

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 PROVA!

**CADERNO
VERSÃO**

A

01. Durante a retossigmoidectomia é importante manter a integridade da gordura perirretal separando-a da fáscia pré-sacral, fáscia de Denonvilliers e dos ligamentos laterais (“asa do reto”). Sobre essas estruturas:

- I. Em termos anatômicos, o prefixo “meso” se refere a duas camadas de peritônio que suspendem um órgão. Sendo assim, o termo “mesorreto” é equivocado, mas usado cirurgicamente para descrever a gordura contida dentro da fáscia própria do reto.
- II. A fáscia pré-sacral cobre as veias pré-sacrais e o plexo parassimpático hipogástrico superior. A lesão desse nervo pode levar à ejaculação retrógrada.
- III. A fáscia de Denonvilliers no homem separa o reto e a gordura perirretal da próstata e das vesículas seminais.
- IV. O ligamento lateral contém frequentemente a artéria retal média, que é ramo da artéria íliaca interna.

Das afirmações acima, estão CORRETAS, apenas:

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

02. Sobre a síndrome pós-polipectomia, é CORRETO afirmar:

- (A) Caracterizada por dor abdominal, febre, leucocitose e irritação peritoneal localizada que pode persistir até vários dias depois da polipectomia com alça termina.
- (B) Caracterizada por distensão e dor abdominal associada à irritação peritoneal difusa, sem febre ou leucocitose.
- (C) Acredita-se que seja o resultado de uma lesão de eletrocoagulação na parede do cólon, criando uma queimadura transmural, perfuração e consequente irritação peritoneal.
- (D) A maioria desses pacientes não requer tratamento cirúrgico e geralmente é tratada com repouso intestinal, hidratação endovenosa e analgesia, não sendo necessário antibioticoterapia.

03. Sobre as complicações associadas à colonoscopia:

- I. A hemorragia pós-polipectomia, clinicamente significativa, se manifesta com frequência de 4 a 6 dias após o procedimento, mas pode ocorrer até 14 dias após.
- II. Fatores de risco para sangramento pós-polipectomia incluem pólipos no cólon direito, maiores de 2 cm, com pediculado longo e fino.
- III. O local mais comum de perfuração mecânica, resultante de trauma direto do colonoscópio, é o cólon direito devido à espessura mais delgada da sua parede.
- IV. Reação vasovagal normalmente é autolimitada e deve ser tratada com aspiração do ar e/ou redução de alças.

Das afirmações acima, estão CORRETAS:

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

04. Sobre o preparo mecânico do cólon no pré-operatório:

- I. Na cirurgia laparoscópica, facilita a manipulação do cólon.
- II. Deve ser feito quando for indicada colonoscopia intraoperatória.
- III. Na anastomose colorretal baixa, com ileostomia de proteção, deve ser realizado independente da via de acesso.
- IV. Deve ser realizado quando for indicada anastomose intracorpórea durante cirurgia laparoscópica.

Das afirmações acima, estão CORRETAS:

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

05. Algumas manobras devem ser realizadas a fim de obter comprimento adequado do cólon descendente para que ele possa atingir a pelve na anastomose colorretal baixa:

- I. Divisão do mesentério do cólon transversal até os vasos cólicos médios.
- II. Ligadura da artéria mesentérica inferior na origem.
- III. Ligadura da veia mesentérica inferior na borda inferior do pâncreas.
- IV. Mobilização da flexura esplênica.

Das afirmações acima, estão CORRETAS:

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

06. Paciente, 65 anos, evoluiu com peritonite devido à deiscência da anastomose colorretal localizada a 10 cm da borda anal no 5º dia do pós-operatório de retossigmoidectomia por tumor de reto alto. Na reoperação o paciente está estável, o cólon sem sinais de isquemia e na anastomose foi evidenciada uma abertura menor do que 1 cm na parede anterior com saída de conteúdo fecal. A melhor conduta nesse momento após a lavagem da pelve é:

- (A) Drenagem da cavidade e ileostomia em alça derivativa.
- (B) Sutura da lesão, epiploplastia e drenagem da cavidade.
- (C) Refazer a anastomose e drenagem da cavidade.
- (D) Desfazer a anastomose, drenagem da cavidade e colostomia em duas bocas (cólon e reto) para facilitar o fechamento em um segundo tempo.

07. Paciente no pós-operatório 1 dia de retossigmoidectomia com ileostomia de proteção por tumor de reto baixo, com anastomose mecânica a 2 cm da linha pectínea, evolui com sangramento anal de moderada intensidade sem instabilidade hemodinâmica, com queda de 1 ponto da hemoglobina (de 12 para 11 g/dL) em uso de anticoagulante. A conduta inicial é:

- (A) Angiotomografia.
- (B) Colonoscopia para avaliar anastomose.
- (C) Abordagem transanal no centro cirúrgico para avaliar a anastomose.
- (D) Suspender anticoagulante e observação clínica.

08. Homem, 32 anos, busca consulta em razão de história de sangramento anal vermelho vivo, em pequena quantidade, recobrando as fezes, por vezes acompanhado de coágulos, e com queixa de abaulamento anal constante. Nega comorbidades e história de câncer na família. Exame físico proctológico demonstra dois mamilos hemorroidários internos, sendo um grau II e um grau IV. A retoscopia rígida não demonstra outras anormalidades. A melhor alternativa para esse caso é:

- (A) Hemorroidopexia com grampeador.
- (B) Desarterialização hemorroidária transanal.
- (C) Hemorroidectomia excisional.
- (D) Ligadura elástica.

09. Mulher, 32 anos, refere que há 1 ano foi submetida a ligadura elástica devido à doença hemorroidária, mas manteve queixa de sangramento anal. Ao exame físico, apresenta doença hemorroidária de moderado tamanho mista. Em razão de história paterna de câncer de reto aos 41 anos, foi submetida há 6 meses à colonoscopia completa, com qualidade de preparo intestinal Boston 9, sem achados anormais. A melhor conduta nesse momento é:

- (A) Colonoscopia diagnóstica com melhor preparo intestinal.
- (B) Ligaduras elásticas adicionais.
- (C) Tratamento cirúrgico.
- (D) Fotocoagulação com Infrared.

10. Com relação às hemorroidárias, é CORRETO afirmar:

- (A) O suprimento arterial para as hemorroidas internas é realizado principalmente pela artéria retal inferior que é ramo direto da artéria ilíaca interna.
- (B) Anormalidades da micro e macrovasculatura estão associadas à doença hemorroidária.
- (C) Doenças hemorroidárias externa e interna são definidas como aquelas localizadas respectivamente abaixo e acima da borda anal.
- (D) As fibras musculares que sustentam os coxins hemorroidários se originam no músculo esfíncter anal externo.

- 11.** Assinale a alternativa que contenha uma complicação que NÃO é observada na técnica de hemorroidopexia com uso de grampeador (PPH):
- (A) Sepse retroperitoneal, fístula retovaginal e perfuração retal.
 - (B) Dor persistente, perfuração retal e sepse retroperitoneal.
 - (C) Fístula retovaginal, dor persistente e estenose retal.
 - (D) Fístula retovaginal, estenose da margem e canal anal.
-
- 12.** Sobre a ligadura elástica na doença hemorroidária interna, é INCORRETO afirmar:
- (A) É contraindicada a aplicação de mais de uma ligadura durante o mesmo procedimento.
 - (B) Dor, febre e retenção urinária é a tríade da sepse pélvica secundária à ligadura elástica.
 - (C) A ligadura é realizada 1 a 2 cm acima da linha pectínea.
 - (D) Pode haver sangramento após 5 a 7 dias da ligadura.
-
- 13.** Mulher, 23 anos, busca atendimento em razão de história de 3 meses de dor e sangramento anal. A inspeção anal permite a visualização de fissura anal em linha média posterior com bordas elevadas sem plicoma sentinela com exposição das fibras do esfíncter anal interno. Toque retal com muita dor. Anuscopia não realizada devido ao intenso desconforto. Quanto ao diagnóstico e tratamento dessa paciente, é CORRETO afirmar:
- (A) Fissura anal aguda típica, tratamento com Diltiazem tópico a 2% duas vezes ao dia por 8 semanas.
 - (B) Fissura anal aguda típica, tratamento com Lidocaína tópica duas vezes ao dia por 8 semanas.
 - (C) Fissura anal crônica típica, tratamento com Diltiazem tópico a 2% duas vezes ao dia por 8 semanas.
 - (D) Fissura anal crônica atípica, tratamento cirúrgico com retalho de avanço mucoso.
-
- 14.** Com relação à esfínterectomia lateral para tratamento da fissura anal crônica, é CORRETO afirmar:
- (A) Não deve ser utilizada devido ao risco de incontinência fecal, devendo ser substituída pela injeção de toxina botulínica.
 - (B) A técnica aberta tem maior taxa de esfínterectomia completa.
 - (C) A técnica fechada tem menor taxa de incontinência fecal.
 - (D) A técnica aberta tem menor taxa de persistência da fissura.
-
- 15.** Homem, 72 anos, obeso mórbido, diabético, transplantado renal, procura a emergência do hospital em razão de história de 48 horas de evolução de febre de 38,5°C e dor anorretal. A inspeção e palpação da região perianal são normais, mas apresenta toque retal extremamente doloroso. Diante desse quadro clínico, a sua hipótese diagnóstica e conduta são:
- (A) Abscesso interesfíncteriano ou supraelevadores – tomografia de pelve.
 - (B) Abscesso perianal – exame sob anestesia.
 - (C) Abscesso perianal – tomografia de pelve.
 - (D) Abscesso isquioanal – ultrassonografia endoanal.

- 16.** O abscesso que deve ser tratado com drenagem externa é:
- (A) Supraelevador com origem em fístula interesfincteriana.
 - (B) Submucoso.
 - (C) Interesfincteriano.
 - (D) Extensão supraelevadora de abscesso isquiorretal.
-
- 17.** O exame de imagem para diagnóstico do trajeto fistuloso nas fístulas perianais de origem criptoglandular está indicado:
- (A) Nas fístulas transesfincterianas.
 - (B) Nas fístulas posteriores, devido à baixa precisão da regra de Goodsall nessa situação.
 - (C) Naquelas em que o orifício interno não foi identificado no pré-operatório.
 - (D) Quando não houver relato de abscesso perianal prévio.
-
- 18.** Paciente submetido à RNM de pelve demonstra fístula interesfincteriana com trajeto ascendente estendendo-se até um abscesso ao nível do anel anorretal. A melhor indicação cirúrgica para a abordagem inicial desse paciente é:
- (A) Retalho mucoso.
 - (B) Sedenho não cortante.
 - (C) Ligadura da fístula interesfincteriana.
 - (D) *Plug* de fístula anal.
-
- 19.** O tratamento da fístula anal complexa deve ser ponderado com o objetivo de preservar ao máximo a integridade dos esfíncteres. Diante disso, é CORRETO afirmar:
- (A) Na recidiva, após retalho de avanço de espessura total, outra técnica tem que ser usada.
 - (B) O retalho de avanço mucoso está indicado como primeira opção.
 - (C) A recidiva após a utilização da técnica de ligadura do trajeto interesfincteriano pode transformar uma fístula complexa em uma fístula interesfincteriana simples.
 - (D) Tratamento de fístula anal assistida por vídeo (VAAFT) é pouco invasivo e já está demonstrada a sua eficácia a longo prazo.
-
- 20.** Sobre o tratamento da fístula retovaginal, é CORRETO afirmar:
- (A) Uma abordagem transperineal deve ser considerada nos casos de falha no retalho de avanço endoanal prévio.
 - (B) Sendo a fistulotomia a cirurgia mais bem-sucedida para o manejo da fístula perianal, ela também está indicada na fístula retovaginal, pois invariavelmente resulta em algum grau de sucesso.
 - (C) O tratamento com agentes anti-TNF deve ser evitado no pré-operatório em todos os pacientes com Crohn, pois aumenta o risco de deiscência, recidiva e sepse perineal.
 - (D) Correção cirúrgica envolvendo transposição muscular (músculo grácil) não necessita receber derivação fecal.

- 21.** A alternativa que melhor exemplifica o tratamento para a doença pilonidal é:
- (A) A recidiva é igual entre os que foram submetidos à incisão e drenagem do abscesso, em comparação com aqueles que apresentaram ruptura espontânea do abscesso.
 - (B) A depilação a *laser* tem sido defendida como uma alternativa temporária na abordagem conservadora, entretanto, aumenta o índice de recorrência a médio prazo.
 - (C) No intraoperatório é importante garantir que a maior parte possível da ferida operatória seja mantida na linha média.
 - (D) Se o paciente apresenta pelos na linha média, sem sinais infecciosos, não necessita de tratamento cirúrgico.
-
- 22.** Paciente, sexo masculino, 44 anos, obeso, ansioso, com hábito intestinal de 3 evacuações ao dia com uso rotineiro de papel higiênico está sendo acompanhado por você devido à queixa de prurido anal que não melhorou após 5 semanas da primeira consulta, quando foi constatada dermatite leve e má higiene local, sendo orientada higiene com água, manter o ânus limpo e seco, além de evitar o uso de roupa sintética. Na consulta de retorno, apresenta exames de fezes, *swab* anal e retossigmoidoscopia normais. A sua estratégia terapêutica nesse momento é:
- (A) Esteróide tópico de baixa potência, por no mínimo 12 semanas.
 - (B) Esteróide tópico potente para melhorar a satisfação e a aderência ao tratamento.
 - (C) Anti-histamínicos.
 - (D) Esteróide tópico de baixa potência com substituição gradual por um creme de barreira.
-
- 23.** Paciente, sexo masculino, 31 anos, HIV positivo, praticante de sexo anal receptivo, apresenta urgência evacuatória com pus e sangue sem melhora após dose única de 1 g de Azitromicina via oral associada a Ceftriaxona 250 mg intramuscular, com retossigmoidoscopia que evidenciou retite distal intensa com biópsia compatível com processo inflamatório inespecífico. O melhor tratamento nesse momento é:
- (A) Doxiciclina 100 mg 2x ao dia por 7 dias.
 - (B) Doxiciclina 100 mg 2x ao dia por 21 dias e Aciclovir 400 mg 3x ao dia por 7 dias.
 - (C) Mesalazina 800 mg 3x ao dia associado a Mesalazina 500 mg 2x ao dia via retal, ambos por no mínimo 60 dias.
 - (D) Mesalazina 800 mg 3x ao dia associado a Mesalazina 500 mg ao dia via retal e Azitromicina 50 mg 2x ao dia, por no mínimo 90 dias.
-
- 24.** Sobre a sífilis, é CORRETO afirmar:
- (A) Sífilis primária na região anal é caracterizada por cancro solitário e doloroso, sendo a presença de proctite e/ou ulcerações característica da sífilis secundária.
 - (B) Tratamento preconizado para pacientes HIV negativo com sífilis primária, secundária ou latente precoce é Penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidade por via intramuscular, uma vez por semana, durante 3 semanas.
 - (C) O exame de campo escuro para detecção do *Treponema pallidum* em exudato de lesão pode possibilitar o diagnóstico de sífilis precoce, visto que os testes não treponêmicos podem ser negativos nos estágios iniciais.
 - (D) Os pacientes HIV positivos apresentam uma taxa menos elevada de sífilis primária assintomática devido a imunossupressão e, por isso, não é necessário rastreamento anual para sífilis.

- 25.** Sobre as doenças anorretais em pacientes HIV+, é CORRETO afirmar:
- (A) Os abscessos perianais em pacientes com AIDS devem ser drenados com incisões menores e colocação de dreno.
 - (B) As úlceras anais são mais ulcerativas que as fissuras, têm base estreita, são pouco secretivas, frequentemente se localizam abaixo da linha pectínea e, por isso, causam intensa dor.
 - (C) As fissuras não são uma manifestação do HIV, mas podem representar uma coinfeção de doença sexualmente transmissível.
 - (D) As fístulas em pacientes com AIDS devem ser tratadas com fistulotomia, ao invés da colocação de seton.
-
- 26.** Paciente HIV+ com CD4 > 500 mm³ e carga viral negativa, homem que faz sexo com homem, realizou citologia anal de rastreamento para neoplasia epitelial anal (NIA) e o resultado foi compatível com neoplasia intraepitelial de baixo grau. A sua orientação é:
- (A) Repetir a citologia anal em 1 ano.
 - (B) Repetir a citologia anal em 6 meses.
 - (C) Realizar anoscopia de alta resolução.
 - (D) Repetir a citologia anal em 3 meses.
-
- 27.** Paciente com carcinoma espinocelular na margem anal T3N0M0, submetido a radio e quimioterapia e após 6 semanas do término do tratamento apresentada persistência da lesão, porém com regressão do seu tamanho. A melhor conduta nesse momento é:
- (A) Biopsiar novamente a lesão, pois pode se tratar de fibrose pós-radio e quimioterapia.
 - (B) Acompanhamento por até 6 meses para avaliação da remissão completa.
 - (C) Amputação abdominoperineal.
 - (D) Ressecção local com margens livres.
-
- 28.** Paciente, sexo feminino, 35 anos, sem antecedentes familiares de câncer, foi submetida a colectomia esquerda por adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT2N0 e a imuno-histoquímica. Revelou perda da expressão de MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2. É CORRETO afirmar:
- (A) Esses achados confirmam o diagnóstico de Síndrome de Lynch.
 - (B) Avaliar mutação de BRAF e, se positivo, a Síndrome de Lynch é improvável.
 - (C) Avaliar a instabilidade de microssatélite e, se houver mutação de uma sequência, a Síndrome de Lynch está confirmada.
 - (D) Avaliar hipermetilação do promotor do MLH1 e, se positivo, a Síndrome de Lynch está confirmada.

- 29.** Sobre a Síndrome de Polipose Serrilhada (SPS), é CORRETO afirmar:
- (A) Vigilância extracolônica é recomendada, a exemplo da Síndrome de Lynch.
 - (B) Teste genético deve ser sugerido para a confirmação diagnóstica.
 - (C) Pacientes com diagnóstico estabelecido de SPS devem ser submetidos à colonoscopia a cada 3.
 - (D) Um dos critérios para o diagnóstico é a presença de pelo menos cinco pólipos serrilhados proximais ao sigmoide, com dois ou mais destes medindo mais de 10 mm.
-
- 30.** O rastreamento do câncer colorretal se inicia aos 50 anos para indivíduos de risco mediano. Dentre as alternativas abaixo, a conduta CORRETA é:
- (A) Detecção de sangue oculto nas fezes com guaiaco ou exame imunológico fecal a cada ano.
 - (B) Colonoscopia a cada 5 anos.
 - (C) Retossigmoidoscopia flexível e teste de DNA nas fezes a cada 3 anos.
 - (D) Colonoscopia virtual a cada 3 anos.
-
- 31.** Paciente submetida a colonoscopia com polipectomia de pólipo pediculado de 3 cm no sigmoide, com o anatomopatológico compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado, sem invasão vascular, com pedículo livre de 1 mm classificado como Haggitt 3. A sua orientação para o paciente é:
- (A) Colonoscopia para tatuagem da área cicatricial e retossigmoidectomia laparoscópica após.
 - (B) O paciente está curado.
 - (C) O risco de crescimento tumoral é nos linfonodos, sendo questionado o valor da colonoscopia periódica.
 - (D) Colonoscopia a cada 3 meses no primeiro ano, pois o risco de crescimento tumoral na luz do cólon é acentuado.
-
- 32.** Sobre a designação N1c da 8ª edição da classificação TNM para câncer de cólon, é CORRETO afirmar:
- (A) Não há nenhum linfonodo regional positivo, mas há depósito tumoral em tecidos pericólico desprovido de peritônio.
 - (B) Metástase em 2-3 linfonodos epiploicos situados adjacentes à parede do intestino.
 - (C) Metástase em 1-3 linfonodos paracólicos encontrados ao longo da arcada vascular.
 - (D) Não há essa designação, sendo a letra N sempre relacionada à metástase linfonodal.
-
- 33.** Com relação à metástase linfonodal em câncer de reto, é CORRETO afirmar:
- (A) Linfonomegalia é um sinal confiável de comprometimento linfonodal, uma vez que mais de 70% dos linfonodos comprometidos possuem diâmetro superior a 10 mm.
 - (B) Em geral, os exames de imagem disponíveis não detectam metástases linfonodais, apenas descrevem tamanho e morfologia linfonodal.
 - (C) O PET-CT é um bom exame para demonstrar linfonodos mesorretais metastáticos.
 - (D) Linfonodos inflamatórios têm imagem característica na ressonância, podendo afastar a possibilidade de metástase.

34. Devemos tatuar o local da polipectomia durante a colonoscopia quando:

- (A) Se faz uma ressecção fragmentada de uma lesão séssil (*piece meal*).
- (B) Houver indicação de colectomia por videolaparoscopia.
- (C) Se resseca um pólipó pediculado acima da metade da haste do pedículo.
- (D) O pólipó está localizado em locais sem pontos anatômicos definidos, como o cólon transverso, esquerdo e sigmoide.

35. Paciente, 65 anos, sem comorbidades, deu entrada no PS com FC 102, PA: 100 X 80, relatando que estava aguardando para ser operado eletivamente de tumor de cólon, porém há 3 dias está com dor abdominal associada à distensão e parada e eliminação de gases e fezes. Tomografia evidencia tumor de sigmoide de 5 cm causando obstrução completa, sem passagem do contraste e com dilatação do cólon a montante. ABD: distendido com dor à palpação e sem peritonite. Paciente não quer ser operado de urgência, pois sabe da possibilidade de colostomia e pergunta a sua opinião sobre a realização de colonoscopia para a colocação de *stent* autoexpansível. A sua orientação é:

- (A) Está indicada apesar da chance de complicações, como perfuração, sangramento e migração do *stent*, devendo o paciente ser operado após 72h da desobstrução.
- (B) Deve ser evitada, pois essa indicação é exclusiva para pacientes paliativos sem condições clínicas para a cirurgia.
- (C) Está indicada apesar da chance de complicações, como perfuração, sangramento e migração do *stent*, devendo o paciente ser operado após 7 a 14 dias.
- (D) Deve ser evitada devido às condições clínicas, ao baixo índice de sucesso nessa situação e ao aumento da probabilidade de complicações, como perfuração.

36. Sobre os tumores de reto, é CORRETO afirmar:

- (A) Nos tumores cT4, a quimiorradiação neoadjuvante de curta duração é preferível.
- (B) Tumores cT3 com menos de 5 mm de invasão na gordura perirretal e previsão de margens de ressecção negativas podem ser poupados da radioterapia neoadjuvante.
- (C) A radioterapia adjuvante deve ser administrada em doses menores, associada à quimioterapia, para alcançar um benefício oncológico semelhante ao da neoadjuvante.
- (D) A morfologia da pelve, o IMC do paciente, o tamanho e a posição do tumor (anterior ou posterior) não têm efeito na tomada de decisão pré-operatória.

37. Paciente com tumor de reto baixo cT3N+ compareceu à consulta para saber quais os prós e contras das modalidades de terapia neoadjuvante. É INCORRETO afirmar:

- (A) A radioterapia de longa duração, habitualmente em combinação com uma fluoropirimidina, é biologicamente superior à radioterapia de curta duração.
- (B) A terapia neoadjuvante total consiste na administração de um ciclo completo de quimioterapia associada à radioterapia neoadjuvante de curta ou longa duração.
- (C) Na radioterapia de longa duração, o paciente é operado após 6 a 8 semanas e, nesse intervalo, o tumor pode apresentar maior resposta.
- (D) Na radioterapia de curta duração, o paciente é operado após 1 semana e isso favorece o início da quimioterapia sistêmica efetiva.

38. Após 8 semanas do término da radio e quimioterapia neoadjuvante para o adenocarcinoma cT3N0M0 do reto baixo, localizado previamente a 1 cm acima da linha pectínea, você realizou o toque retal e a retossigmoidoscopia e não identificou a presença do tumor. A orientação que você dá ao paciente é:

- (A) Apresentou resposta clínica completa, devendo ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e PET-CT para avaliar possível recidiva local.
- (B) Não há mais o tumor e ele está curado, devendo ser acompanhado com toque retal, colonoscopia, CEA e ressonância magnética de pelve para avaliar possível recidiva local.
- (C) Apresentou resposta clínica completa, sendo a amputação abdominoperineal com colostomia definitiva o padrão ouro de tratamento nesse caso.
- (D) Apresentou resposta clínica completa, mas não patológica, devendo ser submetido à excisão transanal, sem necessidade de colostomia definitiva, com grande possibilidade de evoluir com pouca dor e boa cicatrização.

39. Sobre as técnicas de excisão local para pólipos retais benignos, é CORRETO afirmar:

- (A) TEM – Microcirurgia Transanal Endoscópica (Transanal Endoscopic Microsurgery) pode remover lesões grandes até a junção retossigmoide.
- (B) TAE – Excisão Cirúrgica Transanal Convencional (Transanal Excision) é indicada para remoção de lesões pequenas no reto médio e alto.
- (C) TAMIS – Cirurgia Minimamente Invasiva Transanal (Transanal Minimally Invasive Surgery) é ideal para remoção de lesões grandes no reto baixo ao nível do anel anorretal.
- (D) TME – Excisão Total do Mesorreto (Total Mesorectal Excision) ainda hoje é a técnica ideal, pois é a única que inclui uma linfadenectomia regional completa.

40. Após excisão local do tumor de reto, recomenda-se vigilância para avaliar e identificar recidiva local precoce. Sobre esse assunto, é CORRETO afirmar:

- (A) Deve ser solicitada ultrassonografia endorretal anualmente nos primeiros 3 anos.
- (B) Devem ser solicitadas retossigmoidoscopia e ressonância magnética a cada 3 a 6 meses de intervalo durante os primeiros 3 anos.
- (C) Normalmente, a recidiva começará na luz do reto e tardiamente acometerá o mesorreto.
- (D) A recidiva é diagnosticada frequentemente após 24 meses e a radioterapia não interfere nessa identificação.

41. Você foi chamado para discutir um caso de um paciente de 35 anos em bom estado geral com tumor de reto médio, sintomático, mas não obstrutivo cT2N+M+ com lesão hepática no segmento V de 3 cm, avaliado pela cirurgia hepática, sendo passível de ressecção. A alternativa que apresenta a melhor consideração sobre o caso é:

- (A) Hepatectomia no primeiro tempo, seguida de retossigmoidectomia, em um segundo tempo, está indicada.
- (B) A hepatectomia não pode ser simultânea com a retossigmoidectomia.
- (C) A radioterapia de curta duração não é uma boa opção.
- (D) A quimioterapia utilizada em conjunto com a radioterapia de longa duração, como terapia neoadjuvante, é inadequada para tratar a metástase.

- 42.** Com relação à vigilância após tratamento com intenção curativa do câncer colorretal, é CORRETO afirmar:
- (A) A elevação do CEA deve ser acompanhada do exame físico, colonoscopia e tomografia de tórax, abdome e pelve.
 - (B) PET-CT de rotina no estágio III.
 - (C) Colonoscopia, no máximo, em até 3 meses no pós-operatório se previamente incompleta.
 - (D) PET-CT tem que ser solicitado após elevação do CEA.
-
- 43.** Nos casos de recidiva do tumor de reto, a seleção do paciente é fundamental. Sobre esse assunto, é CORRETO afirmar:
- (A) A ressonância magnética potencializada com gadolínio tem sensibilidade e especificidade baixa para diagnóstico de recidiva em pacientes com cirurgia e radiação prévia.
 - (B) Recidiva que envolva estruturas vasculares principais é contraindicação absoluta para abordagem cirúrgica.
 - (C) Recidiva que se estende anteriormente (órgãos urogenitais e ginecológicos) possui as melhores chances de obter uma ressecção R0.
 - (D) As taxas de mortalidade intraoperatória por sangramento e pós-operatória precoce por sepse são altas.
-
- 44.** A respeito das neoplasias do apêndice, é CORRETO afirmar:
- (A) Mucocele é uma manifestação cística da neoplasia não epitelial do apêndice e está associada a metástases.
 - (B) Pseudomixoma peritoneal é resultante da perfuração da mucocele.
 - (C) A neoplasia epitelial mais comum é o tumor carcinoide.
 - (D) O tumor carcinoide está frequentemente associado à síndrome carcinoide.
-
- 45.** Paciente, sexo masculino, 55 anos, obeso, hipertenso, chega ao consultório assintomático após 10 dias de antibiótico para diverticulite aguda Hinchey Ia. A sua orientação é:
- (A) Manter antibiótico até completar 15 dias, dieta rica em frutas e verduras sem contraindicação para a ingestão de pipoca, nozes e sementes e colonoscopia em 3 meses.
 - (B) Suspender antibiótico, dieta rica em frutas e verduras, não ingerir pipoca, nozes e sementes e colonoscopia após 6 semanas.
 - (C) Suspender antibiótico, iniciar Mesalazina 500 mg de 12/12h, dieta rica em cereais, não ingerir pipoca e nozes e colonoscopia em 3 meses.
 - (D) Suspender antibiótico, dieta rica em frutas e verduras, sem contraindicação para a ingestão de pipoca, nozes e sementes e colonoscopia após 6 semanas.

46. Com relação à diverticulite aguda complicada, é CORRETO afirmar:

- (A) Como alternativa para abreviar o tempo cirúrgico durante a realização do procedimento de Hartmann, o cólon sigmoide distal, se não estiver inflamado, pode ser deixado para ressecção posterior.
- (B) Hinchey Ib com abscesso de 3 cm deve ser tratado com antibioticoterapia e drenagem percutânea.
- (C) Pacientes jovens devem ter indicação cirúrgica precoce em comparação com os idosos.
- (D) Após o procedimento de Hartmann, a colostomia deve ser fechada em pelo menos 60 dias.

47. Paciente, sexo feminino, 80 anos, hipertensa, internada na enfermaria de ortopedia após tratamento cirúrgico para fratura do fêmur, evolui estável, sem leucocitose com PCR negativo para *Clostridium difficile*, porém com acentuada distensão abdominal, com parada de eliminação de gases e fezes, com a tomografia de abdome evidenciando distensão exclusiva do cólon sem ponto obstrutivo e com ceco de 7 cm de diâmetro. Nesse primeiro momento foi indicado jejum, reposição hidroeletrólítica, suspender opioides e iniciada Neostigmina e preparo do cólon retrógrado para a realização de colonoscopia descompressiva. Os erros cometidos na condução do caso e a conduta adequada são:

- (A) A colonoscopia deverá ser indicada somente se houver falha das medidas clínicas realizadas, devendo o preparo do cólon ser realizado via oral.
- (B) Nesse primeiro momento não está indicada a colonoscopia nem o preparo do cólon, devendo ser iniciada Neostigmina com monitorização cardíaca.
- (C) Deveria ter sido passada a sonda nasogástrica e indicada colonoscopia sem preparo intestinal, pois o objetivo do exame é a descompressão do cólon.
- (D) Não há indicação de colonoscopia, pois a recorrência da distensão é comum, devendo ser programada cecostomia descompressiva.

48. Sobre o volvo de sigmoide, é CORRETO afirmar:

- (A) Nos casos de recorrência do volvo, após descompressão colonoscópica em paciente idoso, a melhor conduta é a sigmoidopexia.
- (B) Durante a laparotomia, nos casos de gangrena do sigmoide, a reversão da torção deve ser realizada antes da ligadura vascular e ressecção do sigmoide.
- (C) Está entre as principais causas de obstrução intestinal na gravidez.
- (D) Enema opaco com bário deve ser realizado, pois mostra a alteração “bico de ave” no local da torção.

49. Com respeito à hemorragia digestiva baixa, é CORRETO afirmar:

- (A) As ectasias vasculares são mais frequentes, respectivamente, no jejuno, duodeno, estômago, cólon direito e íleo, sendo que a maioria dos pacientes apresenta lesões em múltiplos locais.
- (B) A causa mais comum de hemorragia digestiva baixa é a diverticulose colônica.
- (C) O sangramento secundário à colite isquêmica, em geral, não é grave e costuma ocorrer no ponto de Griffiths, localizado na junção reto-sigmoide, e no ponto de Sudeck, localizado no ângulo esplênico.
- (D) Em paciente jovem com hemorragia digestiva baixa maciça é preciso considerar o diagnóstico de divertículo de Meckel, sendo a colonoscopia o melhor exame para o seu diagnóstico.

50. Sobre trauma colorretal:

- I. Há segurança e eficácia no reparo primário de lesão de cólon grau 2 mesmo na presença de fatores de risco.
- II. Durante a laparotomia para controle de danos, em grandes traumas abdominais, o cólon pode ser fechado sem a realização de anastomose ou colostomia.
- III. Lesão penetrante extensa no reto extraperitoneal deve ser suturada por via transanal, drenada pré-sacral, sigmoidostomia em alça e lavagem distal do reto.
- IV. Laceração anal em paciente estável é tratada com sutura primária sem colostomia.

Das afirmações acima, estão CORRETAS:

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

51. A Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) são consideradas doenças inflamatórias crônicas e recidivantes do trato gastrointestinal. No que se refere a essas doenças, é CORRETO afirmar:

- (A) Os probióticos desempenham um papel no tratamento e/ou prevenção da recidiva na RCU, porém essa ação não é observada na prevenção da bolsite após proctocolectomia total com bolsa ileal e anastomose ileoanal.
- (B) O risco de displasia e câncer é maior na DC do que na RCU, havendo relação com a extensão e a duração da doença, principalmente quando acomete o íleo terminal e o períneo.
- (C) O uso de anti-inflamatórios não hormonais e de ácido acetilsalicílico está associado a um risco aumentado de recidivas e exacerbações.
- (D) A genética parece desempenhar um papel mais proeminente na DC do que na RCU.

52. Considerando um paciente com 30 anos e diagnóstico de Doença de Crohn há +/- 10 anos, sem cirurgias prévias, que evoluiu com dor e distensão abdominais, associada à perda de peso e vômitos ocasionais, sendo evidenciada pela enterotomografia uma estenose em íleo distal de aproximadamente 3 cm de extensão e dilatação a montante, é CORRETO afirmar:

- (A) A ressecção não é uma boa opção, devendo-se considerar estenoplastia ou dilatação endoscópica.
- (B) Independentemente das características da estenose, inflamatória ou fibrótica, o tratamento deve ser cirurgia de urgência.
- (C) Ressecção cirúrgica pode ser considerada em situações de múltiplas estenoses num curto segmento de intestino.
- (D) Uma boa opção cirúrgica para o referido caso seria estenoplastia pela técnica de Finney.

53. Com relação ao adenocarcinoma colorretal associado à Retocolite Ulcerativa (RCU), é CORRETO afirmar:

- (A) A presença de colangite esclerosante primária aumenta o risco.
- (B) Tem risco acumulativo de 5% ao ano depois dos primeiros 10 anos de doença.
- (C) A vigilância com colonoscopia deve ser iniciada no momento do diagnóstico da RCU.
- (D) Cerca de 30% dos pacientes vive com doença continuamente ativa, sendo esse o principal fator de risco.

- 54.** Paciente, sexo feminino, 35 anos, teve o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa (RCU). A inflamação é distal, índice de gravidade Mayo 2, sendo classificada como doença moderada. Na orientação terapêutica, é CORRETO afirmar:
- (A) O Infliximabe deve ser usado em monoterapia, já que a associação com tiopurinas não demonstrou melhores resultados.
 - (B) As formulações orais com 5 aminossalicilatos não são efetivas na indução de remissão.
 - (C) Os corticosteroides são usados na indução e na manutenção da remissão.
 - (D) As tiopurinas são medicamentos efetivos poupadores de corticosteroides.
-
- 55.** Paciente, sexo feminino, 35 anos, portadora de Retocolite Ulcerativa (RCU) moderada e extensa, foi inicialmente tratada com Mesalazina via oral na dose de 6 g há 2 meses sem melhora dos sintomas. Uma nova colonoscopia demonstra inflamação de todo o cólon com escore endoscópico de Mayo 2. A terapêutica mais recomendada é:
- (A) Os corticoides orais devem ser usados apesar da baixa resposta clínica (20%).
 - (B) A maioria dos pacientes refratários aos corticoides respondem ao tratamento de indução com Infliximabe.
 - (C) No caso de não resposta aos corticoides, iniciamos a Azatioprina que habitualmente possui ação rápida com resposta em menos de 30 dias.
 - (D) Está indicado o início da Ciclosporina endovenosa.
-
- 56.** Paciente, sexo masculino, 50 anos, foi internado com agudização clínica de Retocolite Ulcerativa (RCU). O paciente fazia uso regular de Azatioprina há 6 meses com excelente controle clínico, porém há cerca de 30 dias vem apresentando um quadro de diarreia e cólicas. O paciente foi diagnosticado com colite grave. A melhor conduta é:
- (A) Usar anticolinérgicos para diminuir a diarreia.
 - (B) Pesquisar *Clostridium difficile* e citomegalovírus.
 - (C) Não realizar profilaxia tromboembólica pelo risco de sangramento.
 - (D) Não usar corticosteroides pelo risco de infecção pulmonar.
-
- 57.** No tratamento clínico da doença inflamatória intestinal (Retocolite e Doença de Crohn), devemos utilizar concomitantemente o ácido fólico (1 mg ao dia) com o grupo de drogas:
- (A) 6-mercaptopurina e Adalimumabe.
 - (B) Azatioprina e Infliximabe.
 - (C) Sulfassalazina e Metotrexato.
 - (D) Metronidazol e Vedolizumabe.

58. Após uma ressecção intestinal por Doença de Crohn, podemos ter uma recidiva endoscópica da doença de 54% em 5 anos. Considerando essa afirmação, a melhor estratégia para a profilaxia da recidiva endoscópica após a cirurgia é:

- (A) Budesonida.
 - (B) Antibióticos.
 - (C) Mesalazina.
 - (D) Agente anti-TNF.
-

59. Com relação à Doença de Crohn, é CORRETO afirmar:

- (A) Apenas as fístulas enteroentéricas sintomáticas devem ser operadas.
 - (B) As fístulas enterocutâneas pós-enterectomias, na sua maioria, são secundárias a extravasamento da anastomose e, por isso, há menor probabilidade de fechamento com tratamento clínico.
 - (C) Fístulas enterocutâneas são o tipo mais comum de fístula, sendo a maioria originada no íleo terminal.
 - (D) Fístula ileossigmoide é uma complicação rara entre as fístulas abdominais.
-

60. Sobre o tratamento cirúrgico eletivo para a Retocolite, é INCORRETO afirmar:

- (A) A proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva cura a doença, erradica os riscos de malignidade, não há contraindicações absolutas, mas tem risco potencial para lesão nervosa no intraoperatório.
 - (B) A colectomia total com anastomose ileorretal é reservada para pacientes com pouco ou nenhum acometimento retal, boa complacência do reto e ausência de neoplasia nesse segmento.
 - (C) A principal causa de falha na colectomia total com anastomose ileorretal é a proctite refratária e, caso isso ocorra, outra cirurgia para ressecção do coto retal e confecção de bolsa ileal com anastomose ileoanal não é possível de ser realizada.
 - (D) A proctocolectomia com bolsa ileal e anastomose ileoanal é o procedimento de escolha, apesar do risco de disfunção sexual/urinária.
-

61. Considerando a proctocolectomia total com bolsa ileal com anastomose ileoanal, é INCORRETO afirmar:

- (A) Pode ser oferecida para pacientes idosos com Retocolite Ulcerativa que possuam continência anal normal, com resultados a longo prazo comparáveis ao de pacientes mais jovens.
- (B) Em pacientes com câncer de reto, a terapia neoadjuvante nem sempre representa uma contraindicação absoluta.
- (C) Para paciente com IMC acima de 30, é aconselhável realizar primeiramente a colectomia, para permitir o controle da doença e conseguir perder peso antes da proctectomia com bolsa ileal e anastomose ileoanal.
- (D) Problemas de defecação evidenciados no pré-operatório, como neuropatia diabética e incontinência fecal, não são considerados uma contraindicação relativa.

62. Os fatores de risco e o tratamento para infecção por *Clostridium difficile* são:

- (A) Uso regular de inibidores de bomba de prótons, contato com estabelecimento de saúde e preparo mecânico do cólon. Tratamento oral com Metronidazol e, caso não haja melhora, associar Vancomicina oral para caso leve a moderado.
- (B) Contato com estabelecimento de saúde, idade avançada e cefalosporina de segunda geração. Tratamento com Vancomicina endovenosa para caso grave.
- (C) Preparo mecânico do cólon, adulto jovem e antibiótico parenteral profilático em cirurgia eletiva. Tratamento com transplante de microbiota fecal por sonda nasogástrica para casos recidivantes.
- (D) Uso regular de inibidores de bomba de prótons, doença inflamatória intestinal e uso prévio de Clindamicina. Tratamento oral com Vancomicina para caso grave.

63. A opção que tem comprovada ação para tratamento do sangramento secundário à retite actínica é:

- (A) Terapia endoscópica com plasma de argônio e enema de esteroides.
- (B) Aplicação tópica de gaze com Formalina e terapia endoscópica com plasma de argônio.
- (C) Enema de esteroide e enema de Mesalazina.
- (D) Terapia endoscópica com plasma de argônio e enema de ácidos graxos.

64. Qual das opções NÃO DEVE ser considerada na confecção de uma ileostomia ou colostomia em um paciente obeso mórbido?

- (A) Colostomia em alça no cólon transverso.
- (B) Posicionamento do estoma na parede abdominal supraumbilical.
- (C) Posicionamento do estoma fora da bainha do reto abdominal.
- (D) Estoma em alça terminal (confecção do estoma em alça a montante do fechamento da alça).

65. É CORRETO afirmar:

- (A) O edema precoce da ileostomia pode ocasionar obstrução intestinal que, nesse caso, deve ser inicialmente tratada inserindo um cateter Foley para descompressão.
- (B) O reparo local da hérnia paracolostômica pela técnica de Sugarbaker apresenta alta taxa de recorrência.
- (C) Colostomia isquêmica acima da fáscia (da aponeurose) deve ser reabordada de imediato para evitar evolução para perfuração, estenose e desabamento.
- (D) Débito pela ileostomia de 1.200 ml no terceiro dia de pós-operatório deve ser tratado com Loperamida para evitar deficiência de vitamina B12 e distúrbios hidroeletrólíticos.

66. Paciente, sexo feminino, 29 anos, chega ao consultório com queixa de dificuldade para evacuar desde a adolescência. Nega comorbidades e gestação. Refere pouca ingestão de fibras, líquidos e atividade física. Hábito intestinal atual de 2 evacuações por semana com fezes em sítalos. Uso progressivo de laxativo à base de senna há vários anos com “perda do efeito” nos últimos meses. Exames laboratoriais, manometria anorretal e defecografia normais. Colonoscopia compatível com *melanosis coli* e trânsito colônico evidenciando 30% dos marcadores espalhados pelo cólon no quinto dia. O seu diagnóstico e conduta após orientação para melhorar hidratação, alimentação e atividade física são:

- (A) Constipação secundária à defecação obstruída; manter laxativo senna e introduzir laxante osmótico (lactulose) e óleo mineral.
- (B) Constipação de trânsito intestinal lento; propor colectomia total, pois a paciente é jovem, constipada crônica e com pouca chance de complicações pós-operatórias.
- (C) Não apresenta constipação, pois o hábito intestinal está normal; suspender laxativo senna, introduzir óleo mineral, avaliação nutricional (35 g de fibra ao dia) e psicológica.
- (D) Constipação de trânsito intestinal lento; suspender laxativo senna e introduzir laxante osmótico (lactulose) e óleo mineral.

67. Sobre o diagnóstico que a defecografia pode fornecer em pacientes com suspeita de defecação obstruída, é CORRETO afirmar:

- (A) Descenso perineal; quando menos de 1/3 do reto está abaixo da linha pubococcígea durante a fase de repouso do exame.
- (B) Contração paradoxal; falta de relaxamento do músculo elevador do ânus durante a fase evacuatória do exame.
- (C) Retocele; abaulamento da parede anterior do reto maior que 2 cm, observada exclusivamente em mulheres.
- (D) Intussuscepção retoanal; invaginação da parede retal observada durante a fase de contração.

68. Paciente, 20 anos, durante o parto via vaginal apresentou laceração perineal com lesão do esfíncter anal interno e externo anterior entre as 10 e 2h. Após a alta hospitalar, a paciente evoluiu com incontinência anal sendo indicada cirurgia após o término do período de amamentação (6 meses). No intraoperatório, a musculatura esfínteriana foi amplamente dissecada, mais de 180°, e submetida a esfínteroplastia com sutura dos esfíncteres sobreposto em bloco, “em jaquetão”, com fio absorvível e posterior sutura da pele. Paciente foi orientada a realizar biofeedback e que a chance de recidiva da incontinência a longo prazo é alta. Os erros cometidos na condução do caso foram:

- (A) A chance de recidiva da incontinência é pequena a longo prazo, desde que a paciente realize biofeedback constantemente.
- (B) A condução do caso foi adequada.
- (C) Biofeedback deveria ter sido orientado no pré-operatório e a injeção de biomateriais no espaço submucoso ao redor de todo o canal anal é a primeira opção de tratamento nesse caso.
- (D) Lesão perineal pós-parto deve ser imediatamente corrigida e deve ser evitada dissecação esfínteriana superior a 180° pelo risco de lesão do nervo pudendo.

69. Com relação ao prolapso retal completo, correlacione as opções abaixo:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Cirurgia de Delorme. | A. Indicada para prolapso pequeno em paciente com alto risco cirúrgico. |
| 2. Cirurgia de Altemeier. | B. Mobilização do plano retovaginal, a tela é suturada ao reto e, posteriormente, ao sacro. |
| 3. Retopexia transabdominal. | C. Retossigmoidectomia perineal com anastomose primária. |
| 4. Retopexia ventral. | D. Mobilização do reto posteriormente e fixação ao sacro. |

A correlação CORRETA é:

- (A) 1A, 2C, 3D e 4B.
(B) 1C, 2A, 3D e 4B.
(C) 1A, 2C, 3B e 4D.
(D) 1B, 2D, 3A e 4C.

70. Paciente, sexo feminino, 56 anos, comparece ao consultório com queixa de 2 episódios em 6 meses de dor retal súbita, intensa, com duração de 5 a 10 minutos, noturna, que melhorou subitamente sem necessidade de analgesia e não relacionada a fatores de melhora ou piora. Nega comorbidades, hábito intestinal diário. Exame proctológico sem alterações. Colonoscopia e ressonância magnética de pelve normais. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Neuralgia do nervo pudendo.
(B) Proctalgia crônica – síndrome do elevador do ânus.
(C) Proctalgia fugaz.
(D) Coccigodínia.

