



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 03/2015

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS: GASTROENTEROLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3)

Área de Atuação: Endoscopia Digestiva

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2016

- 01.** Uma mulher de 35 anos apresenta regurgitação, dor retroesternal e sensação que alimentos líquidos e principalmente sólidos param na topografia retroesternal logo após a ingestão. Os sintomas ocorrem há 7 meses e houve perda ponderal de 15% do peso habitual. Tem uma endoscopia com esofagite distal não erosiva. O esofagograma mostra um trânsito esofágico de 60 segundos e um esôfago de calibre levemente aumentado, com ondas terciárias. Na manometria, há panpressurização esofágica, não há peristalse, e há relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago. Qual a melhor abordagem terapêutica?
- A) Nitrato via oral antes das refeições.
 - B) Inibição da secreção ácida do estômago.
 - C) Miotomia parcial da musculatura lisa do esôfago distal.
 - D) Correção cirúrgica do esfíncter inferior por funduplicatura.
- 02.** Um homem de 45 anos, afrodescendente, hipertenso e diabético apresenta regurgitação e queimação retroesternal há 5 anos, em uso diário e regular de rabeprazol. Foi colecistectomizado há 10 anos, e o pai e um tio paterno faleceram de câncer gástrico. No exame físico, o índice de massa corporal é 20 e a pressão arterial de 150x100 mmHg. Qual o risco desse paciente apresentar metaplasia intestinal no esôfago distal, relativamente a outros indivíduos com a mesma doença do aparelho digestório?
- A) Abaixo da média.
 - B) Mediano.
 - C) Elevado.
 - D) Muito elevado.
- 03.** Um homem de 35 anos apresenta pirose há 5 anos, associada a alimentação. Refere asma na infância. Uma de suas endoscopias mostrou esofagite distal não-erosiva leve e biópsias esofágicas com 5 eosinófilos por campo de grande aumento, as outras foram normais. Um estudo ambulatorial de impedância-pHmetria esofágica mostrou um número de refluxo à uma exposição ácida do esôfago normais, com associação significativa entre refluxo e pirose. Qual o melhor diagnóstico nesse momento?
- A) Pirose funcional.
 - B) Esofagite de refluxo.
 - C) Esofagite eosinofílica.
 - D) Hipersensibilidade esofágica.
- 04.** Uma mulher de 57 anos apresenta sensação contínua de que há um corpo estranho na faringe há três meses. Melhora temporariamente quando engole água ou alimentos. Nega rouquidão ou perda de peso. É fumante há 37 anos. A palpação do pescoço é normal. Na laringoscopia, há enantema da laringe posterior sem outras alterações. O ultrassom de tireoide e a endoscopia digestiva alta são normais. O quadro acima corresponde mais provavelmente a:
- A) Globus.
 - B) Corpo estranho.
 - C) Disfagia motora.
 - D) Laringite por refluxo.
- 05.** Uma mulher de 23 anos se queixa de distensão abdominal e flatulência. Quando interrogada, relata pirose 1 vez por semana. O exame físico é normal exceto por um índice de massa corporal de 18. Hematócrito 29% e hemoglobina de 9 g/dl, com microcitose. Que exame melhor explicaria esse quadro?
- A) Testes de tolerância a lactose.
 - B) Anti-transglutaminase IgA.
 - C) Exame ginecológico.
 - D) Trânsito intestinal.

06. Uma mulher de 59 anos apresenta diarreia há 2 anos, 5-6 vezes ao dia, com aspecto oleoso. Nesse período, perdeu 3 kg (peso anterior 60Kg). Nega tabagismo, etilismo ou diabetes. Tem diagnóstico de coronariopatia há 5 anos. Exame físico sem alterações importantes. Hemograma: hemoglobina 11 g/dl, leucócitos $3.600/\text{mm}^3$, plaquetas $120.000/\text{mm}^3$; albumina sérica 4,5 g/L; glicemia 90 mg/dL; Fosfatase Alcalina: 78 U/L; TGP sérico 11 U/L; elastase fecal de 20 microgramas/g (normal > 200). Qual o diagnóstico mais provável e mais compatível com o quadro clínico e exames?
- A) Doença Celíaca.
 - B) Doença de Whipple.
 - C) Supercrescimento bacteriano.
 - D) Insuficiência pancreática exócrina.
07. Jovem de 14 anos, natural e procedente de Fortaleza, com quadro de febre há 6 dias, adinamia, mialgia, cefaleia, dor de garganta, fotofobia, náuseas e vômito. Ao exame anictérico, febril, adenomegalias cervicais bilaterais. Procurou atendimento numa UPA – teve diagnóstico de virose, feito sintomático apenas. Como persistia dor de garganta e febre realizou nova consulta, orofaríngea hiperemiada, sem secreção purulenta. Exame cardiopulmonar normal. Abdome hepatimetria 14 cm, borda cortante, espaço de Traube ocupado. Extremidades sem edemas. Exames: ALT: 350 ui, AST:240, Bt: 2 mg/dl, Bd: 1,5mg/dl, Prot. total 7 g%, Glob.: 2 g%, INR:1,1. Anti-HVA IgG reagente, IgM (-), anti-HBs (+), anti-HBc IgG e IgM (-), anti-HCV (-), Monotest positivo. Htc: 42%, Hb: 14 g%, Leucócitos: $13.000/\text{mm}^3$, sendo 65% de linfócitos, com 15% de linfócitos atípicos, Plaquetas: $400.000/\text{mm}^3$
Com base nesses dados assinale o item correto.
- A) O mais provável é infecção por vírus não hepatotrófico.
 - B) O mais provável é hepatite pelo vírus E, solicitaria anti-HVE IgM.
 - C) Deve ser infecção pelo vírus A que ainda não positivou o anti-HVA IgM.
 - D) Como elevou muito AST e ALT o mais provável é infecção por vírus hepatotrófico.
08. Senhor de 56 anos, porteiro, casado, natural e procedente de Maranguape-Ce. Ao doar sangue, detectou anti-HCV reagente, NAT positivo para HCV, porém negativo para HBsAg e anti-HIV I e II negativo. Foi orientado a procurar ambulatório de hepatologia. Não bebe, nega uso de drogas ilícitas, refere transfusão sanguínea em 1985. Encontra-se assintomático. Exame físico: anictérico, afebril. Exame cardiopulmonar normal. Hepatimetria 16 cm, borda rombo, Traube livre, sem estigmas de hepatopatia. US abdominal: alteração na ecotextura hepática, sem nódulos, lobo D - 16 cm, fluxo hepatoportal, diâmetro da veia porta 10 mm, veia esplênica; 8 mm. Baço 10 cm, sem ascite, sem varizes esplênicas. AST 160 (nl < 40), ALT 200 (nl < 40), INR: 1,6, Prot. totais 7 g%, Albumina: 3 g%, Plaquetas: $100.000/\text{mm}^3$, Htc:34%, Hg: 11 g%, Leucócitos: $8.000/\text{mm}^3$, diferencial nl. Glicemia: 90 mg/dL, Cr: 1,0 mg/dL. EGD - normal, apenas DRGE leve. Genótipo 3a, HCV-RNA: 380.000 UI. Paciente não aceita realizar biópsia hepática pois um vizinho teve uma complicação séria e ele tem muito medo. Não tem disponível elastografia (fibro-scan ou ARFI). Com base nesses dados e no novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e co-infecções do MS 2015, assinale o correto.
- A) Não preenche critérios de tratamento, apenas com esses dados.
 - B) Calculando o APRI teríamos um valor de 4, não preenche os critérios de fibrose avançada, sem indicação de tratamento.
 - C) Calculando o APRI teríamos um valor de 4 o que preenche os critérios de fibrose avançada e deveria fazer uso de Sofosbuvir + Simeprevir durante 12 semanas.
 - D) Calculando o APRI teríamos um valor de 4 o que preenche os critérios de fibrose avançada e deveria fazer uso de Sofosbuvir + Daclatasvir durante 12 semanas ou Sofosbuvir + PegInterferon + Ribavirina por 12 semanas.

09. Senhora de 26 anos, do lar, preta, casada, natural e procedente de Picos –PI, encontra-se na segunda gestação, vigésima semana e ao realizar exames detectou sorologia para sífilis negativa, anti-hcv negativa, anti-HIV I e II negativos, HBsAg reagente. No primeiro pré-natal, há 6 anos, não realizou esses exames. Nega cirurgia, nega transfusão sanguínea, tem duas tatuagens. Após esses dados, novos exames realizados: HBeAg reagente, anti-HBe negativo, ALT: 65 (nl < 40), AST: 60 (nl < 40).

Com base nesses dados, qual seria a melhor opção para reduzir a falha na profilaxia perinatal?

- A) Faria a vacinação contra hepatite B (primeira dose ao nascer, 1 e 6 meses após) e gama-globulina hiperimune apenas após colher exames do recém-nato para HBsAg, se negativo, faria a gama-globulina hiperimune. A carga viral não guarda relação com o risco da falha na profilaxia.
- B) Faria a vacinação contra hepatite B (primeira dose ao nascer, 1 e 6 meses após) e gama-globulina hiperimune no mesmo dia da primeira dose da vacina. Embora tenha uma carga viral muito elevada, a mãe encontra-se em fase de imunotolerância e não há indicação de tratar o vírus B.
- C) Faria a vacinação contra hepatite B (primeira dose ao nascer, 1 e 6 meses após) e gama-globulina hiperimune no mesmo dia da primeira dose da vacina e como apresenta carga viral acima de 200.000 ui/mL no terceiro trimestre da gravidez a mãe deve tomar Tenofovir 300 mg ao dia para reduzir o risco da falha da profilaxia com vacina e gama-globulina hiperimune apenas.
- D) Faria a vacinação contra hepatite B (primeira dose ao nascer, 1 e 6 meses após) e gama-globulina hiperimune no mesmo dia da primeira dose da vacina e como apresenta carga viral acima de 200.000 ui/mL no terceiro trimestre da gravidez a mãe deve tomar Entecavir 0,5 mg ao dia para reduzir o risco da falha da profilaxia com vacina e gama-globulina apenas.

10. Senhor de 50 anos, agricultor, casado, natural e procedente Tauá-Ce. HDA: História de indisposição, adinamia, redução na capacidade laboral há pelo menos 2 anos. Há 14 meses apresentou quadro de hematótese, e surgiu desde então quadro de icterícia, sonolência, tremores de extremidades e aumento de volume abdominal, edema de mmii, quando foi prescrito uso de Aldactone e Furosemida. Quando suspende, volta apresentar aumento do volume abdominal. Há 6 dias, passou apresentar dor abdominal, febre, indisposição, diarreia com fezes enegrecidas e com forte odor. Antecedentes: bebe desde os 14 anos, nos últimos 6 anos, entre 4 e 6 unidades/dia. Não faz uso de medicação exceto diuréticos. Ao exame: hipocorado ++/4, ictérico ++/4, sonolento, hálito estranho, flapping, 39° C, PA: 80 x 50 mm Hg. Exame cardiopulmonar: FC: 120 bpm, murmúrio vesicular abolido na base pulmonar D. Abdome: doloroso a palpação sem irritação peritoneal franca, macicez móvel presente, baço 3 cm abaixo RCE, hepatimetria 10 cm. Edema de mmii ++/4. Realizou exames: Hg:8,0, HtC: 26%, Leucócitos: 16.300/mm³, polimorfonuclear: 84% Plaquetas: 80.000/mm³. Internou e realizou esses exames: Prot. totais: 8 g%, Alb.: 3,0 g%, INR: 2,5 (nl < 1,20), Cr: 0,7 mg/dL (nl < 1,2). Com base nesses dados, é correto afirmar:

- A) Cirrose descompensada com peritonite bacteriana espontânea, com função renal ainda preservada.
- B) Cirrose descompensada com peritonite bacteriana espontânea e critérios para injúria renal aguda (AKI).
- C) Cirrose compensada, porém com peritonite bacteriana espontânea e critérios para injúria renal aguda (AKI).
- D) Cirrose compensada, com ascite, sem peritonite bacteriana espontânea (sem a cultura do líquido não podemos definir PBE) e com função renal preservada, Cr:1,2 mg/dL

11. Senhor de 44 anos, natural e procedente de Icó-Ce, pintor, desquitado, branco. Há 3 meses vem apresentando alteração na cor da urina, febrícula intermitente, cansaço para suas atividades diárias e manchas roxas pelo corpo após pequenos traumas, além de prurido, muito tremor ao acordar, tendo necessidade de tomar 2 doses de aguardente para melhorar do tremor. Há um ano, foi alertado quanto ao hábito de beber. Reduziu, mas retornou pois apresentava piora quando parava, (tremores). Nega uso de medicação, nega cirurgia. Não fuma, bebe 4 unidades de álcool/dia, aumentando fim-de-semana. Encontra-se no terceiro relacionamento afetivo, irmão faleceu de cirrose aos 35 anos, mas só bebia cerveja. Ao exame: icterico ++/4, hipocorado +/4, hálito etílico, várias equimoses pelo corpo, tremores de extremidades, várias aranhas vasculares. Exame cardiopulmonar: FC: 110 bpm, PA: 100 x 70 mm Hg, pulmões limpos. Hepatimetria 18 cm, borda romba, sem ascite, Traube ocupado. Extremidade eritema palmar, sem edema de mmii. Exames: AST: 400 (nl AST: 400 (nl < 40)), ALT: 200 (nl < 40), gama-GT: 800 (nl < 80). Com base nesses dados, qual a conduta?
- A) Não teria indicação de usar corticoide, uma vez que apresenta fígado ainda grande, hepatimetria 18 cm, faria apenas uso de pentoxifilina, além de orientar a parada do álcool e encaminhar CAPS e, ou, AA.
 - B) Apresenta função discriminante de Maddrey menor que 32, e como não tem sinais de infecção ativa nem hemorragia digestiva aguda estaria indicado uso de corticoide durante 28 dias, além de orientar parada do álcool e encaminhar CAPS e, ou, AA.
 - C) Apresenta função discriminante de Maddrey maior que 32, e como não tem sinais de infecção ativa, nem hemorragia digestiva aguda estaria indicado uso de corticoide durante 28 dias, além de orientar parada do álcool e encaminhar CAPS e, ou, AA.
 - D) Apresenta função discriminante de Maddrey maior que 32, e mesmo que tivesse sinais de infecção ativa, ou hemorragia digestiva aguda estaria indicado uso de corticoide durante 28 dias, além de orientar parada do álcool e encaminhar CAPS e, ou, AA.
12. Estudante de 17 anos, solteira, parda, natural e procedente do Crato-Ce. Ao ser avaliada por dermatologista para possível tratamento de acne realizou os seguintes exames: AST:420 (nl < 40), ALT: 500 (nl < 40), INR: 2,3, Prot. Totais: 8 g/dL, Glob. 5,5 g/dL, B. Total: 3 mg/dL, B. Direta: 2 mg/dl, Glicemia: 85 mg/dL, Colesterol total: 160 mg/dL, HDL-C: 65 mg/dL, Triglicerídeos: 100 mg/dL, Htc: 30%, Hg: 9 g%, Leucócitos: 2.500/mm³, Plaquetas: 120.000/mm³. Negava uso de medicação, não bebe, negava internação, cirurgia prévia. Há 3 a 4 meses já vinha apresentando indisposição, adinamia, artralgias, e alguns momentos observou sangramento gengival e aumento no fluxo menstrual, perda de peso, principalmente de massa muscular, surgimento de acne e estrias, o que a motivou procurar o dermatologista. Diante desses exames, foi orientada a procurar hepatologista: que solicitou ultrassom, cujo laudo: alteração textura hepática, lobo D: 10 cm, lobo E: 8 cm, sem nódulos, baço: 15 cm, com varizes esplênicas, fluxo hepatofugal, velocidade 10 cm/s, sem trombo, veias supra-hepáticas fluxo normal, presença de ascite leve. Realizou: anti-HVA IgG (+), HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HBs = 2.000, anti-HBc IgG (-), TSH: 9 uUI/mL (nl < 4,0), Ceruloplasmina: 80 mg/dL (nl 20 a 60), FAN 1: 360. Ao exame: orientada, icterica+/4, hipocorada +/4, afebril, IMC: 22. Exame cardiopulmonar nl. Abdome: maciez hepática diminuída, maciez móvel presente, baço palpável 3 cm abaixo RCE. Extremidades: edema +/4, eritema palmar. Diante desses dados, assinale a opção que expressa a melhor a conduta neste caso.
- A) Trata-se de hepatopatia crônica, provavelmente doença de Wilson, ceruloplasmina alterada, devendo realizar endoscopia digestiva alta para pesquisar varizes.
 - B) Trata-se de hepatite crônica B pois anti-HBs bastante elevado, mesmo sem HBsAg reagente, possível hepatite B oculta. Como apresenta fluxo hepatofugal não há necessidade de endoscopia digestiva alta.
 - C) Trata-se de doença hepática crônica com sinais de hipertensão porta, devendo realizar endoscopia digestiva alta para pesquisar varizes e solicitar marcadores para hepatite autoimune: anti-músculo liso e ou anti-LKM1.
 - D) Trata-se de doença hepática crônica com sinais de hipertensão porta, devendo realizar endoscopia digestiva alta para pesquisar varizes. Como já é cirrótica a pesquisa da etiologia é desnecessária.

13. Senhor de 52 anos, natural e procedente de Sobral-Ce, professor, casado, pardo. Há 5 anos, ao realizar exames periódicos, detectou: Fosfatase Alcalina: 1.200 (nl < 60), AST: 42 (nl < 40). Realizou outros exames: HBsAg, anti-HCV, FAN, anti-mitocôndria todos negativos. Não fazia uso de medicação, nem bebia. Há 4 anos, começou apresentar alteração de hábitos intestinal, antes diário, para 4 a 5 evacuações/dia, fezes líquidas ou pastosas, as vezes com muco, e raras ocasiões com sangue, com cólicas abdominais. Fez uso de Annita e retirou leite da dieta com pouca melhora. Há 2 anos, vem percebendo prurido no corpo. Há 6 meses, internou com quadro de dor abdominal, febre, calafrios e colúria, nesta ocasião apresentou icterícia, permaneceu uma semana internado fazendo uso de antibiótico venoso. Exame atual: icterício +/-, 36o C, hipocorado +/-, PA: 110 x 70 mm Hg. Exame cardiopulmonar nl. Abdome: hepatimetria 16 cm, borda romba, punho percussão hepática indolor, espaço de Traube ocupado. Eritema palmar e algumas aranhas vasculares no dorso. Novos exames: FA: 1.600, gama-GT: 200, AST: 80, ALT: 120, INR: 1,50, Prot. Totais: 7 g%, Glob. 4, Htc:38%, Hb:12g%, Leucócitos: 8.700, Plaquetas: 130.000. US abdominal: alteração textura hepática, sem abscesso, dilatação discreta árvore biliar intra e extrahepática, sem litíase, pâncreas sem alteração. Com base nesses dados, qual o diagnóstico mais provável e a conduta?
- A) Colangiopatia autoimune por IgG4 associada a doença celíaca, devendo realizar biópsia da segunda porção intestinal para pesquisar a alteração de hábito intestinal.
 - B) Colangite esclerosante primária, devendo realizar colangioRM, e colonoscopia para avaliar doença inflamatória intestinal associada.
 - C) Colangiopatia autoimune por IgG4, devendo realizar biópsia hepática, trânsito intestinal e dosagem de anti-LKM1.
 - D) Cirrose biliar primária (CBP) complicada com colangiocarcinoma que é uma complicação frequente na CBP.
14. Paciente de 47 anos, gênero feminino, informa que há cerca de 20 anos apresenta episódios de dor epigástrica em queimação, associados com empachamento pós-prandial, boca amarga, falta de apetite e náuseas. Refere que os quadros são intermitentes, sem relação com nenhum fator causal bem definido. Procurou vários médicos tendo realizado 12 endoscopias digestivas altas, todas com gastrite antral enantemática leve. Fez tratamento para *Helicobacter pylori* com erradicação, mas persistência do quadro clínico. Refere que os sintomas vem piorando depois do último médico ter afirmado que a paciente não tinha nada. Baseado no caso, marque o item correto.
- A) Nos pacientes com persistência dos sintomas dispépticos, baixas doses de anti-depressivos tricíclicos podem ser prescritos, mesmo na ausência de sinais claros de ansiedade ou depressão.
 - B) A endoscopia digestiva alta só está indicada nos pacientes com dispepsia com idade acima de 55 anos ou na presença de fatores de alarme, sendo necessária a pesquisa da presença da infecção do *Helicobacter pylori*.
 - C) Não deve ser realizada a erradicação do *Helicobacter pylori* em pacientes com dispepsia funcional, pois poucos pacientes responderão com melhora dos sintomas após a erradicação, sendo esta melhora apenas transitória.
 - D) O consenso de Roma III define como dispepsia a presença de sintomas que se originam da região gastroduodenal, sendo considerados todos os sintomas descritos pelo paciente localizados na parte superior do abdômen e da região retroesternal.

15. Paciente de 35 anos, gênero feminino, refere que há cerca de 2 anos vem apresentando diarreia líquida, dor abdominal na fossa ilíaca direita, associado a perda de peso de 10% em 2 anos. Procurou atendimento médico sendo orientada a utilizar antiespasmódicos no momento da dor e retirar o leite da dieta. Informa que mesmo com essas medidas, não apresentou melhora, tendo procurado novamente atendimento médico sendo solicitado exames laboratoriais. Os exames mostraram uma anemia leve hipocrômica, microcística. Pesquisa positiva de hemoglobina nas fezes e anti-endomísio negativo (IgA e IgG). Com o quadro, foi solicitado uma colonoscopia que mostrou a presença de úlceras serpinginosas no íleo terminal, com a biópsia mostrando uma ileite crônica inespecífica, sem granulomas. Antecedentes: Refere que tem história na família de doença celíaca, faz uso de antidepressivo tricíclico e antiinflamatórios não esteroides por quadro de cefaleia. Baseado no caso acima, marque o item correto sobre o diagnóstico clínico e diferencial.
- A) Trata-se de um quadro de doença de Crohn, pois não existe quadro de ileite ulcerativa associado ao uso de antiinflamatórios não esteroidais.
 - B) Trata-se de um quadro de doença de Crohn, sendo a anemia presente na maioria dos casos, secundária a déficit de absorção de vitamina B12 no íleo terminal.
 - C) Trata-se de um quadro de doença de Crohn, com apresentação atípica, pois a maioria dos casos de doenças de Crohn localizam-se no reto e apresentam doença perianal.
 - D) Trata-se de um quadro de doença de Crohn, sendo importante descartar como diagnóstico diferencial outras doenças mais comuns que se apresentam com diarreia crônica.
16. Paciente de 52 anos, gênero masculino, refere que há cerca de pelo menos 30 anos apresenta quadro de diarreia com sangue, puxo, urgência e tenesmo. Refere que nunca fez acompanhamento regular. Realizou colonoscopia de rotina tendo sido evidenciada uma lesão elevada, não polipoide, em cólon sigmoide. Apresentava ainda um processo inflamatório em atividade intensa em todo cólon. Realizado biópsia da lesão que evidenciou uma displasia de alto grau. Qual a melhor conduta para o caso?
- A) Colectomia total.
 - B) Prednisona associado a mucosectomia da lesão colônica.
 - C) Aminossalicilatos associado a colonoscopia de controle em 1 ano.
 - D) Somente tratamento medicamentoso com Anti - TNF associado a azatioprina.
17. Paciente de 25 anos, gênero masculino, procurou atendimento médico na Unidade de Pronto-Atendimento do seu bairro, por quadro de vômito com sangue em grande quantidade. Refere ser portador da infecção crônica da Hepatite C, tendo realizado tratamento com interferon peguilhado sem resposta virológica sustentada. Antecedente: Etilista importante, fez uso de drogas endovenosas, nega tabagismo. Ao exame, estado geral comprometido, icterício (++)/4+. hipocorado, eritema palmar, espaço de Traube ocupado, sem ascite. Realizada estabilização, endoscopia digestiva alta e tratamento farmacológico. Marque o item correto sobre o tratamento do caso.
- A) O tratamento endoscópico deve ser o TIPS; o farmacológico; utilização de inibidor da bomba de prótons.
 - B) O tratamento endoscópico deve ser a escleroterapia; o farmacológico; utilização de inibidor da bomba de prótons.
 - C) O tratamento endoscópico deve ser a ligadura elástica; o farmacológico, a utilização de drogas vasoativas (octreotide, somatostatina ou terlipressina).
 - D) O tratamento endoscópico deve ser a hemostasia com adrenalina; o farmacológico, a utilização de drogas vasoativas (octreotide, somatostatina ou terlipressina).

18. Paciente do gênero masculino, 48 anos, refere que há cerca de 2 dias começou a apresentar quadro de saída de fezes enegrecidas, com odor fétido. Associa o início do quadro com a utilização de antiinflamatório não esteroidal. Nega doenças anteriores ou uso de outras medicações. Procurou atendimento médico, sendo estabilizado o quadro com cristaloides, solicitado exames laboratoriais que demonstraram uma Hb de 8,8 g/dl e solicitado uma endoscopia digestiva alta. Baseado no possível achado endoscópico do caso, marque a melhor conduta.
- A) Na presença de uma úlcera com vaso visível, deve ser indicado cirurgia e alta hospitalar somente após 72 horas.
 - B) Na presença de uma úlcera com vaso visível, deve ser pesquisado o *Helicobacter pylori* e alta hospitalar com 24 horas.
 - C) Na presença de uma úlcera com vaso visível, deve ser realizado somente o tratamento medicamentoso e alta hospitalar somente após 24 horas.
 - D) Na presença de uma úlcera com vaso visível, deve ser realizado o tratamento endoscópico, seguido do medicamentoso e alta hospitalar somente após 72 horas.
19. Paciente de 50 anos, gênero feminino, refere ter constipação intestinal há vários anos com 1 evacuação a cada 2 dias, associado com melhora importante com o uso de fibras e aumento da ingestão de líquidos. Informa que realizou colonoscopia indicada pelo ginecologista para prevenção de câncer de cólon. Durante o exame, foi detectado cólon bem preparado, com um pólipó de 0,5 cm no cólon transverso, sendo retirado completamente e apresentado no anatomopatológico um pólipó adenomatoso tubular, com displasia de baixo grau. Procurou o atendimento médico especializado para fazer acompanhamento. Qual o melhor acompanhamento para a paciente acima?
- A) Prescrever laxativo purgativo e indicar nova colonoscopia após 6 meses do exame inicial.
 - B) Manter tratamento dietético e indicar nova colonoscopia após 5 anos do exame inicial.
 - C) Manometria ano retal e indicar colonoscopia após 5 anos do exame inicial.
 - D) Colectomia subtotal, para tratar constipação e risco de neoplasia de cólon.
20. Paciente do gênero masculino, 40 anos, refere que há cerca de 14 dias, após viagem ao Acre, começou a apresentar dor na região do hipocôndrio direito, febre intermitente não aferida, mialgia e artralgia sem icterícia. Procurou atendimento médico tendo sido solicitado ultrassom abdominal que evidenciou uma lesão cística, no lobo direito do fígado, próximo ao diafragma com conteúdo espesso de 5,0 cm de diâmetro. Foi internado tendo sido iniciado antibioticoterapia ampla sem melhora do quadro após 10 dias. Realizou punção aspirativa da lesão, sendo observado um líquido achocolatado. Baseado no caso acima qual o diagnóstico mais provável e o tratamento a ser realizado?
- A) Cisto hidático, sendo necessário iniciar albendazol.
 - B) Abscesso amebiano, sendo necessário iniciar metronidazol.
 - C) Neoplasia hepática metastática com abscesso, sendo necessário procurar sítio primário.
 - D) Abscesso piogênico, sendo necessário manter antibioticoterapia ampla por pelo menos 28 dias.