

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Uma paciente de trinta e dois anos de idade, gestante no primeiro trimestre, foi internada no setor de emergência de um hospital geral com vômitos seguidos de hematêmese volumosa com melena havia dez horas. Ao exame clínico, constatou-se que ela estava hipocorada, anictérica, acianótica, taquipneica, com pressão arterial de 90 mmHg × 70 mmHg e frequência cardíaca de 125 bpm. Constatou-se, ainda, traube ocupado e discreta esplenomegalia, e os exames laboratoriais apontaram para plaquetopenia de 70 mil plaquetas. Não havia ascite, icterícia, encefalopatia e a paciente tinha massa muscular preservada. A paciente informou que já tinha tido mais de um episódio de sangramento, o que, segundo a equipe médica que a havia atendido, sugeria o diagnóstico de esquistossomose.

Com relação ao caso clínico apresentado e aos múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 61 A paciente deve ser submetida à endoscopia e, para esse procedimento, recomenda-se que ela seja sedada com diazepam.
- 62 Por ser uma medicação de categoria A e que dificilmente causará danos teratogênicos ao feto, o omeprazol pode ser administrado à paciente.
- 63 No caso clínico em questão, há forte suspeita diagnóstica de síndrome de Mallory Weiss.
- 64 Como medida inicial, pode-se administrar o octreotida para a paciente.
- 65 Os achados dos exames físico e laboratorial são facilmente explicados pela condição de gestante dessa paciente, por isso não se justifica a suspeita de hemorragia varicosa.
- 66 Deve-se evitar a administração de terlipressina para essa paciente, por ser uma droga com potencial abortivo.

Um paciente com trinta e cinco anos de idade compareceu ao ambulatório hospitalar com quadro clínico de disfagia para sólidos associada a odinofagia havia trinta dias. O exame endoscópico revelou placas brancas no esôfago, que se descolavam com discreto sangramento, mas que recobriam dois terços da mucosa. Essa confluência revertia a insuflação, sem estenoses.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens subsecutivos.

- 67 Trata-se de esofagite grave por cândida, grau 4 de Wilcox.
- 68 A droga mais indicada para o tratamento desse paciente é a nistatina.
- 69 O exame de cultura de fragmento da biópsia não é fundamental para o diagnóstico etiológico nesse caso.
- 70 O achado de úlceras em vulcão indica associação com infecção por herpes vírus.

A respeito de neoplasias e demais patologias do esôfago, julgue os itens seguintes.

- 71 A obesidade é mais determinante que o tabagismo e o alcoolismo juntos como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de esôfago.
- 72 Na presença de fístulas traqueoesofágicas, as próteses esofágicas são a terapêutica de escolha.
- 73 O tratamento fotodinâmico com o uso de porfimer *sodium* é recomendado para sensibilizar o tecido afetado.
- 74 A estenose cáustica do esôfago é fator protetor do carcinoma espinocelular esofágico, por naturalmente reduzir a agressão do refluxo duodenogástrico à mucosa.
- 75 Biópsias endoscópicas esofágicas apresentam boa acurácia para auxiliar o diagnóstico de neoplasias, que aumenta quando associadas a escovado e citologia.

ABS, 67 anos de idade, sexo masculino, procurou a UPA mais próxima de sua casa com queixa de dispneia aos pequenos esforços e ortopneia havia 3 dias. Também referia tosse discreta, sem expectoração, mas negava febre, vômitos ou emagrecimento. Como antecedentes importantes, contava ser etilista havia cerca de 35 anos (duas doses de pinga ao dia e até 6 doses aos finais de semana) e tabagismo crônico havia cerca de 30 anos (1 maço de cigarros por dia). O exame clínico revelou murmúrio vesicular abolido na base do hemitórax direito, telangectasias no tórax e fígado endurecido e palpável 5 cm abaixo do rebordo costal direito. O clínico que o atendeu solicitou um raio X de tórax, que revelou um derrame pleural de volume moderado no hemitórax direito, e uma ecografia abdominal, que mostrou fígado com volume aumentado, com bordas rombas, parênquima heterogêneo e superfície irregular. Com esses achados, optou por realizar uma toracocentese diagnóstica, que revelou a presença de 105 neutrófilos, proteína total de 3 g/dL, glicose de 65 g/dL e gradiente de albumina sérica – albumina pleural de 1,5 g/dL.

No que concerne ao caso clínico precedente, julgue os seguintes itens.

- 76 O líquido pleural tem características de um transudato, que pode ocorrer na insuficiência cardíaca congestiva, nas doenças do pericárdio ou no hidrotórax hepático.
- 77 A hipótese de hidrotórax pode ser afastada porque a ecografia abdominal não revelou a presença de ascite.
- 78 Devem ser consideradas as hipóteses diagnósticas de neoplasia de pulmão e tuberculose.
- 79 Sendo diagnosticado hidrotórax hepático, o tratamento a ser instituído deverá consistir de dieta hipossódica, diuréticos e toracocentese de alívio se houver grande desconforto respiratório.
- 80 Há indicação de drenagem de tórax nesse caso.

JBS, 75 anos de idade, sexo masculino, foi atendido no ambulatório de gastroenterologia da sua cidade com queixa de sensação de empachamento e distensão abdominal pós-prandial havia cerca de seis meses. Também referiu emagrecimento de 5 kg nos últimos dois meses e o surgimento de vômitos pós-alimentares havia uma semana. No interrogatório complementar, referiu constipação de início recente, com 1 evacuação de consistência normal a cada 3 dias. Como antecedente patológico importante, referia colecistectomia, havia cerca de 10 anos, por colelitíase não complicada. Foram solicitados exames laboratoriais e o hemograma revelou Hb = 11,2 g/dL, Ht = 33%, VCM = 77, HCM = 31, 5.720 leucócitos e 275.000 plaquetas. Foi encaminhado para endoscopia digestiva alta, que evidenciou uma lesão ulcerada com cerca de 4 cm de diâmetro na região pré-pilórica, de bordas elevadas e endurecidas, bem delimitadas, com fundo recoberto por fibrina e coágulos de sangue. Foram colhidas biópsias da lesão.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 81 Nesse caso, devem ser aventadas as hipóteses diagnósticas de neoplasia gástrica tipo Borrmann III e úlcera péptica.
- 82 São fatores de risco para o carcinoma gástrico a infecção por *Helicobacter pylori*, histórico de câncer gástrico nos genitores e anemia ferropriva.
- 83 Mais de 90% dos cânceres gástricos diagnosticados são adenocarcinomas, seguidos em frequência pelos linfomas e pelos leiomiossarcomas.
- 84 Caso o exame histopatológico das biópsias da lesão gástrica confirme a hipótese de carcinoma gástrico, a ecoendoscopia, se disponível, deverá ser indicada porque poderá ter impacto na escolha do método de ressecção da lesão.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de *Helicobacter pylori*, julgue os itens a seguir.

- 85 Para realizar o teste respiratório da ¹³C-Ureia, é necessário suspender o uso de inibidores de bomba de prótons cerca de 2 a 4 semanas antes, ou corre-se o risco de obter resultados falso-positivos.
- 86 A erradicação do *Helicobacter pylori* promove a reversão da metaplasia intestinal do estômago, diminuindo as chances de desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico.
- 87 O seguimento de pacientes que apresentam extensa metaplasia intestinal no estômago deve ser feito com endoscopias periódicas, a cada 3 anos.
- 88 A resistência do *Helicobacter pylori* ao esquema tríplex amoxicilina + claritromicina + IBP deve-se principalmente à resistência antimicrobiana à claritromicina, não devendo esse esquema ser utilizado como primeira opção terapêutica em regiões onde a resistência à claritromicina ocorra em mais de 20% da população.
- 89 A erradicação do *Helicobacter pylori* é recomendada em casos em que não é possível detectar a causa da anemia ferropriva.

MASS, sexo feminino, 54 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com queixa de melena em grande quantidade iniciada no dia anterior. Na consulta de admissão, negava dor abdominal, febre, sintomas dispépticos ou emagrecimento. Nunca havia tido sintomas semelhantes em seu passado e negava etilismo, tabagismo ou doenças crônicas diagnosticadas. Ao exame físico, apresentava-se levemente obnubilada, descorada ++/4, anictérica, acianótica, afebril, sudoreica, com extremidades frias, frequência cardíaca = 100 bpm, frequência respiratória = 26 irpm, PA = 100 mmHg × 60 mmHg. A palpação abdominal revelava um fígado endurecido e palpável a 3 cm do rebordo costal direito e, à percussão, submacicez no espaço de traube. Os exames laboratoriais iniciais mostraram Hb = 8,5 g/dL, Ht = 28%, VCM = 81, HCM = 25, 11.200 leucócitos, sem desvio à esquerda, e 134.000 plaquetas.

Em relação ao caso clínico descrito, julgue os seguintes itens.

- 90 A primeira providência a ser tomada pelo médico assistente deverá ser a administração endovenosa de Octreotide *in bolus* e a realização de endoscopia digestiva alta de urgência.
- 91 A paciente deverá receber pelo menos uma bolsa de concentrado de hemácias antes da realização da endoscopia digestiva alta.
- 92 Caso sejam encontradas varizes de esôfago com evidências de sangramento recente na endoscopia digestiva alta, essa paciente deverá continuar a receber infusão contínua endovenosa de Octreotide durante 5 dias, além de norfloxacin 400 mg por via oral durante 7 dias, porque foi observada leucocitose no hemograma inicial.
- 93 A administração de eritromicina por via oral cerca de 30 a 90 minutos antes do exame endoscópico está indicada e pode ajudar no diagnóstico da causa da hemorragia digestiva alta.
- 94 Caso o sangramento digestivo seja atribuído a sangramento de varizes gástricas tipo GOV 2, o tratamento endoscópico de eleição é a injeção intravaricosa de cianoacrilato.

Acerca de doenças inflamatórias intestinais, julgue os itens a seguir.

- 95 Manifestações oculares ocorrem em cerca de 6% dos pacientes com doença de Crohn.
- 96 Eritema nodoso aparece mais em mulheres do que em homens portadores de doença de Crohn.
- 97 No caso de aparecimento de fistula anorretal em paciente portador de doença de Crohn, é indicada fistulectomia.

Um homem com 57 anos de idade compareceu ao atendimento médico com queixa de dor abdominal. O paciente apresentava o seguinte quadro clínico: dor no andar superior do abdome, tipo em barra, com irradiação para hipocôndrios direito e esquerdo, de início súbito havia 4 horas, acompanhada de náusea, vômitos alimentares e distensão abdominal. Não tinha HAS, DM, dislipidemia. Informou que a mãe teve colelitíase. Ao exame físico, constatou-se regular estado geral, orientado no tempo e no espaço, sobrepeso, fácies de dor, mucosas normocrômicas. PA = 130 mmHg × 80 mmHg, FC de 88 bpm, afebril, eupneico, ausência de adenomegalia supraclavicular, tórax sem deformidade e com ausculta pulmonar com MV bem distribuído em ambos os hemitóraces, sem ruído adventício, ausculta do precórdio com RCR em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopro patológico, abdome globoso devido a tecido subcutâneo e distensão gasosa, depressível, indolor, sem sinal de irritação peritoneal, sem evidência de macicez móvel e sem visceromegalia palpável. Ruídos hidroaéreos presentes, porém diminuídos. Punho percussão lombar indolor, bilateralmente. Extremidades bem perfundidas e sem edema. Os exames complementares evidenciaram amilase de 3.500; Hb = 14,5; L = 12.500 c/ 80% segmentados, sem desvio à esquerda; AST = 125; ALT = 230; bilirrubinas totais = 1,3; bilirrubina direta = 0,5; fosfatase alcalina = 350; GAMA-GT = 180; Ca = 9,5; ureia = 40,0; creatinina = 1,3; Na = 137; K = 3,8; ecografia de abdome superior sem anormalidade.

A respeito desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 98** A conduta a ser adotada de imediato consiste de passagem de sonda nasoenteral para descompressão e introdução de antibioticoterapia.
- 99** É fundamental manter um bom estado de hidratação, o que pode ser feito com soluções cristaloides, como o ringer lactato, que devem ser administradas vigorosamente.
- 100** Deve-se proceder de imediato à realização de tomografia computadorizada de abdome para determinar se se trata de pancreatite aguda intersticial ou necrosante.

Espaço livre