hiperplásica, na qual a incidência de adenocarcinoma é baixa.
- (B) Em resultado de colonoscopia com 1 a 2 pequenos pólipos adenomatosos menores de 1cm, com displasia de baixo grau, a colonoscopia de controle pode ser realizada em 5 a 10 anos, independentemente de outros fatores de risco, como história familiar de câncer do intestino.
- (C) Na colonoscopia, quando forem encontrados 3 a 10 pólipos adenomatosos ou pólipos maiores que 1cm ou com componente viloso ou displasia de alto grau, o seguimento deve ser antecipado para 3 anos.
- (D) Os pólipos adenomatosos serrilhados não têm potencial de malignidade.

11. O risco para desenvolver câncer colorretal pode ser considerado:

- (A) Risco baixo na Síndrome de Peutz-Jeghers, na Síndrome de Polipose Juvenil e na Polipose Adenomatosa Familiar.
- (B) Risco moderado na presença de 1 ou mais adenomas maiores que 1cm na colonoscopia.
- (C) Risco moderado em pessoas com algum familiar de primeiro grau que teve neoplasia colorretal antes dos 45 anos ou mais de um familiar de primeiro grau que teve essa neoplasia em qualquer idade.
- (D) Risco alto em pacientes com Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn de longa duração.

12. São alterações anatomofuncionais observadas após a cirurgia de Duhamel em pacientes portadores de megacólon chagásico que explicam a melhora clínica no pós-operatório:

- (A) Diminuição das pressões de repouso e de contração voluntária do canal anal, assim como da capacidade retal.
- (B) Horizontalização do eixo da ampola retal, deixando o ângulo anorretal mais agudo.
- (C) Presença comum de fibrose ou de lesões (mais comumente parciais) do esfíncter externo na hemicircunferência anterior do canal anal.
- (D) Restauração do reflexo inibitório retoanal.

13. Os exames mais elucidativos e solicitados na investigação da incontinência fecal, com o objetivo de proporcionar uma maior relevância anatomofuncional do canal anal, são:

- (A) Defecografia e eletromiografia.
- (B) Eletromanometria anorretal e ultrassonografia anorretal.
- (C) Teste de latência do nervo pudendo e ressonância magnética nuclear.
- (D) Colonoscopia e eletromanometria anorretal.

14. Quanto à manometria e fisiologia anorretais, é CORRETO afirmar:

- (A) A pressão basal no reto é alta, cerca de 20mmHg, não tendo sido demonstradas ocasionalmente pressões maiores que 50mmHg.
- (B) A pressão no canal anal é em torno de 2 a 4 vezes maior que a pressão no reto.
- (C) A ausência do Reflexo Inibitório Retoanal (RIRA) no canal anal superior não interfere na distinção de *flatus* de fezes e fezes líquidas de fezes mais consistentes.
- (D) O reto não tem receptores para propriocepção. A sensação consciente da necessidade de defecar está nos elevadores e canal anal, consequentemente, essa sensação está preservada nos pacientes submetidos à proctectomia e anastomose anal.

15. A avaliação pós-neoadjuvância de pacientes portadores de adenocarcinoma de reto ainda é um desafio importante. O ideal seria termos a certeza de resposta patológica completa para, com máxima convicção, recomendarmos a adoção da tática de *Watch and Wait*. Apesar de não termos ainda essa possibilidade, uma avaliação clínica detalhada, por meio do toque retal, associada à avaliação endoscópica e aos exames de imagem, nos dá uma ideia muito próxima de que possa ter ocorrido uma resposta completa após as sessões de quimio e radioterapia. O PET-CT tem, nesse cenário, papel relevante:

- (A) Por poder promover uma mudança do tratamento inicialmente proposto em até 27% dos casos, pelo modo do campo de irradiação, abortagem de cirurgias ou pela mudança na extensão da ressecção cirúrgica, em particular para lesões do terço inferior do reto.
- (B) Por melhorar a acurácia, sensibilidade e especificidade de doença metastática do fígado e pulmão em pacientes com lesões precoces (T1-T2).
- (C) Entretanto, a determinação da intensidade da resposta metabólica da lesão neoplásica pré-RT/QT não tem valor prognóstico para o paciente.
- (D) Principalmente quando realizado após 8 semanas de neoadjuvância, sendo este um exame mais efetivo para a avaliação do *status* linfonodal.

16. Diante do diagnóstico de um tumor anal, é obrigatório realizar o estadiamento para definição do tratamento. É CORRETO afirmar:

- (A) A tomografia computadorizada de pelve equivale à ressonância magnética e ambas podem ser utilizadas no estadiamento locorregional.
- (B) A ressonância magnética de pelve mostra localização, tamanho, extensão circunferencial e craniocaudal do tumor primário e envolvimento de estruturas adjacentes, incluindo o aparelho esfinteriano.
- (C) O ultrassom endoanal é inferior à ressonância magnética em tumores superficiais pequenos.
- (D) O PET-CT não tem indicação no cenário pré-tratamento, não acrescentando informações que alterem a conduta. Pode ser utilizado no pós-tratamento, se houver dúvidas quanto à resposta.

17. Com relação às indicações para ressonância magnética de pelve, é CORRETO afirmar:

- (A) É um exame fundamental em pacientes com abscesso/fístula perianal.
- (B) A ressonância magnética tem maior acurácia para detecção de metástases hepáticas no câncer de cólon e deve ser usada de rotina para estadiamento dessas lesões.
- (C) A ressonância magnética com gadolínio é o exame de imagem de escolha no diagnóstico de tumores retrorretais.
- (D) No estadiamento do tumor de reto, a ressonância magnética tem sensibilidade e especificidade melhores que o ultrassom endoanal na detecção de linfonodos mesorretais menores que 10mm.

18. É CORRETO afirmar:

- (A) Pacientes portadores de hipertensão portal apresentam maior pressão venosa retal e, conseqüentemente, maior incidência de doença hemorroidária que a população geral.
- (B) A teoria do deslizamento para explicar a gênese da doença hemorroidária postula que sua causa seria a presença excessiva ou inapropriada de estiramento da musculatura de Treitz.
- (C) A sensibilidade à distensão por balão geralmente está aumentada nos pacientes portadores de doença hemorroidária.
- (D) Os estudos manométricos revelam menor pressão de repouso nos pacientes com doença hemorroidária que nos pacientes-controle.

19. A abordagem terapêutica da doença hemorroidária inclui medidas clínicas conservadoras, intervencionistas ou cirúrgicas. Sobre essas medidas, é CORRETO afirmar:

- (A) A escleroterapia dos mamilos hemorroidários deve ser um método evitado em pacientes sob anticoagulação.
- (B) A macroligadura elástica das hemorroidas se diferencia da ligadura elástica convencional, apenas pela apreensão técnica de mais volume de tecido, promovendo melhor fibrose e fixação do estroma elástico e do tecido colágeno.
- (C) As hemorroidas múltiplas podem ser ligadas em uma única sessão de ligadura elástica, sem aumento da morbidade, em comparação com a ligadura elástica isolada de um mamilo.
- (D) Em nosso meio, o método de tratamento intervencionista não cirúrgico mais utilizado é a ligadura elástica, seguido da escleroterapia e, em terceiro lugar, da fotocoagulação.

20. Sobre a condução cirúrgica e os cuidados do per-operatório na doença hemorroidária, é CORRETO afirmar:

- (A) As hemorroidectomias realizadas utilizando novas fontes de energia, como Ligasure e bisturi harmônico, resultam em menos dor no pós-operatório precoce.
- (B) A antibioticoterapia profilática não é indicada para cirurgia eletiva das hemorroidas, pois o risco de infecções pós-operatórias é baixo e o uso do Metronidazol (tópico ou oral) tem demonstrado não reduzir a dor no pós-operatório de hemorroidectomias.
- (C) A taxa de complicações da hemorroidopexia grampeada é superior à da hemorroidectomia convencional, além de também estar associada a uma taxa de recorrência mais alta.
- (D) A trombectomia (enucleação do trombo) é um tratamento adequado para tratar hemorroidas internas trombosadas e prolapsadas (estranguladas).

21. Sobre a vascularização colorretoanal, é CORRETO afirmar:

- (A) O Arco de Riolan é o segmento sigmoideano da arcada marginal.
- (B) A Arcada de Drummond promove a conexão entre os territórios de irrigação da artéria cólica média com a artéria cólica esquerda.
- (C) A irrigação do canal anal proximal, reto baixo e médio provém da artéria que percorre o Canal de Alcock, acompanhada pelo nervo pudendo.
- (D) Entre os vasos cólicos, a artéria cólica direita é a que mais apresenta variações anatômicas quanto à sua origem.

22. Sobre os esfíncteres anais, é CORRETO afirmar:

- (A) O que difere o esfíncter externo do ânus das demais musculaturas estriadas é a inexistência de um tônus basal.
- (B) O músculo esfíncter externo do ânus apresenta uma extensão menor que a do esfíncter interno do ânus.
- (C) O esfíncter externo do ânus possui 3 faixas musculares, que sugerem funções biomecânicas distintas.
- (D) O esfíncter interno do ânus é composto por fibras lisas e seu tônus permanentemente involuntário representa estimadamente até 50% da pressão de repouso basal do canal anal.

23. Após o estabelecimento dos princípios da excisão total do mesorreto na cirurgia do câncer de reto por Bill Heald, essa estrutura anatômica ganhou grande importância. Com relação ao mesorreto, é CORRETO afirmar:

- (A) A fásia própria do reto é uma forte barreira contra a disseminação das células malignas.
- (B) O termo “mesorreto” é impróprio, uma vez que não se trata de um verdadeiro “meso”, estabelecido pela *Nomina Anatomica*.
- (C) A fásia própria é uma projeção do peritônio pélvico em direção caudal.
- (D) A gordura mesorretal não contém nervos.

24. As infecções sexualmente transmissíveis relacionadas à úlcera anal são:

- (A) Sífilis, cancroide, herpes simples e donovanose.
- (B) Linfogranuloma venéreo, donovanose, sífilis e papulose bowenoide.
- (C) Herpes hipertrófico, herpes simples, molusco contagioso e cancroide.
- (D) Papulose bowenoide, linfogranuloma venéreo, herpes simples e sífilis.

25. Paciente, sexo feminino, 35 anos, HIV+, com CD4 850, carga viral indetectável, apresenta múltiplas verrugas na margem anal compatíveis com condiloma acuminado e sem lesões no canal anal. O melhor esquema terapêutico tópico nesse caso e o mecanismo de ação da medicação são:

- (A) Podofilina a 25% 3x por semana por 4 a 6 semanas devido à sua ação imunomoduladora.
- (B) Podofilina a 25% 1x por semana por 4 a 6 semanas devido à sua ação citotóxica.
- (C) Imiquimod 3x por semana por 4 semanas devido à sua ação imunomoduladora, antitumoral e antiviral.
- (D) Ácido tricloroacético a 90% 3x por semana devido à sua ação cáustica.

26. Paciente, sexo masculino, 35 anos, HIV+, com CD4 256 e carga viral de 7.000 cópias/ml, em uso de terapia antirretroviral sem queixas proctológicas e sem alterações ao exame físico. Realizou citologia anal de rastreamento compatível com ASC-H (células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau). Foi então solicitada uma colposcopia anal (anuscopia de alta resolução) que evidenciou uma lesão acetobranca que foi biopsiada e cauterizada com o anatomopatológico compatível com neoplasia intraepitelial anal de alto grau. A melhor conduta nesse momento é:

- (A) Indicação de radio e quimioterapia.
- (B) Ressecção endoanal com raquianestesia.
- (C) Seguimento com citologia anal e colposcopia anal.
- (D) Melhora das condições clínicas do portador do HIV e posterior biópsia do canal anal.

27. Com relação à Doença de Bowen, também conhecida como “carcinoma espinocelular intraepitelial”, é CORRETO afirmar:

- (A) Pertence ao grupo dos tumores queratinizados da pele da margem anal.
- (B) Apresenta rápido crescimento e evolui para carcinoma invasivo em metade dos pacientes.
- (C) A maioria dos pacientes recidivam após o tratamento e o prognóstico não é bom.
- (D) As evidências sugerem associação com o HPV, principalmente os tipos 16 e 18.

28. A melhor abordagem terapêutica para o Tumor de Buschke-Lowenstein é:

- (A) Aplicação intralesional de Interferon.
- (B) Aplicação tópica de creme à base de 5FU.
- (C) Aplicação semanal de Podofilina a 20 ou 25%.
- (D) Ressecção cirúrgica ampla com margens livres.

29. Paciente, em uso de Clopidogrel e AAS após implante de *stent* há cerca de 2 meses, apresentou hemorragia digestiva baixa. A colonoscopia identificou tumor sangrante de cólon direito. A melhor conduta é:

- (A) Suspender Clopidogrel e AAS e realizar a cirurgia após 3 meses.
- (B) Esperar até 6 meses do implante, suspender Clopidogrel e realizar a cirurgia após 5 dias da suspensão.
- (C) Suspender Clopidogrel e operá-lo usando plasma fresco e fazer uma ponte com agente antiplaquetário de ação mais curta.
- (D) Reposição de concentrado de hemácias, manter Clopidogrel e esperar 6 meses do implante para realização da cirurgia.

30. Com relação aos exames pré-operatórios dos pacientes que irão se submeter à cirurgia coloproctológica, é CORRETO afirmar:

- (A) A radiografia de tórax pode ser dispensada em pacientes acima de 50 anos que serão submetidos à hemicolectomia esquerda por doença benigna.
- (B) A contagem de plaquetas é desnecessária se o paciente for submetido à fistulotomia por raquianestesia.
- (C) O eletrocardiograma é um exame rápido e barato, portanto deve ser solicitado mesmo em pacientes assintomáticos, sem comorbidades e que irão se submeter à hemorroidectomia.
- (D) Estudos de coagulação e tempo de sangramento podem ser dispensados, caso o paciente não tenha história pessoal ou familiar de sangramento atípico.

31. Com relação aos cuidados pré e pós-operatórios, é CORRETO afirmar:

- (A) Em portadores de marcapasso cardíaco, há risco de choque no paciente quando se usa bisturi bipolar. O uso do bisturi monopolar pode diminuir o risco.
- (B) Em portadores de marcapasso cardíaco, em uso de anticoagulante, o risco de sangramento é maior nas seguintes situações: hemoglobina < 10g/dl, *clearance* de creatinina = 30-60ml/min, duração do implante do *stent* para cirurgia < 3 meses e cirurgia de alto risco.
- (C) Pacientes diabéticos que se submetem à cirurgia de grande porte devem ter níveis de hemoglobina glicada dosados 2 dias antes da cirurgia.
- (D) Níveis elevados de hemoglobina glicada estão associados a maior risco de infecção, mas não estão associados a maior risco de infarto e morte.

32. Com relação aos cuidados pré-operatórios nas cirurgias coloproctológicas, é CORRETO afirmar:

- (A) Pacientes obesos podem estar associados a maiores dificuldades técnicas durante o procedimento cirúrgico, porém a mortalidade cirúrgica perioperatória não é maior em relação aos pacientes não obesos.
- (B) O uso de imunossupressores em transplantados de órgãos sólidos devem ser suspensos 6 semanas antes do procedimento cirúrgico coloproctológico, pois esses medicamentos interferem na cicatrização de feridas operatórias.
- (C) Alcoolismo e tabagismo aumentam a chance de complicações perioperatórias, porém não se observa redução desses eventos com significância estatística quando se recomenda a suspensão dessas drogas semanas antes do procedimento cirúrgico.
- (D) Uso de corticosteroides cronicamente diminui o risco de deiscência anastomótica.

33. A opção que apresenta as características do adenocarcinoma de reto que mais se beneficiam da microcirurgia endoscópica transanal é:

- (A) SM2, tumor bem diferenciado, com diâmetro < 3cm e < 40% de comprometimento da circunferência.
- (B) Acometimento da luz > 40% da circunferência, tumor indiferenciado, com diâmetro < 3cm, SM3.
- (C) Tumor bem diferenciado, SM1, diâmetro < 3cm, sem invasão linfovascular.
- (D) SM1, tumor indiferenciado, sem invasão linfovascular e com < 40% de comprometimento da circunferência.

34. São complicações frequentes da microcirurgia endoscópica transanal:

- (A) Perfuração abdominal, abscesso e incontinência fecal.
 - (B) Retenção urinária, sangramento e dor.
 - (C) Dor, deiscência de sutura, incontinência fecal e retenção urinária.
 - (D) Sangramento, sepse e incontinência fecal transitória.
-

35. Considerando os princípios do Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ou Fast-Track Surgery, é CORRETO afirmar:

- (A) O jejum para alimentos sólidos deve ser de 8h e para líquidos, ricos em carboidratos, de 4h.
 - (B) A literatura tem evidenciado, de forma incontestável, os benefícios da não realização do preparo intestinal mecânico na cirurgia colorretal em comparação com a realização deste.
 - (C) Os benefícios desse protocolo não são observados nos pacientes submetidos à cirurgia aberta.
 - (D) A continuação do antibiótico além de 24h no pós-operatório, após cirurgia eletiva, não oferece benefício.
-

36. Com relação à Síndrome do Intestino Irritável, é CORRETO afirmar:

- (A) As manifestações extraintestinais podem ser observadas, como hiperalgesia cutânea, enxaqueca, cefaleia, lombalgia, pirose e dispneia.
 - (B) É definida como um distúrbio crônico caracterizado por dor ou desconforto abdominal, associado à mudança na frequência das evacuações, ocorrendo frequentemente no período noturno.
 - (C) Incide em todas as faixas etárias, predominando em adultos acima de 60 anos e no sexo feminino.
 - (D) Os fatores psíquicos das emoções, como raiva, irritação, angústia e depressão, não têm sido estabelecidos como causa de alteração da atividade contrátil intestinal.
-

37. Paciente, sexo feminino, 55 anos, refere dor e distensão abdominal, tenesmo, mucorreia 3 vezes no mês há mais de 3 meses. Os sintomas melhoram após as evacuações. É CORRETO afirmar:

- (A) História típica de Síndrome do Cólon Irritável; somente iniciar com medicações e suporte psicológico.
- (B) Solicitar colonoscopia e iniciar medicação para Síndrome do Cólon Irritável, não havendo necessidade de outras investigações.
- (C) Outros diagnósticos diferenciais da Síndrome do Cólon Irritável são colite microscópica, infecção gastrointestinal, intolerância à lactose, doença inflamatória intestinal e disfunções na tireoide.
- (D) A doença celíaca não há necessidade de ser investigada, tendo sintomas diferentes da Síndrome do Cólon Irritável.

38. No diagnóstico clínico da fissura anal, é CORRETO afirmar:

- (A) 90% das fissuras anais típicas encontram-se na linha média anterior.
- (B) As fissuras agudas, na maioria dos casos, apresentam bordos elevados endurecidos com exposição esfínteriana e possuem resolução dentro de 4-6 semanas.
- (C) As fissuras crônicas não apresentam exsudação anal nem prurido e o quadro clínico perdura por mais de 6-8 semanas.
- (D) As fissuras atípicas podem ser ocasionadas por tuberculose.

39. No tratamento medicamentoso e cirúrgico da fissura anal, é CORRETO afirmar:

- (A) Os bloqueadores de canais de cálcio tópicos possuem índices de cicatrização inferiores ao da nitroglicerina tópica.
- (B) Os bloqueadores de canais de cálcio tópicos possuem mais efeitos colaterais (por exemplo, cefaleia) do que a nitroglicerina.
- (C) A toxina botulínica apresenta índices de cicatrização e recorrência superiores à esfínterectomia lateral interna.
- (D) Com o tratamento escalonado (agentes tópicos → toxina botulínica → esfínterectomia), cerca de 70% dos pacientes tratam a fissura sem chegar a realizar a esfínterectomia.

40. Com relação ao tratamento cirúrgico da fissura anal, é CORRETO afirmar:

- (A) O avanço de retalho cutâneo tem a sua maior indicação nos casos de fissura anal com hipertonia esfínteriana.
- (B) A esfínterectomia lateral interna e a esfínterectomia posterior interna são iguais em termos de complicações.
- (C) Quando aumentamos a extensão da esfínterectomia interna temos uma diminuição nos índices de recorrência da fissura e um aumento da incontinência.
- (D) A técnica fechada de esfínterectomia é superior à técnica aberta, pois apresenta menores índices de incontinência anal e persistência da fissura.

41. Sobre o tratamento da hidradenite supurativa, é CORRETO afirmar:

- (A) O tratamento medicamentoso inclui sabonetes antibacterianos, antibióticos, retinoides, corticoides, antiandrogênicos e imunossuppressores.
- (B) O tratamento medicamentoso tem melhores resultados no estágio III de Hurley.
- (C) Se a ressecção cirúrgica for necessária, recomenda-se excisão completa da epiderme, sem necessidade de aprofundar a ressecção até a fáscia para permitir cicatrização mais rápida.
- (D) Ressecção ampla e destelhamento dos trajetos fistulosos são dois procedimentos cirúrgicos utilizados e com risco de recidiva semelhante.

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

- (A) A classificação de Hurley, que estratifica a severidade da hidradenite supurativa, tem pouca utilidade clínica, sendo mais utilizada para áreas de pesquisa.
- (B) Dieta rica em carboidratos e laticínios podem ser “gatilhos” para piora da doença.
- (C) Recomenda-se raspar os pelos e o uso de desodorante para redução dos sintomas.
- (D) Resulta da inflamação crônica das glândulas sudoríparas écrinas encontradas tipicamente na região inguinal, inframamária, axilar e períneo.

43. Paciente, sexo masculino, 55 anos, branco, sem história familiar de câncer colorretal, foi submetido à colonoscopia, com preparo do cólon excelente, para rastreamento de câncer, na qual foi retirado pólipó pediculado com 8mm de diâmetro, localizado no cólon sigmoide proximal, cuja avaliação histopatológica revelou adenoma tubular sem displasia de alto grau. A recomendação para seguimento por colonoscopia desse paciente é:

- (A) Nova colonoscopia 5 a 10 anos após a polipectomia inicial.
- (B) Nova colonoscopia 1 ano após a polipectomia inicial. Se não houver mais pólipos, repetir a cada 5 anos.
- (C) Nova colonoscopia 6 meses após a polipectomia inicial. Depois, repetir a colonoscopia a cada 5 anos.
- (D) Nova colonoscopia 6 meses após a polipectomia inicial. Depois, repetir a colonoscopia anualmente.

44. É critério de qualidade pré-procedimento para a boa prática da colonoscopia eletiva:

- (A) Registro de complicações após colectomias.
- (B) Índice de intubação cecal.
- (C) Índice de detecção de adenomas.
- (D) Obtenção de consentimento informado.

45. De acordo com os critérios de qualidade recomendados pela American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE):

- (A) A colonoscopia deve ser completa, atingindo o fundo cecal. Deve-se atingir o fundo cecal em pelo menos 90% dos casos de rastreamento de câncer colorretal.
- (B) Os examinadores que apresentam taxa de detecção de adenoma superiores a 20% apresentam menor incidência de câncer de intervalo.
- (C) O tempo de retirada do colonoscópio interfere diretamente na taxa de detecção de adenoma e deve ser de pelo menos 7 minutos.
- (D) Classifica-se a qualidade de preparo intestinal de acordo com o aspecto pós-lavagem e aspiração do conteúdo do cólon, e não de acordo com o aspecto inicial do cólon.

46. Paciente com diagnóstico de câncer de canal anal estadiamento TNM-T3N0M0 submetido a tratamento com radioterapia + quimioterapia evoluiu com redução da lesão. Entretanto, ainda se observa pequena ulceração em canal anal após 8 semanas do término da RT/QT. Considerando esse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) Paciente com doença persistente sem progressão pode ser acompanhado até 6 meses para avaliar resposta.
- (B) Está indicada realização de PET-CT para excluir doença sistêmica, seguido de tratamento cirúrgico: amputação abdominoperineal.
- (C) Está indicada biópsia de lesão. Se positiva, o paciente deve ser submetido à amputação abdominoperineal.
- (D) Paciente deve ser submetido a esquema adicional de radioterapia com dose de 9Gy antes do tratamento cirúrgico definitivo.

47. A ressecção abdominoperineal do reto no carcinoma epidermoide do ânus NÃO é indicada:

- (A) Nos casos de recidiva do tumor.
- (B) Nos casos de persistência da doença.
- (C) Como forma de tratamento primário.
- (D) Quando não é possível o tratamento radio e quimioterápico devido à acentuada toxicidade.

48. São fatores relacionados a um pior resultado após a terapia combinada no tratamento do câncer do ânus, EXCETO:

- (A) Presença de doença linfonodal.
- (B) Localização da lesão.
- (C) Persistência da lesão tumoral.
- (D) Tamanho do tumor original.

49. No que diz respeito ao tratamento da doença pilonidal, alguns fatores estão relacionados a uma maior recorrência. São eles:

- (A) História familiar da doença, grande diâmetro da cavidade, tabagismo.
- (B) Tabagismo, IMC > 25, fechamento primário da ferida.
- (C) Alcoolismo, fechamento primário da ferida, tabagismo.
- (D) Fechamento primário da ferida, história familiar da doença, maior número de sinus.

50. Com relação à Síndrome de Lynch, é CORRETO afirmar:

- (A) É uma das síndromes hereditárias menos comuns, responsável por aproximadamente 3% de todas as neoplasias malignas colorretais.
- (B) A causa genética subjacente é uma mutação germinativa nos genes de reparo do DNA (MMR).
- (C) Pacientes com Síndrome de Lynch apresentam um risco elevado de câncer colorretal, mas não de câncer extra-colônico.
- (D) A sobrevida é maior nos pacientes submetidos à colectomia total em comparação com aqueles submetidos à colectomia segmentar com acompanhamento endoscópico.

51. Com relação à Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), é CORRETO afirmar:

- (A) O fenótipo da síndrome pode variar mesmo em doentes de uma mesma família.
- (B) Os testes genéticos revelam mutações germinativas no gene APC em menos de 40% dos doentes.
- (C) Aproximadamente 90% dos doentes com PAF desenvolvem adenomas duodenais e mais de 60% dos doentes evoluem com câncer da região periampular.
- (D) O risco do desenvolvimento de câncer da tireoide nos portadores de PAF é de 40% e sua incidência é 3 vezes maior nos homens.

52. Mulher, 32 anos, com 3 partos normais, portadora de Polipose Adenomatosa Familiar, com mutação identificada no códon 1309. O exame colonoscópico mostrou presença de mais de 1000 adenomas esparsos por todo o cólon e 40 adenomas no reto. Durante o exame, foram ressecados 8 adenomas retais, sendo que 2 deles eram sésseis e mediam mais de 3cm de diâmetro. O estudo histopatológico dos pólipos retais ressecados mostrou histologia vilosa com focos de carcinoma invasivo (pT1 sm2). A manometria anorretal mostrava pressões de repouso e de contração normais. Diante desses achados, a conduta mais adequada é:

- (A) Proctocolectomia total com restauração do trânsito por meio de reservatório ileal.
- (B) Colectomia total com ileorretoanastomose e ressecção endoscópica dos adenomas retais remanescentes.
- (C) Proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva.
- (D) Amputação abdominoperineal do reto.

53. Com relação aos pólipos colorretais e doenças genéticas, é CORRETO afirmar:

- (A) Na Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), a precocidade dos pólipos colônicos é o principal fator a determinar a conduta cirúrgica.
- (B) A polipose associada ao gene MutYH tem padrão autossômico dominante.
- (C) O planejamento de polipectomias na Síndrome de Peutz-Jeghers pode prevenir complicações e indicações cirúrgicas na urgência.
- (D) Estão ausentes na Síndrome de Lynch.

54. Com relação às poliposes hamartomatosas intestinais, é CORRETO afirmar:

- (A) A Síndrome de Polipose Juvenil determina apenas pólipos no cólon.
- (B) Em pequena fração dos doentes, a pigmentação mucocutânea pode estar ausente na Síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) A Síndrome de Peutz-Jeghers determina apenas pólipos no intestino delgado.
- (D) Os pólipos da Síndrome de Cowden não têm potencial de malignidade.

55. Com relação ao uso de Formalina no manejo do sangramento na proctopatia actínica, é CORRETO afirmar:

- (A) A principal forma de administração da Formalina no reto é através da aplicação direta na mucosa ou injeção submucosa.
- (B) A concentração mais utilizada da Formalina é a 2%.
- (C) O mecanismo de ação da Formalina se faz através da cauterização química das telangiectasias e úlceras sangrantes.
- (D) O volume máximo de aplicação da Formalina é de 200ml.

56. Com relação ao manejo das estenoses na colite isquêmica, é CORRETO afirmar:

- (A) As estenoses assintomáticas podem ser apenas observadas.
- (B) As estenoses, mesmo que assintomáticas, devem ser dilatadas endoscopicamente.
- (C) Toda estenose deve ser tratada cirurgicamente.
- (D) Através da colocação de *stent* colônico, que tem melhores resultados que a dilatação endoscópica.

57. Existe uma forte inter-relação entre a infecção por *Clostridium difficile* e as doenças inflamatórias intestinais. Nesse contexto, é INCORRETO afirmar:

- (A) A infecção por *Clostridium difficile* é associada tanto à Retocolite Ulcerativa quanto à Doença de Crohn.
- (B) A incidência de infecção por *Clostridium difficile* nos pacientes com doença inflamatória intestinal varia de 6 a 20%.
- (C) O maior número de hospitalizações e o frequente uso de antibióticos e imunossupressores nos pacientes com doença inflamatória intestinal aumentam o risco de infecção por *Clostridium difficile*.
- (D) O uso de Infliximabe aumenta o risco de infecção por *Clostridium difficile*, ao contrário dos corticosteroides.

58. Com relação à apresentação clínica da colopatia isquêmica, é CORRETO afirmar:

- (A) O sangramento costuma ser de igual severidade que o da doença diverticular e as angiectasias do cólon.
- (B) Tipicamente se manifesta através de diarreia, acompanhada da presença de sangue nas primeiras 24 horas.
- (C) Quadros autolimitados costumam levar muitas semanas para resolução dos sintomas.
- (D) A dor abdominal geralmente não está presente.

59. Paciente, 45 anos, admitida com quadro de dor, distensão abdominal e vômitos há 48 horas. Refere crises semelhantes previamente em 2 ocasiões. Passado de colecistectomia aberta. Hemodinamicamente estável. Na radiografia simples de abdômen, observa-se o sinal em grão de café com *apex* direcionado para quadrante superior esquerdo e distensão de alças de delgado. Tomografia computadorizada de abdômen evidencia “stop” do contraste em quadrante superior direito. Considerando esse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) Colonoscopia para descompressão.
- (B) Cecostomia descompressiva.
- (C) Laparotomia exploradora e ressecção segmentar.
- (D) Dieta zero e sonda nasogástrica.

60. Paciente, sexo masculino, 72 anos, aposentado, foi submetido à pneumectomia para neoplasia metastática de câncer de cólon. Em uso de opioides para controle da dor. No sexto DPO, apresenta distensão abdominal súbita com parada da eliminação de gases e fezes. Ao exame, abdômen timpânico, sem irritação peritoneal, aperistáltico. Nos exames laboratoriais, evidencia-se discreta leucocitose com PCR elevado. Radiografia de abdômen mostra distensão difusa do intestino grosso com predominância do ceco, que apresenta diâmetro de 12cm. Com relação a esse caso, é CORRETO afirmar:

- (A) A etiologia mais provável é colite isquêmica.
- (B) É pouco provável que tenha relação com uso de opioides.
- (C) O uso de Neostigmina deve ser evitado nesse grau de dilatação.
- (D) A colonoscopia é uma boa opção para a resolução desse caso.

61. A classificação de Rutgeerts para doença inflamatória intestinal aplica-se ao:

- (A) Índice de atividade de Doença de Crohn na anastomose íleoecólica.
- (B) Índice de atividade de Doença de Crohn no cólon.
- (C) Índice de atividade de Retocolite Ulcerativa.
- (D) Índice de atividade de Doença de Crohn anorretoperineal.

62. Sobre Retocolite Ulcerativa (RCU) e cirurgia, é CORRETO afirmar:

- (A) A terapia biológica modificou a história natural da RCU e, atualmente, menos de 10% dos pacientes são operados.
- (B) O diagnóstico de displasia grave, confirmado por dois patologistas, nas biópsias aleatórias em pacientes com mais de 8 anos de doença, não é indicação de retocolite oncológica.
- (C) A colectomia total com ileostomia terminal, por ter um menor tempo de cirurgia e não manipular a região pélvica, é a primeira opção nas situações de urgência, como na colite tóxica ou hemorrágica.
- (D) A impossibilidade de mobilizar a bolsa ileal ao canal anal ocorre em mais de 10% dos pacientes submetidos à cirurgia para a confecção de reservatório ileal.

63. Sobre a Doença Inflamatória Intestinal (DII), é CORRETO afirmar:

- (A) No trato gastrointestinal, a Doença de Crohn acomete da boca ao ânus, sendo um processo inflamatório transmural que se apresenta de duas formas distintas (estenosante ou fistulizante).
- (B) Na Retocolite Ulcerativa, a inflamação da mucosa e submucosa colorretal é contínua de distal para proximal com aspecto endoscópico de microulcerações.
- (C) As DIIs são mediadas pelos linfócitos T helper (Th), sendo o Th1 o principal mediador da resposta inflamatória na Retocolite Ulcerativa.
- (D) Na prática clínica, mesmo utilizando exames laboratoriais, do tipo ASCA e ANCA, 25% dos pacientes são diagnosticados com enterocolite indeterminada.

64. As manifestações perianais da Doença de Crohn (DC) em estudos populacionais ocorre em até 40% dos pacientes. Sobre a Doença de Crohn perianal, é CORRETO afirmar:

- (A) A DC perianal é definida por inflamação anorretal de intensidade variável. No exame físico, são frequentes a presença de plicomas, fissuras, úlceras, abscessos, fístulas e estenoses.
- (B) As fissuras na DC apresentam localização típica e frequentemente estão associadas a plicomas do tipo II.
- (C) Os corticosteroides são efetivos para induzir a remissão da DC luminal. E são também a primeira opção de tratamento da DC perianal não fistulizante.
- (D) A RNM da pelve deve ser solicitada, em função da sua alta sensibilidade, para todas as fístulas complexas.

65. Com relação ao tratamento cirúrgico da Doença de Crohn, é CORRETO afirmar:

- (A) A indicação cirúrgica é complexa e depende de vários fatores, como gravidade da doença e localização. A forma estenosante é a mais grave como preditor de novas cirurgias durante o seguimento.
- (B) Na forma inflamatória da doença, a intratabilidade clínica é a causa da indicação cirúrgica. Deve-se checar cessação do tabagismo e adequado tratamento prévio (uso de medicamentos em doses adequadas, otimização e aderência ao tratamento).
- (C) Na forma estenosante, com episódios de suboclusão recorrentes, o tratamento deve ser preferencialmente clínico, seguido de dilatação endoscópica por balão independentemente da extensão da estenose.
- (D) Na presença de abscessos abdominais, a indicação cirúrgica é imediata pelo risco de sepse.

66. Com relação ao tratamento cirúrgico da colite de Crohn, é CORRETO afirmar:

- (A) A hemorragia digestiva baixa e o megacólon tóxico são indicações absolutas e podem ocorrer na mesma frequência que na Retocolite Ulcerativa.
- (B) Nos casos de colite segmentar, que ocorre em cerca de 6% dos pacientes, a plastia de estenoses está indicada pela menor morbidade e por poupar o intestino.
- (C) Colectomias subtotal ou total, com anastomose primária, são boas opções para pacientes que têm acometimento colônico, com preservação do reto.
- (D) A proctocolectomia total com ileostomia definitiva deve ser evitada, mesmo em pacientes com doença perianal grave, pelo alto índice de recidiva no íleo terminal.

67. Com relação ao tratamento cirúrgico da doença diverticular, é CORRETO afirmar:

- (A) Os desfechos pós-operatórios da cirurgia videolaparoscópica na doença diverticular são equivalentes ou melhores do que os da cirurgia videolaparoscópica para outras doenças.
- (B) Nos casos de fístula colovesical secundária à doença diverticular em que o orifício fistuloso da bexiga não é identificado, deve-se ressecar o segmento de bexiga acometido e efetuar cistorrafia em dois ou mais planos.
- (C) Cateterização uretral é obrigatória em casos de fístula colovesical secundária à doença diverticular.
- (D) Após o tratamento de uma crise de diverticulite aguda, deve-se aguardar no mínimo 6 meses para a realização da cirurgia.

68. Com relação à doença diverticular do cólon, é CORRETO afirmar:

- (A) A prevalência da doença diverticular e a incidência de diverticulite aguda estão diminuindo.
- (B) O uso crônico de anti-inflamatórios não esteroides não está associado ao aumento do risco de diverticulite aguda complicada.
- (C) O consumo de cafeína está associado ao aumento do risco de doença diverticular.
- (D) O risco de diverticulite aguda é maior em pacientes obesos, especialmente naqueles com obesidade visceral.

69. Mulher, 67 anos, chegou à urgência com quadro de dor e distensão abdominais, além de parada na eliminação de flatos e fezes há +/- 1 semana. A tomografia abdominal com contraste evidenciou distensão dos cólons até a transição descendente-sigmoide. Cogitou-se a colocação de *stent* colônico. Nesse caso, devemos excluir as seguintes situações para a colocação desse tipo de endoprótese, EXCETO:

- (A) Tumor totalmente obstrutivo.
- (B) Instabilidade hemodinâmica.
- (C) Tumor de ângulo esplênico.
- (D) Suspeita de perfuração intestinal.

70. A estratégia do *Watch and Wait* tem sido cada vez mais adotada em diversos serviços pelo mundo. Nesse tipo de abordagem, é INCORRETO afirmar:

- (A) O toque retal e a retoscopia rígida ou flexível não são bons parâmetros para seleção de tratamento alternativo.
- (B) A presença de áreas esbranquiçadas ou telangiectasias na mucosa retal podem ser consideradas como resposta clínica completa.
- (C) Na presença de nódulos palpáveis, mesmo em pacientes com boa resposta tumoral, pode-se considerar a excisão local transanal de toda a parede do reto para esclarecimento diagnóstico.
- (D) Tumores de reto alto, pela incapacidade de serem avaliados pelo toque retal, tornam esse tipo de tumor impróprio para a estratégia do *Watch and Wait*.

