

01. Com relação às hérnias paraestomais, é CORRETO afirmar:

- (A) Colostomias terminais estão mais associadas à hérnia paraestomal do que ileostomias em alça.
- (B) Erosão do cólon não é uma complicação possível na correção de hérnia paraestomal pela técnica de Sugarbaker.
- (C) Infecção de sítio cirúrgico não é um fator de risco para a ocorrência de hérnia paraestomal.
- (D) Tomografia computadorizada é superior ao exame físico para detecção da hérnia paraestomal.

02. Com relação às definições das principais causas de defecação obstruída, é CORRETO afirmar:

- (A) A enterocele consiste na presença do intestino delgado entre a parede vaginal e o reto à defecografia; a enterocele de segundo grau é quando o intestino delgado se projeta além da linha isquiococcígea.
- (B) A retocele é definida como a invaginação da parede retal em direção à vagina, tendo como principais fatores de risco idade avançada, obesidade e trauma obstétrico; uma invaginação entre 4 e 6 centímetros em exame de imagem é considerada moderada.
- (C) O anismo ou contração paradoxal do músculo puborretal é clinicamente definido pelo não relaxamento do músculo ou sua contração paradoxal durante a manobra de Valsalva ou evacuação, o que pode ser avaliado pelo toque retal.
- (D) Prolapso retal interno ou intussuscepção retal é uma invaginação em forma de funil da parede retal que ocorre durante a defecação, podendo a invaginação se projetar para fora do ânus.

03. Sobre o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, é CORRETO afirmar:

- (A) A hemorroidectomia excisional, quando bem realizada, não tem potencial de prejudicar a continência fecal.
- (B) A retenção urinária após hemorroidectomia pode ser diminuída com menor infusão de volume no intra-operatório e melhor controle algico no pós-operatório imediato.
- (C) A taxa de recidiva após hemorroidectomia convencional é baixa, porém o índice de complicações é alto.
- (D) Devido às taxas de infecção após hemorroidectomia, é indicado profilaxia antibiótica na indução anestésica.

04. Paciente, sexo feminino, tem diagnóstico de adenocarcinoma do reto mT4b com diagnóstico de invasão da parede vaginal posterior na ressonância magnética. A melhor opção terapêutica é:

- (A) Quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção abdominoperineal.
- (B) Ressecção anterior baixa sem terapia neoadjuvante.
- (C) Ressecção cirúrgica com margens estreitas para preservar a função vaginal.
- (D) Terapia neoadjuvante seguida de ressecção das estruturas envolvidas.

05. Um paciente com câncer retal requer uma anastomose retal muito distal. Apesar disso, o paciente tem boa função esfinteriana. A afirmação sobre os potenciais resultados funcionais mais precisa é:

- (A) Os resultados funcionais geralmente se estabilizam dentro de 3 meses após a cirurgia.
- (B) Os sintomas da Síndrome da Ressecção Anterior Baixa (LARS), se presentes, tipicamente se resolvem completamente em 12 meses em pacientes com função prévia normal.
- (C) Os sintomas de LARS podem persistir indefinidamente, com um platô na melhora em cerca de 2 anos.
- (D) Os sintomas de LARS tipicamente incluem apenas diarreia e incontinência fecal.

06. Paciente foi submetido a colonoscopia de rastreamento com achado de pólipó sésil de 2,5 cm e com leve depressão central. Foi realizado cromoscopia digital e a lesão aparenta ser mais escura do que a mucosa ao redor, com vasos ao redor de estruturas mais claras e digitiformes e superfície de aspecto tubular em sua maior parte, mas com área avascular e perda de padrão de superfície na área central. Sobre a classificação de NICE para esta lesão e a conduta, é CORRETO afirmar:

- (A) Tipo 3; biópsia e tatuagem endoscópica.
- (B) Tipo Vn; biópsia e tatuagem endoscópica.
- (C) Tipo 2; injeção salina em submucosa e mucosectomia.
- (D) Tipo Vi; injeção salina em submucosa e mucosectomia.

07. A principal contribuição da camada submucosa durante a fase inflamatória da cicatrização de uma anastomose intestinal é:

- (A) É responsável pela formação inicial do plugue de fibrina na mucosa.
- (B) Ela proporciona uma quantidade máxima de vasos sanguíneos para a perfusão.
- (C) É responsável pela resistência tênsil inicial da anastomose.
- (D) Facilita a migração de células musculares para a camada muscular própria.

08. Sobre o tratamento de paciente com diarreia por colite infecciosa, é CORRETO afirmar:

- (A) A colite por *E. coli* geralmente é um quadro grave e, por isso, o tratamento com azitromicina por 3 dias deve ser instituído após coprocultura.
- (B) O tratamento da diarreia por *E. coli* é geralmente de suporte e, em alguns casos, o uso de antibióticos pode precipitar síndrome hemolítico-urêmica.
- (C) Para o tratamento de *Campylobacter* em formas mais graves de colite, as quinolonas têm menor taxa de resistência e devem ser utilizadas.
- (D) Tratamento antibiótico da colite por *Salmonella* é sempre indicado e deve ser iniciado empiricamente na suspeita.

09. Paciente, sexo masculino, 67 anos, com adenocarcinoma de reto distal. A lesão tem 2 cm de diâmetro e é móvel ao toque digital. Não há linfonodos suspeitos na avaliação pré-tratamento realizada por ressonância magnética. Não há lesões à distância no estadiamento por imagem. Quanto à avaliação da profundidade de invasão local, aventando a possibilidade de ressecção local, podemos afirmar:

- (A) A classificação de invasão da submucosa (Kikuchi) pode ser determinada pela ressonância magnética ou pela ultrassonografia endorretal.
- (B) A recomendação terapêutica para os tumores de reto distal T2N0 é a ressecção local seguida de radioterapia.
- (C) Tumores T1 com penetração até SM3 são adequadamente tratados pela ressecção local.
- (D) Tumores T1 com penetração até SM3 têm chance de metástases linfonodais e recidiva similar aos T2.

10. Paciente, sexo masculino, 32 anos, HIV-negativo, com NIA 2 foi encaminhado para tratamento. A opção que apresenta as maiores taxas de resposta completa sustentada em pacientes imunocompetentes é:
- (A) Ablação da lesão orientada por anoscopia de alta resolução.
 - (B) Tratamento com 5-fluorouracil tópico.
 - (C) Tratamento tópico com ADA 90%.
 - (D) Tratamento tópico com imiquimode a 5%.
-
11. Paciente, sexo masculino, 31 anos, vem em consulta com queixa de tenesmo, fezes com sangue e mucorreia, há 10 dias. Relata ter relações anoreceptivas sem proteção, nega comorbidades. Hábito intestinal normal, sem esforço evacuatório. Ao exame físico proctológico não há lesões perianais; toque retal com sangue em dedo de luva; anoscopia com friabilidade da mucosa e presença de muco. Dentre as abaixo, a conduta inicial que deve ser realizada é:
- (A) Deve ser feito anoscopia ou retoscopia com biópsia antes de iniciar qualquer tratamento.
 - (B) Mesalazina empírica enquanto aguarda calprotectina e retoscopia flexível.
 - (C) Penicilina benzatina 2.4 MUI por via intramuscular após coleta de VDRL.
 - (D) Terapia empírica com valaciclovir + ceftriaxona + doxiciclina após coletar *swabs*.
-
12. Durante dissecação pélvica para câncer avançado de reto, houve lesão bilateral do plexo hipogástrico inferior. A complicação clínica mais comumente associada a essa lesão é:
- (A) Bexiga hiperativa com urgência urinária e nictúria.
 - (B) Constipação por redução do reflexo gastrocólico.
 - (C) Disfunção sexual com ejaculação retrógrada ou impotência.
 - (D) Incontinência fecal por denervação esfínteriana.
-
13. Paciente, sexo feminino, 32 anos, encaminhada por médico ginecologista para abordagem conjunta de endometriose profunda. Há envolvimento do reto alto (intraperitoneal) confirmado pela USG transvaginal com preparo intestinal e pela ressonância magnética dedicada. A videolaparoscopia foi a via de abordagem escolhida e comprova presença de lesão única de cerca de 2,5 cm, envolvendo 55% da circunferência da parede do reto e invadindo a camada muscular própria. Sobre o tratamento cirúrgico neste caso, podemos dizer que:
- (A) A ressecção em disco não é possível nesse caso devido à extensão circunferencial da lesão.
 - (B) Com a ressecção completa da lesão haverá cura da fertilidade, por isso *shaving* é contraindicado.
 - (C) Deve ser o tratamento de escolha, sem benefício de tratamento clínico primário antes da indicação cirúrgica.
 - (D) O sucesso da ressecção total é fator prognóstico para recorrência da endometriose.

14. Paciente, sexo feminino, 60 anos, com histórico de doença arterial coronariana em uso de clopidogrel apresenta sintomas de hemorroidas internas grau II. O procedimento ambulatorial mais seguro para esta paciente, sem suspender a anticoagulação, é:

- (A) Diatermia bipolar.
- (B) Escleroterapia.
- (C) Laser.
- (D) Ligadura elástica.

15. Um paciente com diagnóstico recente de adenocarcinoma do cólon é encaminhado para cirurgia minimamente invasiva e traz seus exames de diagnóstico e estadiamento. O laudo da colonoscopia relata “lesão de 1,5 cm no maior diâmetro, em cólon sigmoide, a 40 cm da margem anal”, e a tomografia computadorizada de abdome não evidencia metástases à distância, linfonodos aumentados e não identifica a lesão no cólon. A conduta mais apropriada é:

- (A) Indicar cirurgia por laparotomia para identificação da lesão por palpação.
- (B) Proceder com cirurgia minimamente invasiva com uso do verde de indocianina intravenoso para localização do tumor.
- (C) Solicitar nova colonoscopia com marcação por clip metálico e repetir a tomografia antes da cirurgia.
- (D) Solicitar nova colonoscopia com tatuagem do tumor.

16. Um paciente diagnosticado com Linfogranuloma Venéreo (LGV) apresenta proctite e linfadenopatia inguinal unilateral. O tratamento de primeira linha mais adequado é:

- (A) Azitromicina 1 g por via oral em dose única.
- (B) Ceftriaxona 250 mg intramuscular em dose única.
- (C) Doxiciclina 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 21 dias.
- (D) Doxiciclina 200 mg por via oral (dose de ataque) e 100 mg via oral por 7 dias.

17. Um paciente com câncer de reto baixo T3N0 foi submetido à quimio e radioterapia neoadjuvantes, tendo evoluído com excelente resposta clínica. A estratégia mais adequada para avaliação de resposta e decisão sobre a conduta cirúrgica é:

- (A) Toque digital do reto e ressonância magnética.
- (B) Retoscopia com biópsia 8 semanas após o fim da radioterapia.
- (C) Retoscopia e PET-CT 8 semanas após término da radioterapia.
- (D) Colonoscopia e ressonância magnética.

18. As fístulas anais podem ser classificadas pela sua relação com o complexo esfíncteriano. Dessa forma, é CORRETO afirmar:

- (A) A localização do orifício externo pode definir o grau de acometimento esfíncteriano.
- (B) A regra de Goodsall-Salmon tem maior acurácia para fístulas anteriores e interesfíncterianas.
- (C) As fístulas extraesfíncterianas têm origem criptoglandular e não acometem o complexo esfíncteriano.
- (D) Fístulas transesfíncterianas podem ser subdivididas pelo grau de envolvimento do esfíncter externo.

19. Sobre a comparação entre anastomoses colônicas com grampeadores e manuais, é CORRETO afirmar:

- (A) A taxa de deiscência de anastomose é significativamente menor para a técnica de grampeamento.
- (B) Não são encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as duas técnicas com relação à mortalidade, hemorragia ou infecção.
- (C) O tempo necessário para realizar uma anastomose é mais curto na técnica de sutura manual.
- (D) Sutura manual encontra-se associada a uma maior frequência de estenose em comparação com a técnica de grampeamento.

20. Com relação ao tratamento do carcinoma epidermoide do canal anal, é CORRETO afirmar:

- (A) A presença de metástases em linfonodos inguinais configura doença M1 e contraindica o uso de quimiorradioterapia isolada.
- (B) O esquema neoadjuvante com cisplatina e 5-FU demonstrou melhores taxas de sobrevida e controle locorregional do que a combinação com mitomicina C.
- (C) O estadiamento T se baseia na profundidade da invasão tumoral, é a principal variável para o planejamento radioterápico.
- (D) Tumores T1N0 localizados podem ser tratados com excisão local.

21. Paciente, sexo feminino, 24 anos, com diagnóstico de doença de Crohn ileocecal e perianal fistulizante (fístulas anais e uma fístula retovaginal). Encontra-se em terapia com adalimumabe e em remissão da doença intestinal. Usou sedenhos frouxos associados a droga anti-TNF com minimização da secreção das fístulas e controle do componente inflamatório, mas mantendo uma fístula perianal e a fístula retovaginal. Sobre a conduta a seguir, é CORRETO afirmar:

- (A) Avanço de retalho e LIFT são opções adequadas de tratamento da fístula anal neste momento.
- (B) Cirurgias reparadoras são contraindicadas nos pacientes com doença de Crohn pela inefetividade e prolongado tempo de cicatrização.
- (C) Reparo de Martius é uma opção para as fístulas perianais.
- (D) Reparo de Martius envolve a interposição de retalho de Gracilis.

22. Paciente, sexo feminino, 27 anos, apresenta dor anal e secreção purulenta por orifícios perianais, evoluindo em 4 semanas com saída de fezes pela vagina. Ao exame físico, confirma-se fístula retovaginal. Anuscopia e retossigmoidoscopia são normais. Ela nega diarreia, dor abdominal ou sangramento. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, é CORRETO afirmar:

- (A) A ausência de manifestações intestinais exclui o diagnóstico de doença de Crohn como causa da fístula retovaginal.
- (B) A derivação de trânsito com colostomia está indicada como uma boa prática em fístulas retovaginais na doença de Crohn.
- (C) Em casos selecionados, fístulas retovaginais em pacientes com doença de Crohn podem ser inicialmente manejadas de forma conservadora.
- (D) O tratamento clínico com agentes biológicos é igualmente eficaz para fístulas retovaginais e perianais na doença de Crohn.

23. Paciente, 40 anos, com queixa de sangramento retal e sensação de pressão anal, relata histórico de constipação e esforço evacuatório. Ao exame físico, identifica-se hemorroida interna grau III. A principal alteração anatômica e funcional que contribui para o desenvolvimento dessa condição é:

- (A) Encurtamento do canal anal distal.
- (B) Fraqueza do complexo hemorroidário com prolapso.
- (C) Hipotonia do esfíncter anal interno.
- (D) Obstrução linfática e hipertrofia mucosa.

24. Fisiculturista de 36 anos com histórico de hemorroidas internas procura atendimento com queixa de dor anal e sangramento vivo às evacuações. Relata preocupação pela aparição de “massa anal” que não reduz desde que começou a treinar para uma competição e precisa estar bem nas próximas 2 semanas. Ao exame físico há massa exteriorizada, lateral esquerda e recoberta de mucosa normal, mesmo sem esforço. A conduta correta foi indicada. A medida a ser associada ao tratamento do paciente é:

- (A) Injeção de toxina botulínica para evitar incontinência para flatos.
- (B) Ligadura elástica e suplementação de fibras por 2 semanas.
- (C) Metronidazol oral por 5 a 7 dias para diminuir dor pós-operatória.
- (D) Uso de bupivacaína lipossomal para limitar necessidade de opioides.

25. Paciente, sexo masculino, 55 anos, apresenta um tumor neuroendócrino de 2,5 cm na base do apêndice com invasão do mesoapêndice durante apendicectomia por apendicite aguda. A característica que é a indicação mais forte para hemicolectomia direita com linfadenectomia adequada é:

- (A) Idade do paciente maior do que 50 anos.
- (B) Ki67 > 1%.
- (C) Tamanho do tumor maior do que 2 cm.
- (D) Presença de apendicite aguda.

26. A afirmação sobre o tratamento das condições dermatológicas perianais CORRETA é:

- (A) Dermatite de contato é tratada principalmente com corticosteroides sistêmicos e antibióticos.
- (B) Tatuagem anal com azul de metileno é uma intervenção de último recurso para prurido anal refratário e parece atuar por neurotoxicidade direta.
- (C) Psoríase na região perianal é mais bem tratada com corticosteroides de alta potência, pois biológicos não têm papel no envolvimento perianal.
- (D) Líquen escleroso deve ser tratado com tacrolimus como terapia de primeira linha.

- 27.** Paciente, sexo masculino, 72 anos, admitido na urgência por parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal, distensão abdominal e vômitos há 36 horas. A radiografia simples de abdome evidenciou grande distensão de cólon sem distensão do intestino delgado. A tomografia computadorizada do abdome é diagnóstica de neoplasia estenosante e obstrutiva do reto ao nível da reflexão peritoneal. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:
- (A) A melhor opção cirúrgica é colectomia total com anastomose ileorretal.
 - (B) A melhor opção cirúrgica é ileostomia descompressiva.
 - (C) O uso de *stent* como ponte para cirurgia não diminui as taxas de estoma.
 - (D) O uso de *stent* para descompressão tem risco de migração e tenesmo.
-
- 28.** A perfuração intestinal durante a realização de colonoscopia é uma complicação que pode estar relacionada a diversos fatores. Com relação à perfuração endoscópica do cólon por barotrauma, é CORRETO afirmar:
- (A) É responsável por até 35% das perfurações e, geralmente, em topografia mais proximal.
 - (B) É responsável por até 35% das perfurações e, geralmente, em topografia mais distal.
 - (C) O uso da insuflação por gás carbônico não está recomendado como forma de diminuir a ocorrência dessa complicação.
 - (D) Sedação excessiva, experiência inicial do examinador e colonoscopia difícil não são fatores de risco importantes para essa complicação.
-
- 29.** A afirmação sobre diverticulite não-complicada CORRETA é:
- (A) A diverticulite aguda não-complicada nunca apresenta indicação de cirurgia.
 - (B) A presença de gás extraluminal mesmo em pequena quantidade sempre indica doença complicada.
 - (C) Microperfuração com pequena quantidade de gás extraluminal sem resposta inflamatória sistêmica é considerada diverticulite não-complicada.
 - (D) Para pacientes com menos de 50 anos, a presença de dois episódios ou mais de diverticulite aguda não-complicada constitui indicação de cirurgia eletiva.
-
- 30.** Paciente com fissura anal com hipertonia apresenta falha após tratamento clínico otimizado, incluindo diltiazem tópico e medidas dietéticas. A opção que apresenta melhor relação entre eficácia e segurança para o tratamento deste paciente é:
- (A) Aplicação de nitrato de prata tópico a 5%.
 - (B) Esfincterotomia lateral interna.
 - (C) Fissurectomia com avanço de retalho.
 - (D) Fissurectomia com esfincterotomia no leito da fissura.
-
- 31.** A alternativa que melhor descreve o mecanismo fisiopatológico atualmente mais aceito na formação do cisto pilonidal é:
- (A) Inclusão congênita de tecido ectodérmico na região sacral.
 - (B) Inflamação crônica de glândulas sudoríparas apócrinas profundas.
 - (C) Obstrução de ductos foliculares com hiperqueratinização.
 - (D) Penetração de pelos na pele por microtraumas e fricção repetida.

- 32.** Sobre o emprego da neuromodulação sacral no tratamento da incontinência fecal, é CORRETO afirmar:
- (A) A comparação entre a neuromodulação e a injeção de substância de preenchimento (Permacol) resulta em resultados semelhantes, sem mudança significativa do escore de St. Marks.
 - (B) Embora rara, a complicação mais frequente é a infecção no local de implante, o que excepcionalmente leva à remoção do gerador e do eletrodo, havendo boa resposta ao uso de antibioticoterapia sistêmica.
 - (C) Está indicado para pacientes com incontinência fecal sem defeito esfinteriano e é ineficaz em pacientes com defeito esfinteriano sem correção prévia.
 - (D) Sobre a técnica cirúrgica, utilizam-se marcos anatômicos e radioscopia. O correto posicionamento do eletrodo é indicado pelo reflexo de flexão plantar do hálux e movimento de fole da região glútea/anal (Bellows).
-
- 33.** Os abscessos anais acometem aproximadamente 20 a cada 100.000 pessoas por ano. Essa incidência é subestimada pelo número de casos que, muitas vezes, apresentam drenagem espontânea e, assim, não procuram atendimento. A respeito dos abscessos e fístulas anais, é CORRETO afirmar:
- (A) Abscessos anais apresentam maior incidência em homens do que em mulheres.
 - (B) Mais da metade dos abscessos perianais e isquiorretais evoluem para fístula anal.
 - (C) Os trajetos identificados devem ser tratados como fístulas no momento de drenagem cirúrgica dos abscessos, para evitar incontinência.
 - (D) Pacientes HIV positivos têm maior chance de evoluir para fístula após abscesso anal, comparados com HIV negativos.
-
- 34.** Paciente, sexo feminino, 55 anos, sem histórico pessoal ou familiar de câncer colorretal é submetida a colonoscopia de rastreamento. A patologia revela um câncer de cólon do lado direito com alta instabilidade de microssatélites e perda das proteínas MLH1 e PMS2 na imuno-histoquímica. Além disso, o tumor possui uma mutação BRAF V600E. A afirmação sobre o câncer desta paciente mais precisa é:
- (A) A paciente provavelmente tem síndrome de Lynch e deve passar por aconselhamento genético.
 - (B) A paciente tem melhor prognóstico com quimioterapia baseada em 5-FU comparada a outros regimes.
 - (C) O tumor faz parte do subtipo molecular CMS1 (MSI imune).
 - (D) O tumor provavelmente surgiu através da via de Instabilidade Cromossômica (CIN).
-
- 35.** Paciente, sexo masculino, 63 anos, com câncer retal recorrente localmente tem tumor invadindo o nervo ciático. A equipe cirúrgica está contemplando ressecção completa do nervo ciático. O resultado funcional esperado para este paciente no pós-operatório é:
- (A) Capacidade de mobilização com fisioterapia intensiva e órteses.
 - (B) Incapacidade completa de mobilização sem dispositivos de assistência.
 - (C) Nenhum comprometimento funcional significativo.
 - (D) Perda permanente de mobilidade requerendo uso de cadeira de rodas.

- 36.** Paciente, sexo feminino, 25 anos, submetida a parto vaginal complicado tem laceração perineal com envolvimento do esfíncter externo do ânus. Sobre o tratamento desta paciente, podemos afirmar que:
- (A) A cirurgia (esfincteroplastia) deve ser postergada e só deve ser feita caso a paciente apresente sintomas de incontinência.
 - (B) A esfincteroplastia é indicada, com boas taxas de sucesso apesar de resultados funcionais decaírem ao longo do tempo.
 - (C) A técnica de sobreposição muscular na esfincteroplastia não é recomendada, devido às maiores taxas de estenose com esta técnica.
 - (D) É indicado esperar 6 meses antes de tratamento cirúrgico, e caso a paciente apresente incontinência fecal neste período, é indicado implante de neuroestimulador sacral.
-
- 37.** Paciente, sexo masculino, 22 anos, tabagista, com quadro de diarreia há cerca de 60 dias, dores abdominais em cólicas, inapetência e emagrecimento. Ao exame proctológico, observou-se a presença de fístulas perianais, plicomas inflamatórios e uma ulceração em linha interglútea. A colonoscopia demonstrou úlceras profundas em íleo terminal, ceco e cólon descendente com demais segmentos com mucosa preservada. A biópsia endoscópica dos segmentos colônicos afetados revelou presença de colite crônica sem identificação de granulomas. Considerando a hipótese diagnóstica mais correta, a melhor opção de tratamento inicial é:
- (A) Está indicado o tratamento cirúrgico das fístulas anorretais com emprego de sedenho frouxo, sem necessidade de tratamento medicamentoso no momento.
 - (B) O uso de tiopurinas em monoterapia é eficaz na indução da remissão neste caso.
 - (C) Repetir a colonoscopia com novas biópsias é fundamental para definir a melhor terapia para indução da remissão.
 - (D) Terapia avançada de início (infliximabe) está indicada devido à presença de fatores de alto risco.
-
- 38.** Paciente, sexo masculino, 58 anos, com diagnóstico de carcinoma espinocelular de canal anal T3N0, completou radioquimioterapia há 8 semanas. No exame físico, observa-se uma úlcera visível no local tratado, porém de tamanho menor do que antes do tratamento. A conduta mais apropriada neste momento é:
- (A) Indicar ressecção abdominoperineal, visto que atingiu o período de máxima resposta ao tratamento.
 - (B) Iniciar novos ciclos de quimioterapia, visto que não é possível realizar mais radioterapia.
 - (C) Observação clínica por até 6 meses após o final da radioquimioterapia.
 - (D) Realizar biópsia da área ulcerada e, caso positiva, indicar ressecção abdominoperineal.
-
- 39.** A situação que representa uma indicação preferencial para uso de vedolizumabe em pacientes com doença de Crohn é:
- (A) Doença de Crohn refratária a terapia anti-TNF.
 - (B) Doença com manifestação extraintestinal cutânea grave.
 - (C) Pacientes abaixo de 30 anos.
 - (D) Paciente com doença ileal isolada e resposta parcial à mesalazina.

40. Paciente, 75 anos, hígido, com adenocarcinoma do ceco. O estadiamento clínico é cT2N0, tendo sido realizada ultrassonografia endoscópica, para avaliar o grau de invasão parietal, e tomografia computadorizada. Sobre a extensão da linfadenectomia durante a cirurgia desse paciente, é CORRETO afirmar:

- (A) Deve ser realizada colectomia direita com linfadenectomia envolvendo linfonodos pericólicos, intermediários e centrais.
- (B) Deve ser realizada colectomia direita com linfadenectomia envolvendo linfonodos pericólicos e intermediários.
- (C) Está indicada a excisão completa do mesocólon com ligadura vascular central.
- (D) Deve ser realizada a ressecção segmentar com margens de ressecção de 5 cm sem linfadenectomia, pela idade.

41. Paciente, sexo feminino, 18 anos, assintomática que comparece para avaliação genética preventiva. É filha de mulher com antecedente pessoal de câncer colorretal. A paciente em questão realizou painel genético que confirmou a presença de mutação germinativa no gene MLH1. Nunca foi submetida a exames endoscópicos do cólon. Com base nas recomendações internacionais para vigilância em indivíduos com síndrome de Lynch, é CORRETO afirmar:

- (A) A colonoscopia deve ser iniciada entre os 20 e 25 anos de idade, com repetição a cada 1 a 2 anos.
- (B) A primeira colonoscopia deve ser realizada entre 20 e 25 anos, sendo repetida somente aos 35 anos se o exame inicial for normal.
- (C) Deve-se realizar colonoscopia imediatamente, com intervalos subsequentes de 1 a 2 anos.
- (D) Está indicada colectomia total profilática, considerando o risco elevado conferido pela mutação.

42. Sobre a isquemia do cólon/colite isquêmica, é CORRETO afirmar:

- (A) A colite isquêmica no cólon direito cursa com dor abdominal localizada, mas não há sangramento digestivo visível.
- (B) A presença de acidose metabólica é sinal patognomônico de perfuração em pacientes com colite isquêmica.
- (C) Pneumatose intestinal está presente na maioria dos casos.
- (D) Pode decorrer de eventos trombóticos ou de baixo fluxo sanguíneo.

43. Paciente, sexo masculino, 62 anos, é submetido à Ressecção Endoscópica da Mucosa (EMR) de um pólipó sésil de 1,5 cm no cólon sigmoide. A histopatologia revela um adenocarcinoma bem diferenciado com invasão de 800 µm na submucosa, sem invasão linfovascular e margens negativas. O próximo passo mais apropriado no manejo é:

- (A) Encaminhar para oncologia clínica para realizar adjuvância.
- (B) Realizar ressecção por Dissecção Endoscópica de Mucosa (ESD).
- (C) Seguimento com colonoscopia.
- (D) Sigmoidectomia com linfadenectomia.

44. Sobre o tratamento cirúrgico do prolapso do reto, com retopexia ventral, é CORRETO afirmar:

- (A) A associação de sigmoidectomia à retopexia não contribui para a redução do risco de recidiva do prolapso.
- (B) A retopexia ventral tem a vantagem de poder também associar a sacrocolpopexia com uso da tela.
- (C) Na retopexia ventral a tela deve ser fixada com 2 pontos de fio inabsorvível ao reto distal, e depois fixada no ligamento longitudinal anterior no nível do promontório sacral.
- (D) Uma das vantagens da retopexia posterior é o menor risco de lesão nervosa autonômica.

45. Paciente, sexo feminino, 28 anos, com quadro de retocolite ulcerativa aguda grave. Apresenta mais de 6 eliminações de fezes sanguinolentas/dia, taquicardia e hipoalbuminemia. Após 3 dias de corticosteroides intravenosos, os sintomas persistem e exames de imagem não mostram dilatação do cólon. O próximo passo ideal no tratamento é:

- (A) Colectomia subtotal imediata.
- (B) Introduzir enemas com aminossalicilatos.
- (C) Seguir com corticoides intravenosos e trocar antibióticos.
- (D) Tentar terapia de resgate com infliximabe ou ciclosporina.

46. Com relação ao manejo cirúrgico da doença pilonidal, é CORRETO afirmar:

- (A) A incisão e drenagem de um abscesso pilonidal devem ser realizadas na linha média para uma melhor cicatrização.
- (B) A retirada de pelos ao redor da ferida cirúrgica, no pós-operatório, diminui a recorrência da doença.
- (C) O fechamento da ferida após a excisão reduz a taxa de recorrência em comparação com a ferida deixada aberta.
- (D) O retalho de Limberg (*rhomboïd flap*) tem melhores resultados estéticos em comparação à técnica de Bascom.

47. Paciente, sexo feminino, 35 anos, com hidradenite supurativa Hurley estágio II, apresenta abscessos recorrentes e formação de trajetos fistulosos. Ela já realizou tratamento com clindamicina tópica sem sucesso. O próximo passo no tratamento é:

- (A) Administrar retinoides tópicos de forma a controlar a inflamação local.
- (B) Iniciar infliximabe como terapia biológica de primeira linha.
- (C) Iniciar tetraciclina oral como terapia sistêmica de primeira linha.
- (D) Proceder com excisão cirúrgica ampla devido à progressão da doença.

48. Sobre a diverticulite aguda dos cólons, é CORRETO afirmar:

- (A) A presença de diverticulite aguda com abscesso associado é um fator associado à falha de tratamento não cirúrgico.
- (B) Abscesso pélvico, retroperitoneal ou intraperitoneal distante representa estágio IIb da classificação de Hinchey.
- (C) Antibioticoterapia como tratamento exclusivo de primeira linha é eficaz na diverticulite aguda do cólon ascendente.
- (D) Colite isquêmica é um dos diagnósticos diferenciais, porém a presença de sangramento pelo reto é mais sugestiva de diverticulite aguda.

49. Sobre a doença diverticular do cólon, é CORRETO afirmar que:

- (A) Fístulas colovesicais cursam com pneumatúria, porém sem infecção urinária associada geralmente.
- (B) Mulheres são mais acometidas, especialmente com episódios de diverticulite complicada.
- (C) Pacientes com história familiar não têm maior risco de desenvolver a doença.
- (D) Pacientes com uso de anti-inflamatórios não esteroidais têm maior risco de diverticulite perforada.

50. Paciente, sexo feminino, 48 anos, com relato de constipação e dificuldade em evacuar. Relata fezes endurecidas em mais de 25% das evacuações, esforço evacuatório superior a 15 minutos em mais da metade das evacuações e sensação de evacuação incompleta presente. Em mais de 30% das vezes necessita de manobra digital para auxiliar na evacuação. Realizou eletromanometria anorretal com laudo de “ausência de diminuição da pressão ao esforço evacuatório”. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

- (A) A contração paradoxal do puborretal é mais bem tratada com injeção de toxina botulínica ao invés de *biofeedback*, por necessitar apenas de uma sessão.
- (B) Caso não haja outras patologias associadas, o tratamento deve ser iniciado com fisioterapia pélvica.
- (C) Este é um achado típico de anismo ou dissinergia anorretal associado a lesão do nervo pudendo, devendo ser indicada a eletroneuromiografia.
- (D) O uso crônico de laxantes está contraindicado no tratamento clínico.

51. Com relação à Margem de Ressecção Circunferencial (CRM) durante a excisão total do mesorreto para o tratamento cirúrgico do câncer de reto, é CORRETO afirmar:

- (A) CRM negativa na histopatologia garante ausência de recidiva local independentemente do estágio.
- (B) CRM positiva é definida quando o tumor está a menos de 5 mm da margem.
- (C) CRM positiva está associada a pior prognóstico oncológico local e sistêmico.
- (D) CRM tem importância apenas em tumores localizados na face anterior do reto.

52. Paciente, sexo feminino, 40 anos, apresenta dificuldade para evacuar há mais de 20 anos; refere no máximo duas evacuações por semana, com fezes duras (Bristol 1 ou 2), sensação de evacuação incompleta em mais da metade das vezes que evacua, faz força para evacuar sempre, a não ser que utilize laxante. Colonoscopia e outros exames normais. Não faz uso regular de medicamentos. Segundo os critérios de Roma IV, a alternativa que contém a classificação do quadro da paciente é:

- (A) Constipação funcional.
- (B) Constipação induzida por opioide.
- (C) Defecação dissinérgica.
- (D) Síndrome do intestino irritável.

53. Paciente, 30 anos, apresenta dor anal intensa há 5 dias com piora progressiva, e ao exame físico detecta-se provável abscesso anal. Quanto ao tratamento cirúrgico dos abscessos anais, é CORRETO afirmar:

- (A) A secção do ligamento ileococcígeo para acesso ao espaço pós anal profundo é uma etapa da drenagem do abscesso em ferradura.
- (B) Abscessos interesfincterianos tipicamente necessitam de drenagem na linha pectínea via esfínterectomia, se não há flutuação externa.
- (C) Diminuir o risco de evolução para fístula é o fator mais importante a ser considerado durante o procedimento.
- (D) O abscesso supraelevador devido à extensão cefálica de um abscesso isquiorretal deve ser drenado via transretal.

54. Sobre o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária pela técnica de hemorroidopexia por grampeamento, é CORRETO afirmar que:

- (A) A hemorroidectomia por grampeamento resulta em menor dor pós-operatória comparada à técnica convencional.
- (B) A incontinência fecal é uma complicação mais frequente após o grampeamento quando comparada à hemorroidectomia excisional.
- (C) Não há evidência científica de maior recidiva de hemorroidas após o grampeamento quando comparado à técnica convencional.
- (D) O efeito terapêutico com esta técnica resulta de desarterialização que o grampeamento proporciona.

55. Paciente, sexo masculino, 4 anos, apresenta quadro crônico de constipação intestinal, com episódios de distensão abdominal e evacuações espaçadas desde o período neonatal. Com relação à investigação diagnóstica e conduta apropriada, é CORRETO afirmar:

- (A) A ausência de células ganglionares a 1 cm da linha pectínea não é esperada na forma clássica (segmento curto) da doença de Hirschsprung.
- (B) A ausência do reflexo inibitório retoanal à manometria é um achado sugestivo, mas a confirmação requer biópsia retal.
- (C) A manometria anorretal deve ser o primeiro exame a ser solicitado, e a ausência do reflexo inibitório retoanal é suficiente para confirmar o diagnóstico.
- (D) Não há valor diagnóstico resultante do emprego da eletromanometria anorretal nessa situação clínica.

56. Com relação ao papel dos exames laboratoriais no diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (DII), é CORRETO afirmar:

- (A) A calprotectina fecal normal exclui doença inflamatória intestinal.
- (B) A pesquisa de Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) é sugestiva para retocolite ulcerativa e pode ser usada como exame de triagem.
- (C) Níveis séricos aumentados de Anticorpos Anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) são indicativos de infecção bacteriana intestinal ativa associada.
- (D) Proteína C reativa e VHS são úteis como marcadores de atividade inflamatória, mas têm baixa especificidade.

57. Paciente, sexo masculino, 35 anos, com doença de Crohn complicada por fístula enteroentérica e abscesso entre alças é tratado com antibióticos e drenagem percutânea. Após resolução clínica, a próxima conduta recomendada é:

- (A) Alta ambulatorial com seguimento clínico.
- (B) Reinício da terapia imunossupressora.
- (C) Ressecção cirúrgica eletiva da alça doente.
- (D) Tratamento endoscópico da fístula.

58. Paciente, sexo masculino, 55 anos, com câncer do reto está sendo preparado para proctectomia eletiva. O regime pré-operatório mais fortemente apoiado pelas evidências atuais é:

- (A) Antibióticos orais isolados.
- (B) Preparo mecânico intestinal e antibióticos orais.
- (C) Apenas enemas retais.
- (D) Preparo mecânico intestinal isolado.

59. Paciente, sexo masculino, 52 anos, apresenta lesão exofítica de aspecto couve-flor na região perianal, de crescimento lento há 2 anos. A biópsia revelou carcinoma verrucoso. O tratamento primário mais apropriado é:

- (A) Exérese cirúrgica ampla.
- (B) Imiquimode tópico.
- (C) Quimiorradioterapia.
- (D) Terapia fotodinâmica.

60. A intervenção nutricional comprovadamente benéfica para pacientes cirúrgicos desnutridos, reduzindo complicações pós-operatórias e o tempo de internação, é:

- (A) Dieta hipercalórica pré-operatória.
- (B) Imunonutrição oral contendo arginina e ácidos graxos.
- (C) Suplementação pré-operatória de proteínas.
- (D) Suplementação proteica e de vitaminas.

61. Com relação ao melanoma anal, é CORRETO afirmar:

- (A) A maioria dos pacientes é diagnosticada precocemente devido à pigmentação sugestiva da lesão.
- (B) A ressecção abdominoperineal deve preceder a imunoterapia, pois aumenta a segurança oncológica.
- (C) A ressecção local ampla é superior à amputação do reto, uma vez que os resultados oncológicos de ambas são comparáveis.
- (D) PET/CT tem valor limitado no estadiamento devido à baixa atividade metabólica do tumor.

62. Paciente com câncer de reto baixo após neoadjuvância tem hemorragia pré-sacral volumosa durante o procedimento cirúrgico de ressecção anterior do reto. O tratamento inicial recomendado é:

- (A) Tamponamento/controle com compressas e ressuscitação volêmica.
- (B) Interrupção do procedimento para embolização via radio-intervenção.
- (C) Tentativa imediata de sutura ou uso de agente hemostáticos.
- (D) Uso de clips hemostáticos, visto que a taxa de sucesso é maior.

63. A estratégia mais segura acerca da administração de fluidos dentro do contexto da recuperação rápida (ERAS) durante procedimentos cirúrgicos é:

- (A) Aumentar a quantidade de fluidos endovenosos no pós-operatório, para garantir diurese de 20 ml/h.
- (B) Eliminar completamente a infusão intravenosa de coloides durante a cirurgia.
- (C) Incentivar a administração liberal de fluidos durante preparo pré-operatório e balanço zero de fluidos no intraoperatório.
- (D) Praticar sempre a administração restritiva de fluidos para diminuir complicações pós-operatórias.

64. Quanto às doenças genéticas, é CORRETO afirmar:

- (A) A polipose associada ao gene MUTYH tem padrão de herança com caráter dominante.
- (B) A principal característica fenotípica da Síndrome de Lynch é a ausência de pólipos precedendo o desenvolvimento de câncer.
- (C) Na Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), pólipos duodenais e colônicos apresentam potencial de carcinogênese semelhante.
- (D) Na Síndrome de Peutz-Jeghers, os pólipos hamartomatosos podem ser encontrados no estômago, intestino delgado e intestino grosso.

65. Pacientes com constipação crônica de longa data, com falha na terapia convencional e confirmado o trânsito lento, devem, ainda, ser submetidos à avaliação completa a fim de se descartarem outras etiologias que tenham tratamento específico, bem como avaliação multidisciplinar. Ao final desse processo, havendo indicação cirúrgica, a opção recomendada é:

- (A) Colectomia esquerda com anastomose primária.
- (B) Colectomia total com ileorretoanastomose.
- (C) Colectomia total com ileostomia terminal.
- (D) Sigmoidectomia com anastomose primária.

66. De acordo com as diretrizes atuais, um eletrocardiograma (ECG) pré-operatório tem a recomendação de ser solicitado no caso de:

- (A) Pacientes com cardiopatia e/ou doença arterial periférica.
- (B) Pacientes com histórico de hipertensão arterial sistêmica.
- (C) Pacientes com idade acima de 55 anos.
- (D) Pacientes com idade acima de 60 anos.

67. Sobre o diagnóstico da endometriose, é CORRETO afirmar:

- (A) A colonoscopia, além de descartar outras causas de desconforto/dor abdominal, tem grande probabilidade de diagnosticar a endometriose.
- (B) Atualmente, a ressonância nuclear magnética com protocolo voltado ao diagnóstico de endometriose é o padrão ouro para diagnóstico, superando a laparoscopia.
- (C) Em biópsias endoscópicas de lesões endometrióticas, pode haver presença de metaplasia, e a mais comum alteração metaplásica é a hiperplasia ciliada (tubária), o que dificulta o diagnóstico, uma vez que as glândulas intestinais também são ciliadas.
- (D) Lesões de mucosa retal observadas à colonoscopia podem ter endometriose como causa, e, nestes casos, a análise imuno-histoquímica com marcadores como CK7, ER, CK20 e CDX2 é essencial para distinguir endometriose de neoplasias malignas.

68. Paciente, sexo feminino, 55 anos, com câncer retal recém-diagnosticado, está sendo submetida a avaliação de estadiamento. O tumor primário está localizado a 4 cm da margem anal, está no quadrante anterior esquerdo e apresenta Invasão Vascular Extramural (EMVI) na ressonância magnética. Com base nessas características, a preocupação mais significativa para o planejamento cirúrgico do tratamento é:

- (A) Alto risco de recorrência local.
- (B) Alto risco de metástases em linfonodos.
- (C) Alto risco de envolvimento da Margem de Ressecção Circunferencial (CRM).
- (D) Alto risco de câncer colorretal metacrônico.

69. Paciente, sexo feminino, 41 anos, realiza ressonância magnética para investigação de dor lombar, que revela uma lesão cística pré-sacral de 5 cm com componentes sólidos. A lesão contém tecidos semelhantes a osso, cabelo e dentes. A afirmação sobre este tipo de lesão mais precisa é:

- (A) A lesão é mais comum em pacientes pediátricos do que em adultos.
- (B) A lesão provavelmente contém tecidos de apenas uma camada germinativa.
- (C) A presença de elementos reconhecíveis como cabelo e dentes sugere maior probabilidade de malignidade.
- (D) A transformação maligna é mais comum nos componentes císticos do que nos sólidos.

70. Com relação ao reinício da terapia de anticoagulação após um procedimento cirúrgico, é CORRETO afirmar:

- (A) A função renal após procedimentos não deve influenciar na dosagem de agentes anticoagulantes ou heparina.
- (B) A reintrodução de agentes anticoagulantes ou antiplaquetários requer que a hemostasia esteja assegurada.
- (C) Em procedimentos com baixo risco de sangramento, a dose total de anticoagulantes deve ser reiniciada após 48 a 72 horas.
- (D) Para iniciar terapia com heparina ou antiplaquetários, é indicado esperar 72 horas após o procedimento.