

## 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 PROVA!**

**CADERNO  
VERSÃO**

**A**

**01.** Sobre as glândulas de Chiari, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Todas as glândulas têm uma cripta, mas nem todas as criptas têm uma glândula.
- (B) Existem em média 15 glândulas anais no quadrante anterior constituindo a fonte das fístulas e abscessos.
- (C) Algumas criptas estão conectadas às múltiplas glândulas.
- (D) As glândulas terminam de forma variável na submucosa, no esfíncter anal interno ou no sulco interesfincteriano.

**02.** Estão **CORRETAS** as afirmações:

- I. A Doença de Hirschsprung é caracterizada pela ausência congênita dos gânglios dos plexos mioentérico e submucoso.
- II. As células intersticiais de Cajal, presente na mucosa colônica, constituem células de origem dos tumores do Estroma Gastrointestinal (GISTs).
- III. Pacientes com constipação, devido ao trânsito intestinal lento, apresentam uma frequência reduzida de contrações de alta amplitude, e carecem da resposta fásica pós-prandial da variação diurna da atividade motora colônica.
- IV. Em pacientes constipados foi observado também a ocorrência da perda e lesão das células intersticiais de Cajal.
- V. A constipação intestinal de trânsito lento está associada a uma etiologia miopática, enquanto a síndrome do intestino irritável está associada à etiologia neuropática.

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

**03.** Sobre a anatomia do cólon, é **CORRETO** afirmar:

- (A) A artéria mesentérica inferior se origina a 5 cm acima da bifurcação da aorta, próximo ao ângulo de Treitz e, após cruzar a artéria ilíaca comum esquerda, torna-se a artéria retal superior.
- (B) A artéria cólica direita está presente em aproximadamente metade dos casos, podendo ser ramo da artéria ileocólica ou da artéria mesentérica superior.
- (C) A linha branca de Toldt, a qual representa a reflexão peritoneal lateral, está localizada no cólon direito e no esquerdo e sua abertura permite acesso ao pâncreas.
- (D) A junção retossigmoide é identificada pela confluência das tênias do cólon e o final dos apêndices epiplóicos e trata-se da porção mais estreita do cólon.

**04.** Sobre a orientação do consumo diário de fibras, a diminuição do consumo exagerado de proteínas e a ingestão de pré-bióticos e probióticos é **INCORRETO** afirmar:

- (A) A fermentação das proteínas resulta na formação de metabólitos potencialmente tóxicos, incluindo fenóis, indóis e aminas, que podem promover a carcinogênese.
- (B) A mucosa colônica obtém a sua nutrição pelo processo de fermentação, produzindo ácidos graxos de cadeia curta, incluindo o butirato, que é a principal fonte de energia dos colonócitos.
- (C) Os prébióticos são bactérias vivas e os probióticos são nutrientes (normalmente carboidratos), que, quando consumidos em quantidades suficientes, conferem benefícios para a saúde.
- (D) O aumento da massa fecal propicia um aumento do trânsito colônico, bem como a redução da pressão intracolônica, que, combinados, podem retardar o desenvolvimento da doença diverticular.

**05.** Sobre trauma retal, é INCORRETO afirmar:

- (A) Lesão retal intraperitoneal deve seguir os mesmos conceitos de tratamento das lesões colônicas.
- (B) Lesão tipo II por empalamento no reto distal deve ser tratada com sutura, lavagem retal, antibiótico, terapia e sigmoidostomia em alça.
- (C) Ferimentos por arma de fogo na região glútea exigem investigação completa, mesmo na ausência de sangue retal.
- (D) Retossigmoidoscopia rígida ou flexível e tomografia com contraste via retal são exames que devem ser solicitados.

**06.** Sobre a retossigmoidoscopia rígida, é CORRETO afirmar:

- (A) Atualmente, a sua principal indicação é para a identificação e a localização precisa de lesões retais.
- (B) Foi substituído pela retossigmoidoscopia flexível, pois é menos traumática, mais aceita socialmente e consegue atingir o sigmoide distal, local onde a retossigmoidoscopia rígida não chega.
- (C) Está associada à maior incidência de complicações, como sangramento e perfuração, quando comparada à retossigmoidoscopia flexível.
- (D) Como o aparelho tem 25cm de comprimento, o paciente deve ser examinado, exclusivamente, em decúbito lateral esquerdo, para minimizar o risco de perfuração da transição retossigmoide.

**07.** Sobre a técnica para polipectomias, é CORRETO afirmar:

- (A) O pólipó pediculado deve estar, idealmente, na posição de 3h a 5h, direcionado para o lúmem intestinal, sendo utilizado endoclip para evitar sangramento.
- (B) O uso de pinça de biópsia a frio é indicado para pólipos sésseis de até 8 mm.
- (C) Para os pólipos pediculados, a alça deve ser fechada no meio do pedículo para garantir um coto suficiente para nova captura pela pinça, se houver sangramento.
- (D) Durante a polipectomia com alça, com uso de eletrocautério, a liberação de energia deve ser lenta e com alta potência para evitar sangramento.

**08.** Homem, 60 anos, sem comorbidade, traz exame de colonoscopia, realizado há 15 dias, que evidenciou lesão séssil de 5 cm não deprimida, com aparência granular, no cólon direito, envolvendo 1/3 da circunferência do cólon, biópsia compatível com adenoma túbulo-viloso de alto grau. Sobre a ressecção endoscópica dessa lesão, é CORRETO afirmar:

- (A) A ressecção endoscópica deve ser tentada, mesmo com o risco de sangramento e de perfuração, e, caso haja recidiva local, a ressecção cirúrgica será obrigatória pelo risco de acometimento linfonodal.
- (B) A lesão apresenta alguns fatores de risco para a recidiva local, como ser maior que 4 cm, ter aparência granular e estar localizada no cólon direito.
- (C) A cirurgia vídeo-laparoscópica deve ser indicada, pois as características da lesão apresentam fatores de risco para a invasão profunda da submucosa.
- (D) A lesão é passível de ressecção endoscópica, porém a ressecção pode ser fragmentada causando dificuldade para o diagnóstico histológico, estadiamento e avaliação das margens.

**09.** Estão CORRETAS as afirmações:

- I. É seguro deixar o mesentério (brecha do meso) aberto após uma anastomose íleo cólica por vídeolaparoscopia.
- II. A drenagem da anastomose colorretal favorece a detecção precoce de uma deiscência e pode atenuar as suas consequências.
- III. O efluente de aparência benigna do dreno exclui uma deiscência ou um abscesso anastomótico.
- IV. A derivação proximal (ileostomia ou colostomia em alça) evita a deiscência da anastomose e suas complicações.
- V. A drenagem da anastomose colorretal não deve ser realizada por rotina, pois há evidências de que o dreno causa eventos adversos graves.

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

**10.** A alternativa que inclui todas as situações clínicas que impedem a realização de uma anastomose colorretal, mesmo com derivação proximal é:

- (A) Cirurgia de emergência, idade avançada, radioterapia prévia e despreparo intestinal.
- (B) Desnutrição grave, imunossupressão significativa, contaminação fecal macroscópica ou de longa data e o risco de desenvolver instabilidade hemodinâmica no pós-operatório.
- (C) Uso de esteroides, perda de peso, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Doença de Crohn.
- (D) Hemorragia significativa, uso de vasopressores, obesidade e diverticulite aguda.

**11.** Sobre estenose da anastomose colorretal baixa, é INCORRETO afirmar:

- (A) A dilatação endoscópica tem melhor resultado quando a estenose é menor que 1 cm.
- (B) Isquemia, anéis da anastomose incompletos, deiscência da anastomose, hemorragia e radioterapia são fatores de risco.
- (C) A dilatação digital ou o uso da vela de Hegar tem baixa taxa de sucesso na estenose curta.
- (D) Toque retal, enema opaco e colonoscopia devem ser usados para o diagnóstico.

**12.** Paciente, 23 anos G1P1A0, após 2 meses do parto vaginal, com período expulsivo longo, chega ao consultório queixando-se de saída de gases pela vagina. Nega dor abdominal e comorbidades. Exame físico, colonoscopia e ressonância magnética de pelve não apresentam alterações. A hipótese diagnóstica e a conduta são:

- (A) Trata-se de fístula retovaginal oculta e a conduta é exame sob anestesia.
- (B) Trata-se de fístula retovaginal oculta e a conduta é vídeolaparoscopia diagnóstica concomitante com colonoscopia no intraoperatório.
- (C) Trata-se de fístula colo-vaginal por provável diverticulite do sigmoide e a conduta é a solicitação de enema opaco.
- (D) Trata-se de fístula oculta de algum segmento intestinal com a vagina e/ou útero e a conduta é expectante.

**13.** Sobre a doença pilonidal, é CORRETO afirmar:

- (A) A fisiopatologia inclui atrito, calor, umidade, lesão da pele e o encarceramento de pelos que surgem exclusivamente no local.
- (B) A doença pilonidal adquirida é limitada à área interglútea e é mais comum em homens.
- (C) Mulheres são mais afetadas quando se trata de doença pilonidal de origem congênita.
- (D) Fatores de risco incluem higiene precária, histórico familiar, anatomia profunda do sulco interglúteo, obesidade e transpiração excessiva.

**14.** Úlceras anais e perianais em pacientes jovens sexualmente ativos, além de sífilis e herpes, devem ser suspeitas para:

- (A) Úlcera idiopática do HIV e condiloma.
- (B) Linfogranuloma venéreo e molusco contagioso.
- (C) Cancroide e linfogranuloma venéreo.
- (D) Cancroide e donovanose.

**15.** Sobre a sífilis, é CORRETO afirmar:

- (A) O tratamento correto da sífilis primária e secundária deve resultar no declínio dos títulos dos testes treponêmicos no decorrer dos primeiros meses após o tratamento.
- (B) A maioria dos pacientes é diagnosticada durante a infecção primária, o que contribuiu para o aumento expressivo do seu diagnóstico nas últimas décadas.
- (C) Paciente com resultado negativo de teste não treponêmico, porém com fortes indicadores clínicos, deve repetir o teste dentro de 2 semanas.
- (D) Pacientes com HIV+ devem ser tratados para neurosífilis somente nos casos de sífilis terciária latente tardia ou duração desconhecida.

**16.** Após hemorroidectomia ressectiva de 3 mamilos hemorroidários (localizações clássicas), foi feito em um deles o diagnóstico anátomo patológico de melanoma anal de 0,4 cm, com margens livres e sem invasão perineural. Como não foi identificada para o patologista, qual a localização de cada peça, não se sabe qual mamilo hemorroidário tinha o melanoma. Neste caso, a conduta CORRETA é:

- (A) Amputação abdomino perineal.
- (B) Observação e estadiamento com tomografia de tórax, abdome e pelve.
- (C) Iniciar rádio e quimioterapia.
- (D) Ressecção das áreas cicatriciais operadas para garantir a ressecção R0.

**17.** Paciente, 65 anos, foi submetido à biópsia de uma lesão de 4cm ao nível da linha pectínea que ocupa metade da circunferência do canal anal, sendo que o anátomo patológico demonstrou se tratar de adenocarcinoma mucinoso primário do ânus. Frente a esse diagnóstico, a conduta CORRETA é:

- (A) Realizar o estadiamento e o tratamento como se fosse adenocarcinoma de reto baixo.
- (B) Solicitar revisão da lâmina, pois adenocarcinoma, obrigatoriamente, é proveniente da mucosa colorretal.
- (C) Indicar amputação abdomino perineal do reto, pois são tumores agressivos com prognóstico sombrio.
- (D) Indicar ressecção local, pois podem ser provenientes de uma fístula anorretal.

**18.** Paciente não apresentou resposta completa a rádio e a quimioterapia para o carcinoma espinocelular anal, após 6 meses de seguimento. A conduta CORRETA é:

- (A) A persistência isolada de um linfonodo inguinal com antecedente de radioterapia na região inguinal deve ser tratada com dissecação do linfonodo associada à amputação abdomino perineal e quimioterapia sistêmica.
- (B) A persistência isolada de um linfonodo inguinal pode ser tratada com novo ciclo de radioterapia da região inguinal, com ou sem quimioterapia, desde que a amputação abdomino perineal seja uma ressecção R0.
- (C) Deve ser submetido a novo estadiamento com PET-CT.
- (D) A amputação abdomino perineal é obrigatória, com ou sem linfadenectomia inguinal, a depender do acometimento dessa região.

**19.** Paciente com antecedente de condiloma anal veio à consulta para obter informações sobre a vacinação quadrivalente anti-HPV. Sobre esse assunto (Neoplasia Intra-epitelial Anal – NIA), está CORRETO afirmar:

- (A) Não tem indicação para pacientes que já apresentaram lesões secundárias ao HPV.
- (B) Não reduziu de modo significativo as taxas de NIA de médio e alto grau.
- (C) Nos pacientes virgens para HPV, sua eficácia foi alta para neoplasia intraepitelial cervical e vulvar, mas baixa para condiloma anogenital.
- (D) Apresentou redução na recidiva da NIA em homens previamente tratados de NIA de alto grau.

**20.** Sobre o tratamento das doenças proctológicas em pacientes HIV controlados, com carga viral baixa e CD4 normais, é INCORRETO afirmar:

- (A) Hemorroida externa trombosada deve ser tratada da mesma forma que em pacientes HIV negativos.
- (B) Hemorroidectomia pela técnica excisional é pouco segura.
- (C) Abscessos e fístulas podem ser tratados com as mesmas técnicas cirúrgicas utilizadas com os pacientes HIV negativos.
- (D) Fissura anal pode representar uma coinfeção por outra infecção sexualmente transmissível.

**21.** Sobre os tumores pré-sacrais, marque verdadeiro (V) ou falso (F):

1. As lesões congênitas são as mais frequentes, podendo ser císticas ou sólidas, benignas ou malignas, e são mais comuns nas mulheres.
2. A ressonância magnética é superior à tomografia para o diagnóstico, porém falha em determinar se a lesão é sólida ou cística.
3. Nunca devem ser submetidas à biópsia pelo risco de disseminação local.
4. São classificadas em lesões congênitas, neurogênicas e ósseas.
5. Tumor que necessita de abordagem combinada (abdominal e perineal) a parte perineal é mais facilmente abordado na posição de litotomia em comparação com a posição de canivete, após a abordagem do abdome.

A alternativa CORRETA é:

- (A) 1-V, 2-V, 3-F, 4-V e 5-V.
- (B) 1-V, 2-F, 3-V, 4-V e 5-F.
- (C) 1-F, 2-V, 3-V, 4-F e 5-F.
- (D) 1-V, 2-F, 3-F, 4-V e 5-F.

**22.** Relacione a coluna 1 com a coluna 2:

**Coluna 1**

1. Síndrome de polipose juvenil.
2. Síndrome de Peutz-Jegher.
3. Polipose associada a MUTYH.
4. Síndrome de Gardner.

**Coluna 2**

- A. Polipose adenomatosa familiar associada a tumor desmoide, osteomas, cistos epidermóides e dentes extranumerários.
- B. Pólipos hamartomatosos com histologia apresentando crescimento excessivo da muscular da mucosa.
- C. Pólipos hamartomatosos com histologia apresentando crescimento excessivo da lâmina própria, abundante mucina e células inflamatórias crônicas.
- D. Única síndrome de câncer colorretal hereditária com padrão de herança autossômica recessiva.

A alternativa CORRETA é:

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

**23.** Paciente, 30 anos, casado e com filho de 2 anos, foi diagnosticado com polipose adenomatosa familiar e quer saber qual é a orientação para o rastreamento desta em seus familiares. A esposa não apresenta nenhuma doença genética. Sobre o assunto estão CORRETAS:

- I. Por ser uma doença autossômica dominante, o filho tem probabilidade de 50% de apresentar a doença.
- II. Se o paciente tiver uma mutação APC conhecida, é apropriado efetuar um teste de DNA de linhagem germinativa dos parentes de primeiro grau.
- III. Se o paciente não tiver mutação detectável, o teste genético para a mutação APC nos parentes de primeiro grau não está indicado.
- IV. Para a família sem diagnóstico genético, os parentes de primeiro grau que não apresentarem pólipos aos 40 anos de idade podem passar a fazer o rastreamento como a população geral.
- V. O filho deve iniciar o rastreamento 10 anos antes do diagnóstico do pai. (aos 20 anos)

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

**24.** Sobre o tratamento cirúrgico do tumor desmoide, é CORRETO afirmar:

- (A) Os tumores intra-abdominais, em geral, estão localizados na borda anti-mesentérica do intestino delgado.
- (B) A cirurgia não está indicada caso não seja possível uma ressecção R0.
- (C) A cirurgia constitui habitualmente o tratamento de primeira linha para os tumores de parede abdominal sintomáticos.
- (D) Obstrução intestinal, fístula enterocutânea e obstrução ureteral não devem ser operadas, sendo indicada palição com Sulindaco, terapia antiestrogênico, quimioterápicos e/ou radioterapia.

**25.** Sobre metástase no câncer colorretal, as afirmações CORRETAS são:

- I. As metástases pulmonares podem ser mais comuns no câncer retal, comparando com o de cólon, em virtude do duplo suprimento sanguíneo do reto (portal e sistêmico).
- II. A cirurgia de citorredução associada à quimioterapia intraperitoneal é, atualmente, o padrão ouro para os casos carcinomatose peritoneal.
- III. No tumor de cólon, o peritônio ocupa o segundo lugar como local de metástase, perdendo apenas para o fígado.
- IV. PET-CT é o padrão ouro para detecção de metástases peritoneais.
- V. Ooforectomia bilateral profilática pré-menopausa não deve ser considerada durante o tratamento cirúrgico do câncer colorretal.

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

**26.** Observe a situação da prática clínica descrita:

CEA: antígeno carcinoembrionário / CD: Conduta

A conduta INCORRETA é:

- (A) Avaliação completa de todo o cólon quando a colonoscopia apresentar um tumor de sigmoide intransponível ao aparelho em um paciente sem obstrução intestinal. CD: Colonoscopia virtual ou enema opaco.
- (B) Câncer detectado em um pólipó removido, com o local da polipectomia não tatuado. CD: Nova colonoscopia o mais rápido possível para tatuagem da cicatriz.
- (C) Realizada polipectomia, com colocação de clip em um pólipó sugestivo de acometimento neoplásico, mas o endoscopista teve dúvida quanto à localização exata do pólipó e não possui corante para a tatuagem. CD: Rx de abdome imediatamente após a colonoscopia.
- (D) Paciente, 45 anos, pai faleceu de câncer colorretal aos 50 anos, veio à consulta para rastreamento. CD: colonoscopia e CEA.

**27.** Sobre o manejo cirúrgico do câncer de cólon, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A margem de ressecção mínima deve ser de 15 cm.
- (B) A manobra do borracheiro, realizada na anastomose do lado esquerdo, não está associada à diminuição na incidência de deiscência.
- (C) Não há diferença nos resultados obtidos com a ressecção do câncer feita por via aberta e laparoscópica.
- (D) A terapia de primeira linha para pacientes com metástases hepáticas irresssecáveis e com tumor de cólon assintomático ainda é a cirurgia.

**28.** Paciente, 35 anos, sem comorbidades, está sendo operada pela equipe da ginecologia devido à endometriose profunda. A colonoscopia pré-operatória evidencia abaulamento extrínseco ao nível do retossigmoide com pequena erosão da mucosa e a ressonância magnética é compatível com endometriose profunda retovaginal. Na vídeolaparoscopia foi observado implante único na transição retossigmoide de 2,5 cm. A conduta CORRETA nesse momento é:

- (A) Excisão de toda a espessura da parede juntamente com a lesão e sutura primária transversal.
- (B) Realização de retossigmoidectomia com anastomose primária término-terminal.
- (C) Excisão da lesão sem abertura da mucosa, margem de segurança de, no mínimo, 1 cm e sutura primária longitudinal.
- (D) Vaporização da lesão com laser de CO2 ou eletrocautério.



**29.** Sobre a doença diverticular, estão CORRETAS:

- I. Não há diverticulite no cólon transverso.
- II. Os divertículos de ceco podem ser divertículos verdadeiros ou falsos.
- III. O principal diagnóstico diferencial da diverticulite cecal é apendicite aguda.
- IV. Divertículo gigante do cólon deve ser tratado com diverticulectomia.
- V. Divertículo do reto é habitualmente único e verdadeiro.

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

**30.** As complicações da doença diverticular que NÃO têm indicação de retossigmoidectomia eletiva em um paciente hígido e oligossintomático é:

- (A) Tumoração palpável após episódio de diverticulite aguda Hinchey II tratado com punção guiada.
- (B) Estenose do sigmoide pós-episódio único de diverticulite aguda Hinchey IB tratado clinicamente.
- (C) Fístula colo-vesical.
- (D) Episódios recorrentes de hemorragia digestiva baixa com necessidade de transfusão sanguínea em um curto intervalo de tempo (6 meses).

**31.** Homem, 40 anos, chega ao P.S. estável com quadro de abdome agudo obstruído não complicado, secundário ao volvo de ceco, evidenciado pelo Rx e tomografia de abdome. Leucograma de 14 mil sem desvio e demais exames laboratoriais normais. A conduta CORRETA nesse momento é:

- (A) Colonoscopia com colocação de sonda descompressiva.
- (B) Laparotomia exploradora com ceco pexia.
- (C) Laparotomia exploradora com ressecção do volvo e anastomose primária.
- (D) Cecostomia.

**32.** É CORRETO afirmar:

- (A) Intussuscepção é causa rara de obstrução intestinal, sendo as colocolônicas as mais comuns e normalmente secundárias às lesões polipoides benignas.
- (B) Colonoscopia com lesão intransponível no sigmoide, biópsia compatível com processo inflamatório. Essa lesão pode ser devido à complicação da doença diverticular, Doença de Crohn ou colite isquêmica.
- (C) É possível fazer o diagnóstico de fecaloma com o exame físico abdominal e toque retal, mas a tomografia de abdome deve ser solicitada para excluir tumoração abdominal de outra natureza.
- (D) A fisiopatologia da necrose e a perfuração do cólon, na obstrução intestinal, ocorrem devido ao aumento da pressão intraluminal levando à oclusão arterial, seguida da oclusão venosa, formação de trombo na microcirculação e, posteriormente, hipoperfusão na mucosa, nessa ordem.

**33.** Mulher, 72 anos, hipertensão controlada, realizou há 2 anos retopexia ventral laparoscópica com colocação de tela devido a prolapso retal, evoluindo com recidiva sintomática. No exame proctológico, apresenta prolapso retal da mucosa de 3 cm. A conduta CORRETA para esse caso é:

- (A) Cirurgia de Delorme.
- (B) Retopexia laparoscópica posterior (procedimento de Well), com retirada da tela.
- (C) Retossigmoidectomia laparoscópica ou robótica, com ressecção do segmento com a tela.
- (D) Cirurgia de Altemeier.

**34.** Para a confirmação de constipação intestinal de trânsito lento é necessário que a paciente apresente:

- (A) Menos de 3 evacuações por semana, dor e inchaço abdominal, trânsito colônico com mais de 20% dos marcadores intestinais retidos e distribuídos ao longo do cólon, colonoscopia e bioquímica, incluindo cálcio e função tireoidiana, normais.
- (B) Menos de 1 evacuação por semana, trânsito colônico com mais de 30% dos marcadores intestinais retidos e distribuídos ao longo do cólon, colonoscopia com dolico cólon e bioquímica, incluindo cálcio, função tireoidiana, estrógeno e progesterona, normais.
- (C) 2 a 3 evacuações por semana, dor e inchaço abdominal, náuseas, defecação incompleta, transitocolônico com mais de 20% dos marcadores intestinais retidos e distribuídos ao longo do cólon, colonoscopia com dolico cólon e bioquímica, incluindo cálcio e função tireoidiana, normais.
- (D) Menos de 3 evacuações por semana, trânsito colônico com mais de 20% dos marcadores intestinais retidos no sigmóide e no reto, colonoscopia e bioquímica, incluindo cálcio e função tireoidiana, normais e sem melhora com uso de laxativos osmóticos.

**35.** Sobre a apendicectomia ser suficiente para tratar o tumor do apêndice, está CORRETO afirmar:

- (A) Mucocele intacta, tumor carcinoide e/ou adenocarcinoma localizado no ápice do apêndice.
- (B) Tumor carcinoide entre 1 e 2 cm, com margens livres.
- (C) Adenocarcinoma *in situ* < 1 cm e/ou tumor carcinoide de até 2 cm, com margens livres.
- (D) Tumor carcinoide ou adenocarcinoma *in situ* < 1 cm, com margens livres.

**36.** Paciente, 72 anos, G3P3 todos normais, sem uso de medicações. Queixa-se de incontinência anal para gases e fezes. Inger 20 g/dia de fibra. Evacuação 3x ao dia com fezes líquidas/pastosas. Colonoscopia recente normal. Exame proctológico com esfíncter hipotônico. Manometria anorretal com pressão de repouso de 35 mmHg e pressão de contração de 90 mmHg. Ultrassom endoanal sem alterações. A melhor conduta nesse momento é:

- (A) Suspender o consumo de fibras, loperamida e esfínteroplastia.
- (B) Aumento do consumo de fibras, loperamida e biofeedback.
- (C) Injeção de biomaterias no espaço submucoso associado à esfínteroplastia.
- (D) Suspender o consumo de fibras, loperamida e injeção de biomaterias no espaço submucoso.

**37.** Sobre a síndrome do intestino irritável, é CORRETO afirmar:

- I. Diagnóstico é clínico e a doença é tipicamente recidivante e crônica.
- II. Não tem indicação de sorologia para doença celíaca para um diagnóstico diferencial.
- III. Dor e distensão abdominal juntamente com a constipação intestinal estão sempre presentes.
- IV. Está indicada a suplementação com *psyllium* e probióticos.
- V. É causada por fatores imunológicos, psicológicos e devido à alteração da microbiota intestinal.

As afirmações CORRETAS são apenas:

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

**38.** Homem, 60 anos, sem comorbidades, no pós-operatório, 3 meses de amputação abdominoperineal do reto, após neoadjuvância de curso longo, por tumor de reto baixo pT3N1M0, retorna ao ambulatório com queixa de impotência e dificuldade para ejacular. As possíveis lesões que devem ter ocorrido no intraoperatório é:

- (A) Lesão do plexo simpático, durante a ligadura da artéria mesentérica inferior causando a ejaculação retrógrada e lesão dos nervos erigentes durante a dissecação da fásia de Denonvilliers causando disfunção erétil.
- (B) Lesão do nervo hipogástrico superior, durante a dissecação do espaço retrorretal causando a ejaculação retrógrada e lesão dos nervos erigentes durante a dissecação da próstata junto à fásia de Waldeyer causando disfunção erétil.
- (C) Essas alterações estão relacionadas à idade e à radioterapia de curso longo, não devendo ser atribuídas ao procedimento cirúrgico.
- (D) Lesão do nervo parassimpático junto ao promontório, causando a ejaculação retrógrada e lesão do plexo pélvico anterolateral durante a liberação da "asa" do reto (ligamento lateral), causando disfunção erétil.

**39.** A ileostomia é realizada na fossa ilíaca direita no terço distal entre o umbigo e a crista ilíaca anterossuperior direita, distando no mínimo 5cm do umbigo, da crista ilíaca anterossuperior, da púbis, da costela e da incisão mediana. Deve-se proceder a ressecção de um disco de pele de 2cm, seguida da dissecação do subcutâneo, abertura longitudinal da bainha anterior do músculo reto abdominal, divulsão da musculatura, abertura da bainha posterior do reto juntamente com o peritônio, suficiente para passagem de 3 dedos. Maturação da ileostomia com protusão de 2 a 3cm da pele e posterior fechamento da ferida operatória abdominal.

A alternativa que contém o(s) erro(s) da descrição de uma ileostomia terminal definitiva, após uma proctocolectomia total por laparotomia em um paciente não obeso é:

- (A) Ter sido realizada no lado direito, distar 5 cm do umbigo, da crista ilíaca anterossuperior, púbis, costela e da incisão mediana e protusão de 2 a 3 cm.
- (B) Ter sido realizada no terço distal entre o umbigo e a crista ilíaca anterossuperior, suficiente para passagem de 3 dedos e fechamento da ferida operatória abdominal após a maturação.
- (C) Abertura longitudinal da bainha anterior do músculo reto abdominal, divulsão da musculatura e fechamento da ferida operatória após a maturação.
- (D) Ressecção de um disco de pele de 2 cm, suficiente para passagem de 3 dedos e maturação da ileostomia com protusão de 2 a 3 cm.

**40.** Sobre a neoadjuvância para o câncer de reto, é CORRETO afirmar:

- (A) A quimiorradioterapia de curso longo neoadjuvante tem como benefício proporcionar um melhor controle local da doença e consequente aumento da sobrevida global.
- (B) No estadiamento cT3 e cT4 a radioterapia de curta duração é preferível em relação à quimiorradioterapia de longa duração.
- (C) A amputação abdominoperineal do reto constitui o pilar do tratamento para o câncer de reto baixo localmente avançado, entretanto 1/3 desses pacientes pode apresentar resposta patológica completa após radioterapia neoadjuvante.
- (D) Quimioterapia sistêmica neoadjuvante para pacientes com risco de metástase a distância tem potencial de melhorar a sobrevida por meio de tratamento mais precoce da doença micrometastática e melhora da adesão ao tratamento.

**41.** Paciente, 42 anos, sem comorbidades, após 3 dias da realização de ligadura elástica, devido à doença hemorroidária grau 2 de moderado tamanho, entra em contato telefônico referindo que está com piora da dor há 1 dia associada à dificuldade para urinar e temperatura de 38°C. A conduta CORRETA neste momento é:

- (A) Reforçar as orientações, informando que essas alterações fazem parte do pós-operatório e que talvez isso seja devido à ligadura ter sido realizada próximo à linha pectínea.
- (B) Aumentar analgesia, realizar banho de assento com água morna com maior frequência e comparecer ao consultório no dia seguinte.
- (C) Encaminhá-lo ao P.S. para antibiótico, terapia endovenosa, analgesia, realização de tomografia de pelve e provável exame sob narcose.
- (D) Encaminhá-lo ao P.S. para sondagem vesical de alívio, analgesia e retirada da ligadura.

**42.** Com relação à doença hemorroidária, é INCORRETO afirmar:

- (A) Durante o esforço físico, os coxins hemorroidários ingurgitam para evitar o escape de material fecal e de gás, favorecendo o aparecimento da doença hemorroidária.
- (B) Hemorroidas fazem parte da anatomia normal do canal anal.
- (C) A contração do esfíncter anal interno diminui o retorno venoso, causando aumento do aumentando o ingurgitamento do coxín hemorroidário.
- (D) As fibras musculares que sustentam os coxins hemorroidários são provenientes do esfíncter anal interno e externo.

**43.** Paciente constipado com doença hemorroidária G1, de pequeno tamanho, foi orientado a ingerir 25 g/dia de fibra e 2 litros de água, laxantes hiperosmolares, realizar banho de assento por 30 minutos, 4x ao dia, fazer uso de flavonoides via oral e pomada com agentes vasoconstritores, anti-inflamatórios e anestésicos. Dentre as orientações realizadas, escolha a INCORRETA:

- (A) Banho de assento com água morna com duração de 30 minutos, 4 vezes ao dia.
- (B) Prescrição de laxantes, hiperosmolares.
- (C) Prescrição de flavonoides via oral.
- (D) Prescrição de pomada tópica.

**44.** Homem, 35 anos, com histórico de longa data de prolapso hemorroidário, com necessidade de redução manual e com múltiplas crises, dor local. Consulta em caráter de emergência em razão de prolapso de mamilos hemorroidários associado à extensa trombose destes. Neste contexto, é CORRETO afirmar:

- (A) Coagulação com infrared é um tratamento particularmente útil nesse caso.
- (B) A hemorroidectomia de emergência não apresenta diferença na taxa de complicações pós-operatórias em relação à cirurgia eletiva desde que seja feita a técnica de Milligan-Morgan.
- (C) Na ausência de gangrena, pode ser tentado tratamento clínico com redução manual, através do uso de anestésicos tópicos, compressão, massagem local e antibióticoterapia.
- (D) A presença de gangrena configura indicação para hemorroidectomia de emergência.

**45.** Mulher, 37 anos, com antecedente de enxaqueca, queixa-se de dor anal após evacuação, associada à sangramento anal vermelho-vivo, em pequena quantidade e ardência local. No exame físico, apresenta fissura anal crônica de linha média posterior. Neste caso, é CORRETO afirmar:

- (A) Por ser crônica, sua fissura tem necessariamente mais de 6 meses de evolução.
- (B) Há maior preferência por tratamento tópico com bloqueador de canal de cálcio do que por tratamento com óxido nítrico.
- (C) O fato de a fissura ser localizada em linha média posterior, exclui a possibilidade de ser secundária a alguma doença (inflamatória, neoplasia ou sexualmente transmissível).
- (D) Metade dos casos irá evoluir para cicatrização espontânea da ferida, mesmo sem tratamento medicamentoso.

**46.** Considerando um paciente com fissura anal crônica, a alternativa que contém a combinação entre o padrão pressórico esfinteriano anal e o tratamento indicado é:

- (A) Hipertonia esfinteriana e nifedipina tópica 3%.
- (B) Hipotonia esfinteriana e retalho mucoso.
- (C) Hipertonia esfinteriana e injeção de toxina botulínica no esfíncter interno.
- (D) Hipertonia esfinteriana e diltiazem tópico 0,2%.

**47.** É CORRETO afirmar:

- (A) Fístula transesfinteriana baixa ocorre mais comumente na localização anterior.
- (B) O trajeto da fístula supraesfinteriana primeiro penetra o esfíncter externo, para depois atingir o músculo puborretal e finalmente alcançar a fossa isquirretal e a pele.
- (C) Fístulas supraesfinterianas, extraesfinterinas ou quaisquer fístula anteriores em mulher são consideradas fístulas complexas.
- (D) Parks et al. baseou seu sistema de classificação no esfíncter anal interno, devido à importância que este desempenha no tratamento cirúrgico.

**48.** Com relação aos exames complementares no diagnóstico de abscessos anorretais, é CORRETO afirmar:

- (A) Ressonância nuclear magnética deve ser indicada para todos os pacientes com abscesso anal, devido à grande incidência de fístula associada.
- (B) Ultrassonografia transperineal não deve ser utilizada.
- (C) Paciente imunossuprimido com dor anorretal severa e calafrios, que apresenta exame proctológico normal, tem indicação de tomografia computadorizada.
- (D) Cultura da secreção é indispensável para prescrição de antibiótico.

**49.** Mulher, 45 anos, queixa-se de drenagem purulenta perianal e desconforto local. No exame proctológico, apresenta fístula transesfincteriana em linha média posterior, com orifício interno na linha pectínea e orifício externo no sulco interglúteo a 3 cm da borda anal, com saída de secreção purulenta. O tratamento indicado neste caso é:

- (A) Ligadura do trajeto interesfincteriano da fístula.
- (B) Curetagem e sedenho frouxo como ponte para segundo procedimento cirúrgico.
- (C) Fistulotomia com abertura de todo o trajeto da fístula.
- (D) Sedenho frouxo para drenagem e infliximab.

**50.** Sobre colite isquêmica aguda, marque verdadeiro (V) ou falso (F).

1. A mucosa é a primeira camada do intestino a ser afetada.
2. A isquemia não oclusiva é a causa mais comum.
3. Dor abdominal e sangramento constituem os sintomas mais frequentes.
4. Angiografia deve ser solicitada para aumentar a acurácia diagnóstica.
5. A colonoscopia não deve ser solicitada devido ao risco de perfuração do cólon.

A alternativa CORRETA é:

- (A) 1-F, 2-V, 3-F, 4-F e 5-F.
- (B) 1-V, 2-F, 3-V, 4-V e 5-V.
- (C) 1-V, 2-V, 3-V, 4-F e 5-F.
- (D) Todas estão corretas.

**51.** Diante de um caso de polipose adenomatosa familiar, com inúmeros pólipos desde a linha pectínea até o ceco, a conduta a ser tomada é:

- (A) Se no intraoperatório a bolsa em "J" não conseguir o alcance adequado, a mudança para uma configuração em "S" irá adicionar aproximadamente 2 cm.
- (B) Toda a mucosa anorretal comprometida, incluindo a zona de transição, deverá ser removida, eliminando o risco futuro de displasia e de câncer.
- (C) Caso seja realizada a mucosectomia com anastomose manual, a bolsa em "J" é preferível em relação à bolsa em "S".
- (D) A bolsa em "W" está contraindicada devido a dificuldade técnica, maior uso do íleo-distal para a sua confecção e baixa complacência.

**52.** Sobre a Doença de Crohn, é CORRETO afirmar:

- (A) Probióticos desempenham um papel importante na prevenção da recorrência da doença no pós-operatório de colectomia.
- (B) A ressecção segmentar para a colite de Crohn não tem indicação na doença limitada a um segmento do cólon.
- (C) Quando é necessária a amputação abdominoperineal, sempre que possível, a dissecação deve ser interesfincteriana.
- (D) Realização de colectomia total com ileostomia terminal e sepultamento do coto retal está indicada na cirurgia de urgência para colite de Crohn, somente quando não houver envolvimento retal.

**53.** Dentre as alternativas, escolha a que **NÃO** é considerada complicação relacionada à técnica de excisão transanal endoscópica de tumor de reto:

- (A) Violação peritoneal.
- (B) Incontinência Fecal transitória.
- (C) Sangramento.
- (D) Evacuação obstruída.

**54.** Homem, 49 anos, diagnosticado com Doença de Crohn há 15 anos, apresentou na colonoscopia, área de estenose localizada em cólon descendente, cujo anatomopatológico foi compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Com relação à ocorrência de câncer e displasia nos pacientes com Doença de Crohn, é **CORRETO** afirmar:

- (A) Há um risco menor de desenvolver câncer nos segmentos derivados.
- (B) A duração média da doença até o aparecimento do câncer é de 20 anos.
- (C) A presença de estenose não aumenta o risco de câncer.
- (D) A sobrevida é parecida se comparada com a de pacientes que têm câncer na população em geral.

**55.** Os seguintes princípios cirúrgicos devem ser obedecidos na Doença de Crohn. Com **EXCEÇÃO** de:

- (A) No caso de fístula íleo-colônica, cuja doença se encontra no segmento ileal, este deve ser ressecado, enquanto o cólon pode ser preservado.
- (B) Devemos ressecar o segmento intestinal com margem microscópica, a fim de evitar que no futuro esse paciente torne-se um grande ressecado.
- (C) A anastomose mecânica látero-lateral pode estar associada com menor risco de deiscência.
- (D) A presença de fístula e abscesso é uma das contra-indicações relativas à cirurgia videolaparoscópica.

**56.** Dentre as alternativas, escolha a que **NÃO** tem indicação para tratamento cirúrgico em etapas na retocolite ulcerativa:

- (A) Megacólon tóxico.
- (B) Uso de corticóides no pré-operatório.
- (C) Neoplasia maligna não obstrutiva.
- (D) Obesidade.

**57.** Sobre o tratamento da fístula perianal na Doença de Crohn, é **CORRETO** afirmar:

- (A) Fistulotomia pode ser reservada para fístulas simples, quando não apresentam doença ativa.
- (B) Infliximab é o tratamento clínico de escolha, pois apresenta altas taxas de cicatrização clínica e radiológica.
- (C) A derivação fecal pode facilitar a cicatrização e permitir o controle local da doença, permitindo que a maioria dos pacientes reestabeleça o trânsito intestinal posteriormente.
- (D) Adalimumabe, administrado em infusão intravenosa, pode ser eficaz em pacientes que não responderam ao infliximab.

**58.** Paciente, após esquema de rádio e quimioterapia neoadjuvante para o tumor de reto baixo cT3N1MO com CEA de 1 ng/ml, obteve resposta completa evidenciada pelo exame físico e ressonância magnética. A colonoscopia com biópsia da região cicatricial sem sinais de malignidade. Diante desses resultados, ele quer saber o por que não foi indicada ressecção local da área cicatricial para ter certeza da regressão completa. A resposta a ser dada é:

- (A) O grau de regressão tumoral na ressonância magnética foi de 2 (GRTm 2), o que significa que não tem mais tumor, somente fibrose.
- (B) A biópsia durante a colonoscopia fornece material suficiente para o diagnóstico de regressão completa.
- (C) O estágio ypT não possui implicações prognósticas em relação ao estágio ypN, sendo assim, não há vantagens em realizar a ressecção.
- (D) A excisão de toda a espessura do leito irradiado (cicatricial) apresenta complicações significativas, como cicatrização deficiente e dor de difícil tratamento.

**59.** Os principais fatores de risco para recidiva tumoral após tratamento curativo do câncer colorretal estágio I é:

- (A) Excisão local, número de linfonodos na peça cirúrgica entre 12 e 15, histologia pouco diferenciada e doença T2.
- (B) Histologia pouco diferenciada, doença T2, excisão local e margens inadequadas.
- (C) Margens comprometidas, invasão vascular, invasão linfática e número de linfonodos na peça cirúrgica igual a 14.
- (D) Ressecção endoscópica, antecedente familiar positivo para câncer colorretal, doença T2 e histologia bem diferenciada.

**60.** Durante uma colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal em um indivíduo de risco médio, de 50 anos, foi ressecado um adenoma serrilhado séssil de 14 mm no cólon transverso. O intervalo recomendado para repetir a colonoscopia é:

- (A) 3 anos.
- (B) 5 anos.
- (C) 10 anos.
- (D) 1 ano.

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

- (A) Os pacientes com comportamento inflamatório da doença apresentam maior chance de necessitarem de cirurgia.
- (B) As taxas de cirurgia não mudaram nos últimos anos, apesar dos avanços do tratamento medicamentoso.
- (C) A doença de localização ileal ou ileocecal tem a mesma probabilidade de necessitar de tratamento cirúrgico comparada à doença de localização colônica.
- (D) Pacientes abaixo de 40 anos, no momento do diagnóstico, apresentam maior probabilidade de necessitarem de tratamento cirúrgico.

**62.** Dentre as alternativas, escolha a que NÃO apresenta os princípios técnicos para a ressecção transanal convencional para uma lesão benigna de reto baixo:

- (A) Posição de litotomia para lesões posteriores e de canivete para lesões anteriores.
- (B) Fechamento transversal com fio absorvível, mas pode ser deixado aberto caso o defeito seja muito grande.
- (C) Sem preparo de cólon, sem antibiótico profilaxia e com anestesia geral ou raquianestesia.
- (D) Margem de 5 a 10 mm lateral e no plano submucoso de profundidade.



**63.** Os 3 principais fatores de risco para metástase linfonodal no câncer Colorretal é:

- (A) Reto baixo, histologia mucinosa e profundidade da invasão.
- (B) Invasão linfática, profundidade da invasão e brotamento tumoral.
- (C) Pouco diferenciado, reto médio e invasão vascular.
- (D) Invasão vascular, brotamento tumoral e sexo masculino.

**64.** Sobre plicoma anal, estão CORRETAS:

- I. Plicoma endurecido, edemaciado e sensível, causado por linfedema, pode ser secundário à doença inflamatória intestinal.
  - II. Os plicomas podem ser únicos ou múltiplos, macios ou firmes e, em geral, são assintomáticos.
  - III. Tem indicação cirúrgica nos casos estéticos e quando há dificuldade para fazer higiene, independente da sua etiologia.
  - IV. Podem ser decorrentes de fissura anal cicatrizada, úlcera ou hemorróida.
  - V. Após a ressecção do plicoma, é obrigatório o fechamento da ferida para permitir uma boa cicatrização e para evitar a recidiva.
- (A) I, II e V.
  - (B) I, II e III.
  - (C) III, IV e V.
  - (D) I, II e IV.

**65.** Atualmente, as recomendações no tratamento do tumor de reto seguem os seguintes princípios:

- I. Paciente com tumor de reto médio intransponível ao colonoscópio, sem sintoma obstrutivo, deve ser submetido à derivação intestinal, de preferência ileostomia ou sigmoidostomia em alça, para evitar a obstrução durante a neoadjuvância.
- II. Nos tumores de reto médio, a margem de ressecção deve-se basear no estadiamento pós neoadjuvância.
- III. Os atuais exames de estadiamento são mais precisos em determinar o estadiamento T e a distância esperada da margem do mesorreto, do que na determinação dos linfonodos mesorretais.
- IV. Pacientes incontinentes que teriam indicação de ressecção anterior e anastomose coloanal, também podem ser tratados com uma ressecção baixa à Hartmann.
- V. Tumor de reto médio extraperitoneal perfurado deve ser tratado com cirurgia de Hartmann, drenagem da pelve, seguida de quimio e radioterapia adjuvante.

São consideradas CORRETAS:

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

**66.** Paciente, 35 anos, em tratamento de manutenção para retocolite ulcerativa com Infliximab 5 mg/kg EV a cada 8 semanas, inicia com quadro de diarreia piosanguinolenta (10 episódios ao dia) associado a dor abdominal, leucocitose, PCR: 12, VHS: 32 com tomografia evidenciando distensão difusa do cólon (diâmetro de 5 cm), sem fator obstrutivo. É fundamental para este paciente:

- (A) Descartar a presença de colites infecciosas.
- (B) Otimizar o tratamento com biológico, iniciar corticoide e azatioprina via oral.
- (C) Iniciar preparo do cólon para a realização de colonoscópico com biópsias em todos os segmentos para cólon.
- (D) Indicar colectomia total pelo risco eminente de perfuração do cólon.

**67.** Sobre doença inflamatória intestinal, marque verdadeiro (V) ou falso (F):

1. A característica fundamental da retocolite ulcerativa microscópica é a distorção disseminada das criptas.
2. O PCR demonstrou ser superior a calprotectina para detecção de recidiva e monitorização da resposta ao tratamento.
3. A ileíte por contracorrente é uma inflamação contínua no íleo distal, que está correlacionada com a gravidade da inflamação cecal e pode ser observada na retocolite ulcerativa.
4. Durante a colonoscopia, a técnica de biopsiar os quatro quadrantes em todos os seguimentos do cólon é equivalente à cromoendoscopia na detecção de displasia.
5. Com relação às lesões do intestino delgado, a enterotomografia tem maior sensibilidade que a entero-ressonância que, por sua vez, é mais sensível do que a enterografiafluoroscópica.

A alternativa CORRETA é:

- (A) 1-V, 2-V, 3-V, 4-V e 5-V.
- (B) 1-V, 2-F, 3-F, 4-F e 5-F.
- (C) 1-V, 2-F, 3-V, 4-F e 5-F.
- (D) 1-V, 2-F, 3-V, 4-F e 5-V.

**68.** Dentre as estratégias terapêuticas sequenciais para tratamento da Doença de Crohn, é CORRETO afirmar:

- (A) São descritas estratégias “de baixo para cima”, “de cima para baixo” e, mais recentemente, o conceito de “cima para baixo acelerado”, que consiste em iniciar a terapêutica com agentes biológicos, imunomoduladores e 5-aminossalicilato.
- (B) As estratégias podem ser utilizadas a depender da estratificação de risco do paciente e do curso da doença, não havendo um padrão a ser seguido.
- (C) A estratégia “de cima para baixo” mostra superioridade na manutenção da remissão comparada à “de baixo para cima”, pois inicia o tratamento com imunomoduladores seguido dos agentes biológicos para a manutenção.
- (D) A estratégia “de baixo para cima” se baseia na introdução progressiva e sequencial das medicações, iniciando-se pela corticoterapia.

**69.** Homem, 25 anos, sem comorbidades, informa adinamia e febre com dor mal localizada na região perianal. No exame, nota-se áreas endureadas perianal, com 5 orifícios externos longe da borda anal com drenagem de secreção purulenta e dois orifícios internos, sendo um lateral esquerdo e um lateral direito. Neste caso, o procedimento CORRETO é:

- (A) Iniciar o tratamento com antibiótico e com terapia biológica, deixando a intervenção cirúrgica para os casos refratários.
- (B) Fazer uma drenagem imediata, com fistulotomia ou fistulectomia, antibiótico terapia e posterior terapia biológica.
- (C) Fazer uma drenagem imediata com anestesia local, incisão em cruz para evitar o fechamento prematuro da pele e antibiótico terapia domiciliar com metronidazol e ciprofloxacina.
- (D) Iniciar o tratamento cirúrgico com passagem de seton deve preceder o tratamento medicamentoso.

---

**70.** Com relação ao Crohn perianal, é CORRETO afirmar:

- (A) Fístulas de longa duração devem ser biopsiadas pelo risco de desenvolverem câncer de células escamosas e adenocarcinoma nessa região.
  - (B) Diferentemente do Crohn de cólon, a Doença de Crohn perianal tem sua etiologia bem definida.
  - (C) A hemorroidectomia pode ser realizada, se houver a presença de inflamação leve no reto.
  - (D) A localização dos abscessos nessa região difere da localização dos abscessos em pacientes sem Doença de Crohn.
-

