



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: GASTROENTEROLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de atuação Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia Pediátrica (R3)

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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 a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
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 estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas 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!

Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

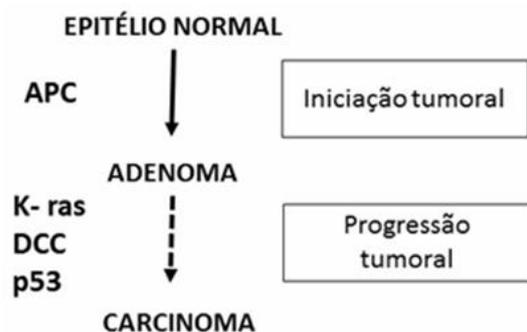
Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

01. Uma paciente de 37 anos apresenta queimação retroesternal cinco vezes por semana, associada a sensação de um bolo na faringe, há 3 anos. Relata não identificar alimentos específicos que causem os sintomas e que faz uso de esomeprazol 40 mg 2 vezes ao dia com pouca melhora dos sintomas. Apresenta os seguintes exames (4 meses atrás): endoscopia digestiva alta com esofagite não erosiva do esôfago distal, e biópsia do esôfago distal com 2 eosinófilos por campo de grande aumento; pHmetria ambulatorial com exposição ácida do esôfago distal de 3,2%; índice de sintomas de 15% e probabilidade de associação com sintomas de 30%. Qual o diagnóstico mais coerente com o conceito atual das condições associadas ao quadro acima?
- A) Pirose funcional.
 - B) Esofagite eosinofílica.
 - C) Hipersensibilidade ao refluxo.
 - D) Doença do refluxo gastroesofágico.
02. Homem de 52 anos, etilista (abstinente há 6 meses), está sem sintomas no momento e usa propranolol 10 mg 2 vezes ao dia. Apresenta INR 1,4, albumina 3,2 g/dl, endoscopia digestiva alta com varizes esofágicas de médio e grosso calibres sem sinais de cor vermelha. PA 120x74mmHg, pulso 80/minutos, baço 2 cm do rebordo costal esquerdo, sem edema de membros inferiores. Qual a melhor opção de profilaxia primária de hemorragia digestiva alta, neste caso?
- A) Iniciar pantoprazol.
 - B) Escleroterapia das varizes.
 - C) Ligadura elástica das varizes.
 - D) Aumentar a dose do propranolol.
03. Um paciente do sexo masculino, de 38 anos, dá entrada em uma emergência com quadro de dor em abdome superior, em faixa e com irradiação para dorso. Durante avaliação inicial, foram evidenciadas amilase de 2150 U/L e lipase 1125 U/L. Na tomografia de abdome, observou-se pâncreas difusamente aumentado, com borramento da gordura peripancreática e sem áreas sugestivas de necrose pancreática. Frente a um quadro de pancreatite aguda, podemos dizer que as melhores condutas baseadas em evidências científicas são, EXCETO:
- A) A analgesia deve ser uma das prioridades do atendimento inicial, devendo ser seguido um protocolo semelhante ao de dor perioperatória e, se necessário, fazer uso de opioides.
 - B) Está indicada uma hidratação vigorosa nas primeiras 24 horas do início do quadro, com revisão dos dados hemodinâmicos e laboratoriais para manutenção da mesma, dando preferência ao soro ringer-lactato.
 - C) Caso não haja aceitação de dieta por via oral após 72 horas do início do quadro, deve ser indicada nutrição parenteral total para repouso pancreático e manutenção do estado nutricional do paciente.
 - D) Antibioticoterapia profilática não está indicada, sendo indicada apenas na confirmação ou suspeita clínica de infecção.
04. Homem de 46 anos, casado, passado de uso de drogas ilícitas intravenosas, abstinente há 15 anos, procurou um ambulatório de hepatologia após receber um resultado reagente de anti-HCV de 3ª geração. Relata fadiga como único sintoma. Nega etilismo. Ao exame físico, palidez cutânea +/4+, icterício ++/4+, ACP normal, abdome plano com fígado 2cm do rebordo costal direito, com consistência aumentada, ponta de baço palpável e maciez móvel. Há eritema palmar e não há edema de membros inferiores. Endoscopia digestiva com varizes esofágicas de médio calibre. AST 84 UI/L, ALT 102 UI/L, plaquetas 52 mil/mm³, INR 1,8, albumina 3,2 g/dl, bilirrubinas totais 3,3 g/dl (conjugada 2,4 g/dl), quantificação do VHC-RNA 800.000 UI/L, VHC com genótipo 3, elastografia hepática de 14,5kPa. Dentre as opções abaixo, qual esquema terapêutico se associa à melhor resposta viral sustentada neste caso?
- A) Simeprevir/Sofosbuvir por 12 semanas.
 - B) Sofosbuvir/Daclatasvir/Ribavirina por 24 semanas.
 - C) Sofobovir/Ribavirina/Peginterferon por 12 semanas.
 - D) Ombistavir/Veruprevir/Ritonavir/Desabuvir/Ribavirina por 24 semanas.

05. JGF, 63 anos, feminina. QP: Fezes escurecidas há três dias. HDA: Paciente informa que há 03 dias apresentou quadro de evacuações enegrecidas, pastosas, de odor fétido, aproximadamente 08 episódios/dia, pouco volumosas. Relaciona o início do quadro à utilização de cetoprofeno por dor lombar. Antecedente: Nega tabagismo, etilismo, ou outras doenças. Ao exame: PA: 110 x 70mmHg Pulso: 100 bpm. Ectoscopia: EGR, hipocorada (+/4+), desidratada (+/4+), restante normal. Qual o melhor momento para realizar endoscopia digestiva alta?
- A) Nas primeiras 6 horas.
 B) Nas primeiras 12 horas.
 C) Nas primeiras 24 horas.
 D) Nas primeiras 48 horas.
06. Mulher de 62 anos procura assistência médica por conta de um laudo de ultrassonografia com esteatose hepática, IMC 30 Kg/m², hipertensão em uso de losartan. Nega etilismo. A avaliação laboratorial mostra glicemia de jejum 110 mg/dL, hemoglobina glicada 5,8%, AST 210 UI/L, ALT 220 UI/L, INR 1,1, albumina 3,7 g/dl, sorologia para vírus B e C não reagentes, anti-músculo liso não reagente, gamaglobulinas normais, anti-mitocôndria não reagente. Elastografia hepática de 12 kPa. Qual terapia pode ter melhor resultado na doença hepática em questão?
- A) Metformina.
 B) Vitamina E.
 C) Sinvastatina.
 D) N-Acetilcisteína.
07. Homem de 47 anos se queixa de adinamia, olhos amarelados e distensão abdominal leve. Nega etilismo e relata promiscuidade sexual. Traz os seguintes exames de 8 meses atrás, quando de doação de sangue: anti-HIV não reagente, HBsAg reagente, anti-HCV não reagente. Ao exame físico: orientado, palidez cutâneo-mucosa +/4+, icterícia ++/4+, afebril. Fígado palpável 3 cm abaixo do apêndice xifoide, indolor, bordos rombos e consistência aumentada. Baço palpável 2 cm do rebordo costal esquerdo. Piparote negativo e presença de macicez móvel à percussão do abdome. Edema de membros inferiores ++/4+. Exames complementares atuais: Albumina 2,9 g/dl, INR 1,8, bilirrubina total 3,1 mg/dl, ALT 340 UI/L, AST 280 UI/L, anti-músculo liso não reagente, gamaglobulinas 0,7 g/dl (normal 0,74 a 1,75 g/dl), HBeAg reagente e carga viral (vírus da hepatite B) de 30.000 UI/L. Endoscopia digestiva alta com varizes esofágicas de grosso calibre e elastografia hepática de 17 kPa. Qual a melhor terapia medicamentosa?
- A) Peginterferon alfa-2a.
 B) Lamivudina.
 C) Tenofovir.
 D) Entecavir.
08. Na carcinogênese da neoplasia de cólon, o adenoma se desenvolve como consequência de fatores envolvidos na iniciação tumoral e progride para carcinomas devido a fatores que atuam como promotores da progressão tumoral (ver figura). Marque o item correto em relação a carcinogênese da polipose adenomatosa família (PAF) e do câncer colorretal hereditário não poliposo (HNPCC).



- A) Na PAF a fase de iniciação tumoral está acelerada e a fase de progressão tumoral está normal.
 B) Na HNPCC a fase de iniciação tumoral está acelerada e a fase de progressão tumoral está normal.
 C) Na PAF a fase de iniciação tumoral está acelerada e a fase de progressão tumoral também está acelerada.
 D) Na HNPCC a fase de iniciação tumoral está acelerada e a fase de progressão tumoral também está acelerada.

09. MANS, 52 anos, masculino. Portador de retocolite ulcerativa idiopática com pancolite desde os 25 anos, em acompanhamento regular em uso de Mesalazina com doença estável. Durante colonoscopia de vigilância foram detectados alguns pseudopólipos nos cólons transverso e sigmoide, sem evidência de atividade endoscópica (Mayo 0). Realizadas polipectomias completas dos pseudopólipos maiores com alça e biópsia da mucosa adjacente aos pseudopólipos. Nos anatomopatológicos, foram evidenciados pseudopólipos com inflamação e displasia leve e na mucosa adjacente do pseudopólipo do sigmoide foi evidenciada colite crônica com displasia leve. Qual a melhor conduta?
- A) Colectomia.
 - B) Otimizar terapia farmacológica.
 - C) Repetir a colonoscopia de vigilância em 6 meses.
 - D) Repetir a colonoscopia de vigilância em 2 anos.
10. Mulher, 28 anos, refere há 1 ano empachamento e vômitos ocasionais, que não melhora com a evacuação e pioram com a alimentação. Nega uso de anti-inflamatórios não esferoidais, sangramento, perda de peso ou outras doenças. O exame físico é normal. Fez endoscopia digestiva alta, que mostrou uma gastrite leve e uma esofagite erosiva leve, com a presença do *Helicobacter pylori*. Realizou o tratamento para *Helicobacter pylori* com melhora parcial dos sintomas nos primeiros 3 meses, mas nos últimos 6 meses os sintomas ficaram mais ativos. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Gastroparesia.
 - B) Dispepsia funcional.
 - C) Doença do refluxo gastroesofágico.
 - D) Dispepsia associado ao *Helicobacter pylori*.
11. Uma senhora de 64 anos, hipertensa e diabética, sem outras comorbidades importantes e assintomática. Durante avaliação de quadro de esteatose hepática foi solicitada RNM de abdome com contraste. Neste exame, foi identificada uma lesão cística em corpo pancreático, medindo 1,2 cm, com restante do parênquima pancreático normal e sem associação com dilatação do ducto pancreático principal. Frente a achado de lesão cística pancreática, qual seria a melhor conduta para este caso?
- A) Acompanhamento e seguimento com exames de imagem.
 - B) Indicar pancreatectomia corpocaudal, frente ao risco de neoplasia cística mucinosa.
 - C) Solicitar ecoendoscopia diagnóstica, sem punção, para melhor definição da lesão cística.
 - D) Solicitar ecoendoscopia com punção por agulha fina, com dosagem de CEA, glicose e amilase.
12. Homem de 35 anos, sem comorbidades, refere disfagia para alimentos sólidos e, ocasionalmente, para líquidos há uns 2 anos. Costumava mastigar bem os alimentos e ingerir líquidos com as refeições, mantendo o peso. Mas, há 6 meses, a disfagia tornou-se progressiva, passou a ter regurgitação alimentar frequente e perdeu peso de forma significativa, o que o levou a procurar assistência médica. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou estase alimentar esofágica, sem lesões de mucosa. Exame contrastado mostrou esôfago dilatado com diâmetro máximo de 5cm, além de retardo no tempo de esvaziamento. Considerando a principal hipótese diagnóstica para esse caso, qual seria a proposta terapêutica inicial mais recomendada?
- A) Nifedipina sublingual antes das principais refeições.
 - B) Injeção de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior.
 - C) Dilatação endoscópica da cárdia com velas de Savary-Gilliard.
 - D) Miotomia laparoscópica a Heller com funduplicatura parcial.
13. Mulher de 65 anos, hipertensa e diabética, com relato de internação em enfermaria de hospital terciário e alta hospitalar há 1 mês, procura unidade de pronto-atendimento (UPA) por quadro de diarreia líquida, média de cinco evacuações ao dia, algumas vezes com muco e sem sangue, associada a dor abdominal em cólicas, há 3 semanas. Faz uso crônico de glicazida, metformina, losartana e omeprazol. Ao exame, a paciente apresentava-se hemodinamicamente estável, levemente desidratada e hipocorada, com abdome algo distendido e hipertimpânico, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação em baixo ventre, mas sem sinais de peritonite. Hemograma realizado na urgência evidenciou leucocitose de 14.000mm^3 . Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual seria a droga oral mais indicada a ser prescrita pelo médico da UPA?
- A) Vancomicina.
 - B) Metronidazol.
 - C) Ciprofloxacino.
 - D) Sulfametoxazol-trimetropim.

14. Mulher de 35 anos queixa-se de dor abdominal difusa e em cólicas, geralmente pós-prandial, associada a distensão abdominal, que surge em média três vezes na semana. O quadro iniciou há dois anos e tem períodos de acalmia, mas está persistente nos últimos quatro meses. Evacua em média duas vezes na semana, com fezes Bristol 1 ou 2. Há um ano, realizou ultrassonografia de abdome que mostrou colelitíase e, dessa forma, foi submetida a colecistectomia, mas não notou melhora do quadro após esse procedimento. Realizou outros exames como hemograma, função tireoidiana, dosagem de cálcio e glicemia que foram normais. Nega comorbidades. É sedentária. Ao exame físico, não foram evidenciadas alterações significativas. Diante do diagnóstico mais provável para essa paciente, qual seria a terapêutica inicial mais recomendada para controle dos seus sintomas?
- A) Probióticos + mesalazina.
 - B) Lubiprostone + amitriptilina.
 - C) Suplemento de fibras solúveis + brometo de otilônio.
 - D) Suplemento de fibras insolúveis + brometo de pinavério.
15. Homem de 65 anos, cardiopata e diabético, refere sintomas de pirose há pelo menos vinte anos. Faz uso de inibidores de bomba de prótons (IBP) sob demanda, com períodos de uso contínuo quando está mais sintomático, com boa resposta. Estava sem acompanhamento especializado há alguns anos e, preocupado com os possíveis eventos adversos associados ao uso prolongado de IBP, resolveu procurar um especialista. Foi então submetido a uma endoscopia digestiva alta, que evidenciou prolongamento de mucosa avermelhada e com textura aveludada, sem irregularidades, no esôfago distal (Praga C2M4), sem outras alterações. A biópsia dessa área mostrou epitélio metaplásico do tipo intestinal com displasia de baixo grau. Qual seria a conduta mais recomendada a ser tomada nesse momento?
- A) Manter vigilância endoscópica com biópsias a cada 3 a 5 anos e realizar fundoplicatura a Nissen.
 - B) Encaminhar paciente para mucosectomia endoscópica, manter vigilância endoscópica e realizar fundoplicatura a Nissen.
 - C) Encaminhar paciente para terapia ablativa endoscópica, manter vigilância endoscópica e IBP em dose plena continuamente após.
 - D) Solicitar reavaliação endoscópica minuciosa e com coleta de mais biópsias, manter vigilância endoscópica a cada 6 a 12 meses e IBP continuamente.
16. Um homem de 48 anos apresenta empachamento e dor epigástrica há 6 meses, piorando no último mês e com alívio parcial com o uso de omeprazol. Fez uma endoscopia digestiva alta que revelou uma lesão na grande curvatura do corpo gástrico distal, com 1,5 cm no maior comprimento, levemente elevada e com erosão central rasa. Biópsias desta lesão mostraram uma neoplasia de células B e biópsias do antro mostraram infiltrado inflamatório misto e *Helicobacter pylori* na superfície da mucosa. Uma ecoendoscopia mostrou que a lesão não infiltra a submucosa e tomografias computadorizadas do tórax, abdome e pelve foram normais. Qual é a terapia inicial mais recomendada neste caso?
- A) Esomeprazol.
 - B) Quimioterapia.
 - C) Gastrectomia parcial.
 - D) Amoxicilina, claritromicina, omeprazol.
17. Os distúrbios funcionais gastrointestinais são os diagnósticos mais comuns na gastroenterologia e, frequentemente, ocorrem em combinação com distúrbios funcionais, hipersensibilidade visceral, alterações na imunidade mucosa, alterações da microbiota intestinal ou alteração no processamento intestinal pelo sistema nervoso central. Sobre a constipação funcional, podemos afirmar, EXCETO por:
- A) Uma boa anamnese e exame físico pode sugerir o diagnóstico, objetivando descartar sinais de obstrução mecânica, uso de medicamentos ou doenças sistêmicas associadas.
 - B) Predominam sintomas de defecações difíceis, infrequentes ou incompletas e é mais comum no sexo feminino, sendo associado com reduzida ingestão de fibras e aumento da idade.
 - C) Como se trata de diagnóstico de exclusão, uma extensa rotina de exames deve ser realizada em todos os pacientes, com realização de exames laboratoriais, colonoscopia e avaliação de trânsito colônico.
 - D) Os pilares do tratamento são o aumento da ingestão de fibras alimentares, podendo ser utilizados laxantes probióticos, técnicas posturais durante a evacuações, terapia de reabilitação do assoalho pélvico e, em casos mais graves, colectomia subtotal com anostomose ileorretal.

18. Um paciente de 52 anos, com histórico prévio de colecistectomia há 1 mês por colelitíase, apresenta quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito associada a icterícia. Nos exames solicitados apresenta TGO 220UI/L, TGP 325UI/L, Bilirrubinas totais de 6,2mg/dL, com bilirrubina direta de 5,1mg/dL, além de amilase e lipase normais. Também foi realizada colangiorressonância, que demonstrou discreta dilatação de vias biliares extra-hepáticas (colédoco de 1,1 cm), sem imagens de falha de enchimento. Diante desse quadro, qual a principal hipótese e o melhor exame diagnóstico?
- A) Hepatite viral e solicitação de sorologias.
 - B) Coledocolitíase residual e solicitação de ecoendoscopia.
 - C) Colangite esclerosante primária e solicitação de CPRE diagnóstica.
 - D) Disfunção do esfíncter de Oddi e realização de CPRE com papilotomia.
19. Uma mulher de 32 anos, casada, com três gestações e dois abortos, queixa-se de empachamento e sensação de gases abdominais (distensão abdominal). Nega outras comorbidades. Uma avaliação ginecológica recente foi normal e relata uso de contraceptivos há 2 anos. O exame físico é normal. A avaliação complementar das últimas duas semanas foi a seguinte: hematócrito 32%, hemoglobina 10,8g/dl, índice de saturação de transferrina 15% (normal 20 a 55%), ferritina 8 ng/ml (normal 12 a 306 ng/ml), albumina 4 g/dl, IgA sérica indetectável, IgG e IgM séricas normais, antitransglutaminase IgA e antiendomísio IgA negativos. Fez uma endoscopia digestiva alta com biópsias da 2ª porção duodenal que mostrou 45 linfócitos/100 enterócitos, atrofia de vilosidades e hiperplasia de criptas. Na sequência, realizou tipagens dos HLA-DQ2 e HLA-DQ8 que foram positivas. Qual o melhor diagnóstico?
- A) Doença Celíaca.
 - B) Doença de Whipple.
 - C) Deficiência de IgA sérica.
 - D) Imunodeficiência variável comum.
20. Um homem de 37 anos apresenta diarreia até 8 vezes ao dia há 1 mês, com sangue vivo nas fezes. Nega vômitos. Fez albendazol e secnidazol sem melhora. Nega uso de antibióticos. Ao exame: PA 100 x 60 mmHg, pulso 88/min, temperatura axilar 37,8C. Hemoglobina 10 g/dl e VHS 60. Realizou uma colonoscopia que evidenciou erosões no reto, sigmoide e descendente, cuja histologia mostrou infiltrado mucoso misto e abscessos de criptas. Classifique esta doença quanto a gravidade deste surto conforme o Índice de Truelove e Witts.
- A) Leve.
 - B) Moderada.
 - C) Grave.
 - D) Fulminante.