

**01.** 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.

**02.** 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.

**03.** 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.

**04.** 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.

- 05.** 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.

- 06.** 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.

- 07.** 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.

- 08.** 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.

**09.** 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.

**10.** 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.

**11.** 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.

**12.** 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.

**13.** 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.

**14.** 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.

**15.** 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.

**16.** 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 esfincterotomia, 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.

- 17.** 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).
- 
- 18.** 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.
- 
- 19.** 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.
- 
- 20.** 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.

**21.** 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.

**22.** 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.

**23.** 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.

**24.** 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.

**25.** 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.

**26.** 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.

**27.** 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.

**28.** 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.

**29.** 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.

**30.** 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.

**31.** 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.

**32.** 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.

**33.** 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.

- 34.** 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%.
- 
- 35.** 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*.
- 
- 36.** 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.
- 
- 37.** 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.
- 
- 38.** 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.

**39.** 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.

**40.** 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.

**41.** 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.

**42.** 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.

**43.** 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.

**44.** 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.

**45.** 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.

**46.** 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.

**47.** 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.

**48.** 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.

**49.** 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.

**50.** 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.

**51.** 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.

**52.** 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).

**53.** 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.

**54.** 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.

**55.** 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.

**56.** 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.

**57.** 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.

**58.** 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.

**59.** 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.

**60.** 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.

**61.** 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.

**62.** 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.

**63.** 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.

**64.** 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.

**65.** 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.

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

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

**67.** 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.

**68.** 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.

**69.** 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.

**70.** 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.