

F18

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Transplante de Fígado

Gastroenterologia



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F18**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória GGT - Gamaglutamiltransferase Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal IST – Infecção Sexualmente Transmissível mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat. – Saturação Temp. – Temperatura axilar TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL Lactato = 5 a 15 mg/dL Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 135 a 145 mEq/L TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular) Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ ou µL Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p>Doppler de artéria: Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99 Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ Lactato = até 20 mg/dL Proteína = até 40 mg/dL Líquido pleural ADA = até 40 U/L Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

01

Paciente portador de hepatite C há 25 anos, com biópsia atual evidenciando F3A3 na classificação Metavir. Fez primeiro tratamento com peguinterferon + ribavirina sem sucesso, atualmente tratando com Antivirais de Ação Direta (DAA). Os exames não invasivos de avaliação de fibrose hepática Fibroscan®, APRI e FIB4, correspondente à biópsia, devem ser:

- (A) 8,0 KPa; 0,6; 1,40.
- (B) 12,4 KPa ; 1,7; 3,25.
- (C) 22,0 KPa; 2,5; 4,56.
- (D) 7,5 KPa; 0,7; 3,25.

02

Paciente do sexo feminino, oriental, 29 anos de idade, assintomática que realiza exames de rotina e descobre ser portadora do AgHBs. É AgHBe positivo, e tem transaminases normais. A paciente deve receber tratamento antiviral?

- (A) Se for uma infecção assintomática sem atividade de enzimas hepáticas, só tem indicação de tratamento se apresentar transaminases elevadas.
- (B) Se houver lesão hepática por biópsia ou elastografia, ou risco familiar importante para carcinoma hepatocelular (HCC).
- (C) Todo portador do vírus B deve ser rastreado com ultrassom para HCC e tratado.
- (D) Tratar o AgHBe positivo se a carga viral for alta.

03

A colangite esclerosante primária tem como característica:

- (A) Ser mais frequentemente diagnosticada em homens na proporção de 9 homens para 1 mulher (9:1).
- (B) Ter como complicações o colangiocarcinoma e o hepatocarcinoma em frequência praticamente idênticas.
- (C) Ter comprometimento mais característico dos ductos biliares de pequeno calibre (colangite esclerosante de pequenos ductos).
- (D) Não responder ao tratamento com corticoide e imunossupressor.

04

Em relação ao tratamento de um paciente com Esteatohepatite Não Alcoólica (NASH), assinale a alternativa correta.

- (A) A metformina tem demonstrado bons resultados e deve ser utilizada no tratamento, se fibrose hepática associada.
- (B) A vitamina E na dose de 800 UI/dia deve ser usada principalmente em pacientes diabéticos.
- (C) O exercício associado à perda de peso entre 7 a 10% tem demonstrado melhora da esteatose e redução de fibrose.
- (D) A pioglitazona deve ser utilizada apenas em pacientes não diabéticos com NASH, e os resultados mostram melhora histológica.

05

Em relação à doença de Wilson (degeneração hepatolenticular), está correto afirmar:

- (A) A forma hepática é mais comumente encontrada em adultos e a forma neurológica em crianças.
- (B) A presença de anel de Kayser-Fleischer está frequentemente associada a quadros neurológicos mais graves.
- (C) Adolescentes do sexo feminino são mais susceptíveis a apresentarem as formas de insuficiência hepática aguda grave (hepatite fulminante).
- (D) Deve-se iniciar o tratamento da doença de Wilson, o mais rápido possível, com doses plenas de D-penicilamina a despeito da forma clínica de apresentação.

06

A doença inflamatória intestinal é considerada uma doença sistêmica por apresentar inúmeras Manifestações Extraintestinais (MEI). Assinale a alternativa que apresenta a MEI relacionada diretamente com atividade da doença inflamatória intestinal.

- (A) Artropatia axial.
- (B) Psoríase.
- (C) Colangite esclerosante primária.
- (D) Episclerite.

07

Em relação à hepatite autoimune, está correto afirmar:

- (A) A reatividade dos autoanticorpos é o principal parâmetro a ser considerado no diagnóstico da doença.
- (B) O anticorpo antinúcleo é o principal marcador em todas as faixas etárias.
- (C) O paciente que não apresente reatividade dos autoanticorpos ou não tenha realizado a biópsia hepática ou apresente níveis normais de IgG não atinge o diagnóstico definitivo pelos critérios simplificados.
- (D) Formas agudas, com alteração da atividade protrombina, são mais bem tratadas com pulsoterapia de metilprednisolona.

08

Paciente com passado de um quadro clínico de diverticulite já resolvida. É correto afirmar:

- (A) Nozes e sementes aparentemente não aumentam o risco de recidiva.
- (B) Dieta pobre em sementes é essencial para reduzir risco de novos episódios.
- (C) A dieta não parece ter influência na fisiopatologia e tratamento da diverticulite.
- (D) O uso de bebidas alcoólicas está diretamente relacionado com recidivas desta afecção.

09

Homem de 45 anos de idade, etilista crônico de ½ garrafa de cachaça/dia há cerca de 14 anos, comparece no ambulatório para consulta. Ao exame físico, percebe-se icterícia discreta, teleangiectasia em tronco e ascite discreta. Em relação à doença alcoólica do fígado, assinale a alternativa correta.

- (A) A doença alcoólica do fígado só acontece se o paciente bebe diariamente.
- (B) A quantidade de álcool necessária para causar doença alcoólica do fígado no homem é de acima de 40 g/dia de álcool puro.
- (C) A quantidade de álcool necessária para causar doença alcoólica do fígado na mulher é de acima de 40 g/dia de álcool puro.
- (D) A cirrose alcoólica pode ocorrer só após 20 anos de ingestão alcoólica.

10

Nos procedimentos endoscópicos em que a antibioticoprofilaxia está recomendada, são naqueles pacientes em que suas condições clínicas forem por

- (A) prótese articular ou sangramento agudo do trato gastrointestinal em cirróticos.
- (B) lesão cística do pâncreas com comunicação com o ducto pancreático ou por condições cardíacas.
- (C) condições cardíacas ou por prótese articular.
- (D) sangramento agudo do trato gastrointestinal em cirróticos ou lesão cística do pâncreas com comunicação com o ducto pancreático.

11

Qual é a função dos pepsinogênios séricos no diagnóstico de atrofia gástrica?

- (A) Indicadores de infecção por *Helicobacter pylori*.
- (B) Marcadores de atrofia extensa.
- (C) Avaliadores de pólipos gástricos.
- (D) Indicadores de câncer gástrico.

12

Qual é a principal razão pela qual o manejo da dor em pacientes com Pancreatite Crônica (PC) ainda é um desafio, mesmo com os avanços no conhecimento sobre o tratamento da dor crônica?

- (A) Os pacientes desenvolvem tolerância aos analgésicos opioides.
- (B) A inflamação pancreática, mesmo reduzida, causa danos permanentes.
- (C) A complexidade da doença e a falta de diretrizes universais dificultam o tratamento.
- (D) As opções de tratamento atuais são muito invasivas e com muitos efeitos colaterais.

13

Qual é a recomendação para realizar biópsias duodenais em casos de pacientes com suspeita de doença celíaca, porém com sorologia negativa, mas HLA DQ2/DQ8 positivos?

- (A) Não são necessárias biópsias.
- (B) Apenas se os sintomas persistirem.
- (C) Devem ser realizadas.
- (D) Apenas em pacientes com histórico familiar.

14

Qual é a recomendação de consenso para o tratamento inicial da diarreia por ácido biliar?

- (A) Colestiramina.
- (B) Colesevelam.
- (C) Colestipol.
- (D) Loperamida.

15

Qual é a porcentagem estimada de pacientes com diarreia crônica ou Síndrome do Intestino Irritável com Diarreia predominante (SII-D) que podem ter diarreia por ácido biliar?

- (A) 5% a 10%.
- (B) 15% a 20%.
- (C) 25% a 35%.
- (D) 40% a 50%.

16

Qual é a recomendação para o manejo de pacientes com abscesso intra-abdominal como complicação da doença de Crohn?

- (A) Observação clínica e tratamento com analgésicos.
- (B) Antibióticos com ou sem drenagem percutânea, seguido por ressecção cirúrgica eletiva ou terapia médica, dependendo das características clínicas e preferências do paciente.
- (C) Ressecção cirúrgica imediata do segmento intestinal afetado.
- (D) Drenagem percutânea do abscesso sem necessidade de antibioticoterapia.

17

Qual o padrão esperado para um paciente com diagnóstico de gastrite atrófica autoimune?

- (A) Atrofia de antro e corpo, gastrina normal e pepsinogênio II baixo.
- (B) Pangastrite atrófica, gastrina baixa e pepsinogênio I alto.
- (C) Atrofia de corpo, gastrina alta e pepsinogênio I baixo.
- (D) Pangastrite atrófica, gastrina alta e pepsinogênio I alto.

18

Qual é a recomendação para o uso de fibra alimentar em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável (SII)?

- (A) A fibra alimentar não demonstrou benefícios significativos em comparação com o placebo.
- (B) A fibra alimentar, especificamente o farelo de trigo, teve um efeito significativo no tratamento dos sintomas da SII.
- (C) A fibra alimentar demonstrou um efeito estatisticamente significativo em comparação com o placebo, com destaque para os benefícios das cascas de ispaghula (*Psyllium*).
- (D) A suplementação com fibra alimentar é recomendada para todos os pacientes com SII, independentemente do subtipo.

19

Paciente de 28 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa (pancolite) há 10 meses em uso de sulfasalazina 2 g/dia e azatioprina 100 mg/dia, comparece no pronto-socorro com quadro de diarreia sanguinolenta cerca de 10 vezes ao dia há 1 semana. Ao exame físico, apresentou-se descorado ++/4+, anictérico. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, RHA +.

• Exames laboratoriais:

Hb: 8,9 g/dL

Ht: 25%

Leucócitos: 7.000/mm³

Plaquetas: 220.000/mm³

PCR: 88 mg/dL

Qual a melhor conduta?

- (A) Iniciar prednisona 40 mg/dia. Aumentar sulfasalazina para 4 g/dia. Reavaliação ambulatorial em 3 dias.
- (B) Internação hospitalar. Solicitar avaliação da coloproctologia. Iniciar infliximabe 5 mg/kg endovenoso e reavaliação em 48 horas.
- (C) Internação hospitalar. Triagem infecciosa com coprocultura, pesquisa de citomegalovírus e clostridioide. Avaliação da coloproctologia. Iniciar antibioticoterapia endovenosa empírica e corticoide endovenoso e reavaliação diária.
- (D) Internação hospitalar. Avaliação da coloproctologia. Iniciar antibioticoterapia endovenosa e corticoide endovenoso e reavaliar em 48 horas.

20

A colite isquêmica tem distribuição segmentar e os locais com maior frequência de acometimento são:

- (A) Ângulo hepático e cólon ascendente.
- (B) Ângulo hepático e ângulo esplênico.
- (C) Sigmoides e reto.
- (D) Ângulo esplênico e cólon descendente.

21

Homem, 60 anos de idade, tabagista de longa data, realizou endoscopia digestiva alta por pigarro crônico, nega disfagia. Teve como achado uma lesão superficial elevada (tipo IIa) de esôfago a 20 cm da arcada dentária superior, medindo 1 cm. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma espinocelular. Realizou tomografia que não mostrou espessamento esofágico significativo ou enfisema pulmonar. Depois realizou PET-CT [¹⁸F]-FDG com achado de hipercaptação isolada na região do esôfago médio. Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo.

- (A) Solicitar ecoendoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.
- (B) Encaminhar para oncologia clínica avaliar possibilidade de tratamento neoadjuvante com quimio e radioterapia.
- (C) Esofagectomia com linfadenectomia.
- (D) Solicitar broncoscopia para avaliar se há linfonodos regionais suspeitos.

22

Mulher, 40 anos de idade, foi submetida à funduplicatura há 10 anos por doença do refluxo com sintomas típicos. Recordase apenas de ter feito endoscopia antes de ser operada. Ficou bem clinicamente por 9 anos. Há 1 ano, refere disfagia para sólidos, tendo procurado atendimento no pronto-socorro no último mês. É hipertensa há 5 anos e no último ano iniciou uso de hipoglicemiante oral para diabetes recém diagnosticado, após ter ganho 12 kg em 2 anos. Qual o motivo mais provável da disfagia nesta paciente?

- (A) Acalasia.
- (B) Gastroparesia relacionada ao diabetes.
- (C) Adenocarcinoma da transição esofagogástrica.
- (D) Migração da funduplicatura.

23

Paciente, 30 anos de idade, teve ingestão de soda cáustica aos 27 anos de idade. Evoluiu com estenose e está com alimentação exclusiva por gastrostomia. Tentou tratamento por dilatação endoscópica apresentando perfuração esofágica, que foi tratada clinicamente com antibioticoterapia. Na avaliação endoscópica, tem estenose intransponível a 12 cm da arcada dentária superior, junto ao músculo cricofaríngeo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Colonplastia com anastomoses no esôfago cervical e estômago, por via retroesternal.
- (B) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago, por via retroesternal.
- (C) Colonplastia com anastomoses na faringe e estômago, pelo mediastino posterior.
- (D) Esofagectomia com gastroplastia e anastomose no esôfago cervical.

24

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) acomete grande parte da população ao redor do mundo, com prevalência, que pode chegar a 20%, em diversos países. O manejo desta doença ainda é controverso, mas na atualidade existem grupos focados em padronizar o seu diagnóstico e o tratamento. Em relação à DRGE, assinale a alternativa correta.

- (A) A manometria confirma o diagnóstico da DRGE através da medida da pressão de repouso do esfíncter inferior do esôfago.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo deve ser realizado em pacientes que apresentam hérnias hiatais mesmo sem a presença de esofagite erosiva.
- (C) Os consensos atuais da doença do refluxo gastroesofágico (Lyon e Lyon 2.0) utilizam além dos critérios pH-métricos, a presença de alterações endoscópicas específicas para definição da doença.
- (D) Os pacientes com sintomas atípicos da doença do refluxo, apresentam melhores respostas ao tratamento cirúrgico que ao clínico, devido ao refluxo não ácido que está muito presente nas queixas atípicas.

25

A acalasia esofágica é um distúrbio motor frequente dentro das doenças esofágicas, causando grande perda da funcionalidade e qualidade de vida do paciente. Quanto ao tratamento da acalasia, assinale a alternativa que melhor representa o conhecimento atual sobre a doença.

- (A) O tratamento da acalasia depende das condições clínicas do paciente. Apesar de diversas alternativas, a cardiomiectomia cirúrgica é, ainda hoje, o tratamento padrão ouro na maioria dos casos.
- (B) A manometria de alta resolução apresentou uma grande evolução no conhecimento da doença. Entretanto, tem importância limitada para indicar o melhor tratamento.
- (C) A recidiva da disfagia, após o tratamento da acalasia, está associada à progressão da doença, uma vez que o tratamento é paliativo na maioria dos casos.
- (D) A cardiomiectomia endoscópica (POEM) é o tratamento mais moderno da acalasia, apresentando resultados semelhantes à cardiomiectomia cirúrgica, sem aumento na taxa de refluxo gastroesofágico.

26

Em relação à gastrectomia laparoscópica para o tratamento do adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

- (A) Não existem evidências de alto nível que permitam recomendar seu uso fora de protocolos de pesquisa.
- (B) Pode ser recomendada nas lesões distais avançadas cT4a.
- (C) Está consagrada pelo uso e deve ser a via preferencial.
- (D) Está em desuso, sendo substituída pela via robótica.

27

Homem, 59 anos de idade, hipertenso controlado, apresenta epigastralgia de longa data com piora há 2 meses, associada à perda de 1 kg no período. Realizou endoscopia digestiva alta sendo observada lesão elevada de 2 cm, sem ulceração, em antro gástrico. A biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado, tipo intestinal de Lauren. A ecoendoscopia demonstrou lesão restrita à mucosa (T1a), sem linfonodos suspeitos. A tomografia computadorizada não encontrou achados relevantes. Qual a melhor conduta?

- (A) Ressecção endoscópica.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

28

Homem, 56 anos de idade, assintomático, realizou endoscopia digestiva alta de rotina que teve como achado incidental abaulamento subepitelial em grande curvatura de corpo alto do estômago. Na investigação com ecoendoscopia, notou-se lesão de 4 cm localizada na 4ª camada da parede gástrica. Realizada punção com agulha fina, cujo anatomopatológico revelou tratar-se de neoplasia fusocelular, imunohistoquímica com CD117 positivo, índice mitótico de 3%. A melhor conduta é a

- (A) endoscopia seriada a cada 6 meses, e se a lesão crescer acima de 5 cm, indicar cirurgia.
- (B) ressecção endoscópica.
- (C) gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.

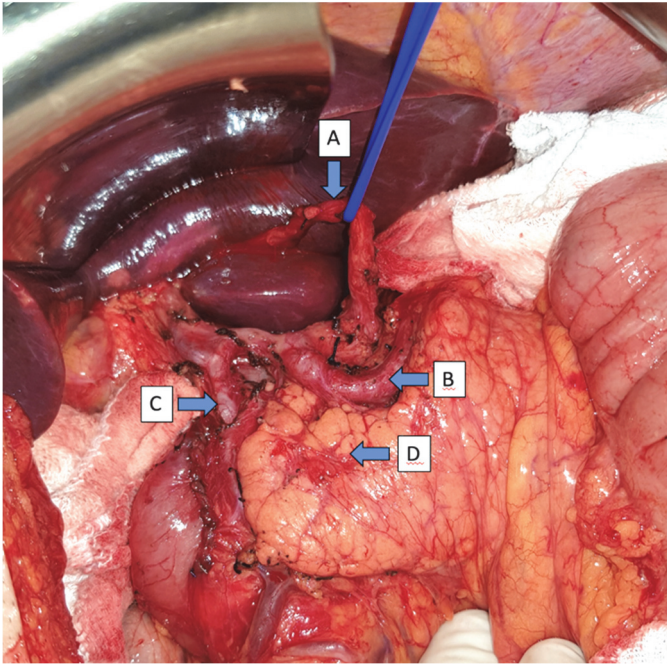
29

Mulher, 56 anos de idade, em pós-operatório tardio de *bypass* gástrico, procura pronto atendimento com queixa de colúria, icterícia e febre há 1 dia. É atendida em sala de emergência com FC de 130 bpm, PAM de 58 mmHg, icterícia +/4+. Exames laboratoriais mostram leucocitose, alterações compatíveis com colestase e lesão renal aguda. Provas de coagulação normais, exceto por discreta plaquetopenia (95.000/mm³). Ultrassonografia de abdome identifica múltiplos cálculos em vesícula biliar, dilatação de via biliar intra e extra-hepática causada por cálculo biliar impactado em colédoco distal. Realiza-se ressuscitação volêmica com vasopressor e antibioticoterapia. Qual a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Drenagem biliar transparietohepática.
- (B) Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com papilotomia e limpeza da via biliar.
- (C) Colectomia, exploração da via biliar e drenagem com dreno de Kher.
- (D) Suporte intensivo e observação clínica.

30

Ao término de uma gastrectomia total com linfadenectomia D2, o cirurgião principal solicitou ao residente do 2º ano que nomeasse as estruturas a seguir:



O residente, corretamente, respondeu o seguinte (A, B, C, D):

- (A) Artéria gástrica esquerda, artéria esplênica, artéria hepática comum, pâncreas.
- (B) Artéria hepática esquerda, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.
- (C) Artéria hepática acessória, artéria gástrica esquerda, artéria gastroduodenal, mesocólon transversal.
- (D) Artéria hepática acessória, artéria esplênica, artéria gastroduodenal, pâncreas.

31

Homem, 32 anos de idade, hipertensão arterial de difícil controle. Em investigação para o quadro, foram diagnosticados tumores em ambas adrenais, compatíveis com feocromocitomas, que foram operados com resolução do quadro de hipertensão. Também foi diagnosticado tumor em fossa posterior do crânio, e em exame de ressonância magnética, de abdome. Foram identificados inúmeros cistos em cabeça, corpo e cauda do pâncreas, compatíveis com neoplasias císticas serosas, bem como um nódulo sólido em cauda pancreática, hipervascularizado na fase arterial, com restrição a difusão e medindo 1,5 cm. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Neoplasia endócrina múltipla tipo 1.
- (B) Neurofibromatose tipo 1.
- (C) Síndrome de Von Hippel-Lindau.
- (D) Esclerose tuberosa.

32

Mulher, 54 anos de idade, no 9º dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de papila duodenal. Está em tratamento de infecção de sítio cirúrgico, devido à fístula da anastomose pancreatojejunal. Hoje apresentou episódio de taquicardia e débito de 100 mL de conteúdo hemático pelo dreno abdominal. Após expansão volêmica, houve melhora da taquicardia. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse momento.

- (A) Observação clínica.
- (B) Arteriografia.
- (C) Angiotomografia de abdome.
- (D) Laparotomia exploradora imediata.

33

Homem, 60 anos de idade, submetido à colecistectomia eletiva, devido a pólipo em vesícula biliar, há duas semanas. Relatório anatomopatológico mostrou adenocarcinoma da vesícula biliar, moderadamente diferenciado com invasão até a lâmina própria, margem do ducto cístico livre de neoplasia. Considerando o diagnóstico apresentado, qual a conduta mais adequada nesse momento?

- (A) Quimioterapia adjuvante.
- (B) Seguimento clínico.
- (C) Ampliação da margem do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (D) Ressecção de via biliar extra-hepática, linfadenectomia do hilo hepático e anastomose biliodigestiva.

34

Mulher, 45 anos de idade, submetida à colecistectomia com colangiografia eletiva por calculose não complicada da vesícula biliar há 14 dias. Procedimento sem intercorrências. No 6º dia pós-operatório, procurou pronto-socorro com dor abdominal difusa. Submetida à laparoscopia diagnóstica, com achado de coleperitônio, devido à perda de ligadura do ducto cístico. Realizada limpeza do sítio cirúrgico, rafia do ducto cístico e drenagem da cavidade. Atualmente, no 8º dia PO, paciente encontra-se em bom estado geral, com exames laboratoriais normais, porém apresenta débito de 240 mL de bile pelo dreno abdominal. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor conduta nesse momento?

- (A) CPRE com passagem de prótese biliar.
- (B) Laparoscopia, resutura da via biliar e drenagem da cavidade.
- (C) Anastomose biliodigestiva.
- (D) Drenagem transparietohepática da via biliar.

35

Homem, 72 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, dislipidemia e obesidade. Há 2 meses com dor em hipocôndrio direito. Realizou ultrassonografia de abdome que mostrou massa em lobo hepático direito, medindo 9,0x8,5 cm. Realizou tomografia de abdome com contraste endovenoso que evidenciou fígado com bordas rombas e contornos levemente lobulados, além de lesão hipervascular medindo 9,1x8,7 cm com clareamento rápido do meio de contraste ocupando os segmentos 5, 6 e 7. Exame físico sem estigmas de hepatopatia crônica.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,7 g/dL

Plaquetas: 160.000/mm³

Bilirrubinas totais: 0,9 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,5 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL

Albumina: 4,4 g/dL

Tempo de protrombina: 90% (INR= 1,1)

Sódio: 137 mEq/L

Alfafetoproteína: 42 ng/mL

Chlid-Pugh: A5

Model of End-Stage Liver Disease (MELD): 8

Endoscopia digestiva alta sem varizes esofagogástricas.

Realizou volumetria com volume hepático total de 1540 mL e volume do lobo esquerdo de 740 mL. Baseado nos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, qual a melhor conduta para o paciente?

- (A) Embolização seletiva do ramo portal direito e posterior reavaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo.
- (B) Quimioembolização arterial do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante hepático.
- (D) Hepatectomia direita laparoscópica.

36

Homem, 63 anos de idade, no 7º dia pós-operatório de esplenectomia por suspeita de linfoma B de zona marginal esplênico. Retorna ao hospital com dor abdominal há 1 dia e febre, sem calafrios. Ao exame físico, apresenta-se febril (Temp. de 38,2 °C), PA de 110x80 mmHg, FC de 96 bpm, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo, sem descompressão brusca. Realizou tomografia de abdome que mostrou coleção em topografia esplênica com volume aproximado de 70 mL. Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta terapêutica para o paciente?

- (A) Fístula pancreática, antibioticoterapia e drenagem da coleção por radiointervenção.
- (B) Sepsis pós-esplenectomia, antibioticoterapia com coberturas para bactérias encapsuladas.
- (C) Trombose da veia porta com hematoma infectado em loja esplênica, antibioticoterapia e laparoscopia diagnóstica.
- (D) Fístula entérica, antibioticoterapia e laparotomia exploradora.

37

Mulher, 29 anos de idade, assintomática, realizou ultrassonografia de abdome solicitada pelo ginecologista, que evidenciou nódulo hepático heterogêneo bem delimitado localizado em segmento 6, medindo 5,3 cm. Em uso regular de anticoncepcional oral há 8 anos. De acordo com o contexto clínico da paciente, qual o exame mais indicado para elucidação diagnóstica do nódulo hepático?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso.
- (B) Ressonância magnética de abdome superior, preferencialmente com contraste hepatoespecífico.
- (C) Perfil hepático e marcadores tumorais (CEA, CA19-9 e alfafetoproteína).
- (D) Biópsia hepática guiada por tomografia.

38

Mulher, 32 anos de idade, assintomática, é encaminhada para avaliação de nódulo hepático em ultrassonografia de rotina. Nega comorbidades, história familiar relevante ou etilismo. Usa anticoncepcional oral há 12 anos. Ao exame físico, apresenta-se anictérica, sem estigmas de hepatopatia crônica, palpação abdominal sem alterações. Laudo da ultrassonografia: nódulo hiperecogênico bem delimitado em segmento 7 medindo 5,5 cm. Traz ressonância magnética que mostra nódulo bem delimitado em segmento 7 medindo 5,6 cm com hipersinal homogêneo em T2. As fases contrastadas evidenciam lesão hipervascular com contrastação lenta e enchimento centrípeto. A respeito do caso, é correto afirmar:

- (A) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de hemangioma hepático, sendo a melhor conduta o seguimento clínico.
- (B) Trata-se de carcinoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção regrada do segmento 7.
- (C) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular. A conduta inicial, devido ao tamanho, baseia-se na suspensão dos anticoncepcionais orais, observação clínica e exames de imagem de controle em 6 meses.
- (D) Os exames de imagem indicam o diagnóstico de adenoma hepatocelular, sendo indicada a ressecção cirúrgica devido ao risco de malignização e/ou ruptura.

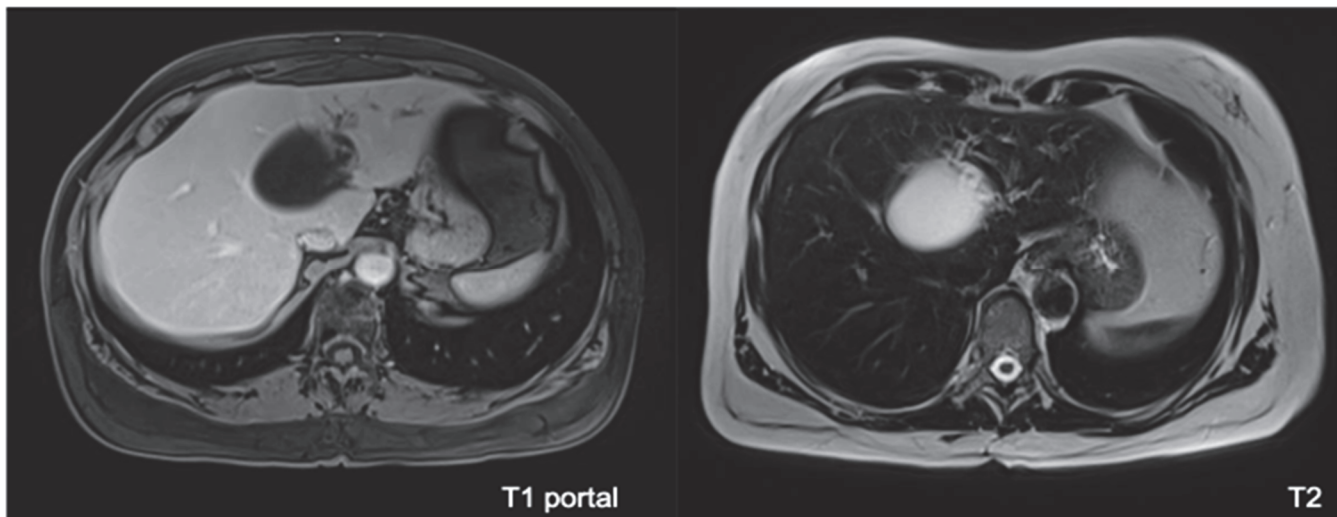
39

Em relação à etiologia da obesidade, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de problema comportamental.
- (B) A obesidade monogênica é bastante comum.
- (C) Há uma associação entre fatores genéticos e ambientais.
- (D) Os polimorfismos genéticos são raros.

40

Mulher, 50 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, refere cisto hepático diagnosticado há 10 anos em ultrassonografia de rotina, na ocasião com 3,5 cm. Fez seguimento com exames periódicos, os quais mostraram crescimento do cisto. Realizou ressonância magnética de abdome superior, que evidenciou lesão cística medindo 6,5 cm no segmento 4, com paredes regulares, alguns septos finos e exercendo compressão na via biliar esquerda com dilatação dos ramos biliares intra-hepáticos. Não existem outros cistos hepáticos. Exames laboratoriais mostram bilirrubina normal, discreto aumento de enzimas canaliculares e CA19-9: 25 UI/mL (normal até 37 UI/mL). A ressonância magnética é apresentada a seguir:



Baseado nas informações clínicas e nas imagens, qual o diagnóstico e a melhor conduta para essa paciente?

- (A) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (B) Cisto hepático simples, alcoolização do cisto.
- (C) Cisto hidático, injeção de solução salina hipertônica.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma biliar), hepatectomia esquerda.

