

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HBASE e HRAS

Aplicação: 2014

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

CADERNO DE PROVA OBJETIVA



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos

OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Paciente masculino de setenta anos de idade deu entrada à emergência com dor abdominal difusa, náuseas e parada de eliminação de gases e fezes. Negou febre mas sente-se inapetente. Colonoscopia realizada havia dois anos revelou divertículos difusos com óstios estreitos. Diante desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 1 Na investigação diagnóstica de diverticulite, recomenda-se utilizar a tomografia computadorizada contrastada, que apresenta resultados superiores em relação à ultrassonografia de abdome.
- 2 As complicações hemorrágicas dos divertículos são mais frequentes no hemicólon direito.

Acerca das doenças inflamatórias intestinais, julgue os itens seguintes.

- 3 Na doença de Crohn, ocorre envolvimento descontínuo e profundo da mucosa intestinal.
- 4 Testes positivos para o antígeno p-ANCA e negativos para anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* sugerem a ocorrência de retocolite ulcerativa.
- 5 Os granulomas caseosos podem ser encontrados em até 50% dos pacientes com doença de Crohn.
- 6 A deficiência de vitamina B12 e a osteoporose são complicações mais comumente presentes em pacientes com retocolite ulcerativa que em pacientes com doença de Crohn.

Com relação às doenças que acometem o intestino delgado, julgue os itens a seguir.

- 7 De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), o sangramento do trato gastrointestinal médio é aquele que ocorre distalmente à papila de Vater até o íleo terminal.
- 8 A prevalência da doença celíaca é aumentada em pacientes com síndrome de Turner.
- 9 De acordo com a classificação de Yano e colaboradores em 2008, as lesões vasculares de intestino delgado são classificadas em lesões do tipo 1, se forem lesões arteriais, e em lesões do tipo 2, se forem venosas.

No que se refere às lesões polipoides de intestino, julgue os itens que se seguem.

- 10 O câncer colorretal relacionado à síndrome de Lynch apresenta, geralmente, histologia mucinosa e pior diferenciação.
- 11 Adenoma de cólon maior que 0,5 cm e histologia vilosa são os maiores fatores de risco independentes associados à ocorrência de displasia de alto grau.
- 12 Indivíduos com mais de cinquenta anos de idade são considerados um grupo de médio risco para o aparecimento de câncer colorretal, independentemente de esses indivíduos apresentarem sinais, sintomas ou histórico familiar.
- 13 Recomenda-se a realização de colonoscopia em parentes de primeiro grau de portadores de polipose adenomatosa familiar, anualmente, a partir dos vinte e um anos de idade.
- 14 Síndrome de Peutz Jeghers é caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatosos em cólon e intestino delgado, podendo ocorrer em estômago e esôfago com pigmentação muco-cutânea e sem associação com câncer colorretal.

Um paciente de quarenta anos de idade foi atendido no ambulatório. Tal paciente apresentava icterícia, náusea, hiporexia, acolia fecal e colúria. Após exame laboratorial, constatou-se que as transaminases apresentavam valores dez vezes acima do normal. Ele informou ter viajado, havia dois meses, à região Nordeste do país.

Considerando o caso clínico acima apresentado, julgue os itens seguintes.

- 15 Caso o paciente apresente tempo de atividade de protrombina de 30%, deve-se atentar para o risco de hepatite fulminante.
- 16 Os valores elevados de transaminases apresentados pelo paciente estão relacionados à maior severidade de hepatite aguda.
- 17 Se o paciente apresentar evolução para hepatite fulminante e fator V inferior a 30%, recomenda-se transplante hepático por critério de Clichy.

Com relação às complicações da cirrose, julgue os itens subsequentes.

- 18 Quando a proteína total do líquido ascítico de cirróticos for menor que 2 g/L, recomenda-se a profilaxia primária para peritonite bacteriana espontânea, com o uso de antibiótico.
- 19 A miocardiopatia cirrótica é caracterizada por disfunção diastólica e aumento do quociente E:A.
- 20 No caso de ausência de ascite na hemorragia digestiva alta varicosa de cirróticos, dispensa-se a profilaxia de infecção com antibióticos.
- 21 Pacientes cirróticos com varizes de grosso calibre e com pontos vermelhos necessitam de profilaxia primária de hemorragia digestiva alta.
- 22 A síndrome hepato-renal, caracterizada como insuficiência renal terminal, não é reversível por tratamento clínico ou transplante hepático.
- 23 A síndrome hepato-pulmonar é uma complicação que não ocorre em pacientes com hipertensão portal não cirrótica.
- 24 Tanto o ecocardiograma com microbolhas quanto a cintilografia com albumina marcada com tecnécio são métodos recomendados para o diagnóstico das dilatações vasculares intrapulmonares na síndrome hepato-pulmonar.

Com base nos recentes consensos americano e europeu relativos à hepatologia, julgue os itens seguintes.

- 25 Na doença de Wilson, o achado mais frequente na RNM é hipointensidade em T2 nos gânglios da base.
- 26 Na hepatite alcoólica grave, o índice de Maddrey é maior ou igual a 32 e a sobrevivência de um mês sem tratamento está entre 50% e 65%.
- 27 Aos pacientes HBsAg positivos candidatos à quimioterapia deve-se administrar antiviral durante o tratamento, independentemente da carga do vírus B. O antiviral deverá ser mantido por 12 meses após cessada a quimioterapia.
- 28 A gestante portadora de hepatite C deve ser desestimulada a amamentar, devido ao risco de transmissão da doença.
- 29 Para prevenir cronificação no tratamento da hepatite C aguda, recomenda-se a utilização, por doze semanas, de interferon sem ribavirina.
- 30 O período de tratamento da hepatite C genótipo 3 com interferon peguilado e ribavirina corresponde a setenta e duas semanas, independentemente da resposta ao tratamento apresentada na décima segunda semana.

Texto para os itens de 31 a 39

Um paciente de cinquenta e oito anos de idade foi atendido em ambulatório de gastroenterologia relatando quadro de diarreia, iniciado havia quatro meses, associado à perda ponderal de cerca de 15% de seu peso habitual. O paciente relatou, ainda, que, havia vinte anos, fazia ingestão diária de meio litro de destilados (50% de graduação alcoólica). Os resultados do hemograma do paciente indicaram discreta hipocromia e microcitose, e o resultado do exame parasitológico de fezes foi negativo.

Com base no caso clínico descrito acima, julgue os itens a seguir.

- 31 A suspensão do glúten deve ser indicada como teste diagnóstico para doença celíaca.
- 32 Na investigação desse caso clínico, deve-se considerar a realização de colonoscopia.
- 33 O exame a ser solicitado para o diagnóstico de insuficiência pancreática exócrina é a tomografia computadorizada de abdome normal.
- 34 O exame a ser solicitado para a investigação de tumor de Frantz é a dosagem do ácido 5 hidroxí-indolacético na urina em amostra de 24 horas.

Considerando que o referido paciente tenha apresentado resultado de elastase pancreática fecal igual a 25 mcg/g, julgue os itens que se seguem.

- 35 Caso tenha sido realizado a partir de fezes liquefeitas, o exame pode indicar resultado falso positivo em relação à elastase pancreática fecal.
- 36 Dada sua maior acurácia, a dosagem da elastase pancreática fecal deve ser preferida em relação à dosagem da quimiotripsina fecal.
- 37 O exame de elastase pancreática fecal pode indicar insuficiência pancreática exócrina grave.
- 38 A coleta para a realização do teste de elastase pancreática fecal deve ser feita em amostra de 72 horas.
- 39 O exame para a verificação da dosagem de elastase pancreática fecal deve ser solicitado após um mês de abstinência do uso de enzimas pancreáticas.

Uma paciente de cinquenta e sete anos de idade relatou, em avaliação clínica, que, nos últimos dez meses, havia apresentado três episódios de pancreatite aguda. A paciente disse, ainda, que já havia realizado ecografia, colangiorressonância magnética e tomografia computadorizada de abdome, exames cujos resultados foram inconclusivos.

No que diz respeito ao prosseguimento da investigação etiológica desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 40 O exame a ser solicitado para o diagnóstico de colecistectomia é o estudo genético para mutações do PRSS 1.
- 41 O médico deve solicitar, para o prosseguimento da investigação, a dosagem de triglicerídeos séricos.
- 42 A realização de ecoendoscopia só deverá ser considerada após o resultado inconclusivo de outra tomografia.
- 43 A paciente deve realizar papilotomia endoscópica, mesmo que o resultado da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica convencional tenha sido normal.

Com relação ao exame de manometria esofágica, julgue os itens subsecutivos.

- 44 Entre os métodos empregados para a avaliação de disfunções do esfíncter superior do esôfago, o mais eficaz é a manometria esofágica de perfusão.
- 45 A sonda de manometria deve ser introduzida até o limite da transição esofagogástrica, não podendo jamais ultrapassar esse limite.
- 46 O volume de água ofertada em cada deglutição úmida deve ser de, no mínimo, 10 mL.
- 47 Para a conclusão desse exame, o paciente deve realizar, no mínimo, de oito a dez deglutições úmidas.
- 48 O sedativo de uso preferencial nesse exame é o propofol.
- 49 As medidas de pressão do esfíncter inferior do esôfago deve considerar a média das pressões aferidas pelos quatro canais radiais.
- 50 Em pacientes portadores de acalasia, a realização de exame endoscópico pode auxiliar o posicionamento da sonda.
- 51 As sinusites estão entre os possíveis efeitos colaterais causados pelo exame de manometria esofágica e de pHmetria.

Um paciente de quarenta e sete anos de idade foi atendido em pronto-socorro apresentando impactação alimentar iniciada havia cinco horas. O médico constatou disfagia, sialorreia e hematêmese, que, segundo o paciente, persistia havia duas horas. Ao exame físico, o paciente apresentou tórax com crepitação à palpação.

Considerando esse quadro clínico, julgue os próximos itens, relativos a condutas médicas a serem adotadas em casos de impactação por bolo alimentar.

- 52 Nesse caso, a conduta clínica mais adequada é a retirada do corpo estranho, a qual deve ocorrer em um período de até vinte e quatro horas após a ingesta do corpo estranho.
- 53 A técnica mais adequada a ser adotada consiste em empurrar às cegas o bolo alimentar mediante sondas de mercúrio.
- 54 O diagnóstico mais provável para esse quadro clínico é o de síndrome de Boerhaave.
- 55 Uma das condutas terapêuticas a serem adotadas pelo médico consiste na prescrição de glucagon.
- 56 O exame a ser solicitado ao paciente é a tomografia computadorizada de tórax.

Acerca de acalasia, julgue os itens que se seguem.

- 57 A injeção de toxina botulínica ao longo do corpo esofágico é capaz de reverter a aperistalse.
- 58 O achado à manometria esofágica mais característico dessa doença é a aperistalse.
- 59 O relaxamento do esfíncter inferior do esôfago deve ser avaliado em, pelo menos, dez deglutições úmidas.
- 60 Após a realização de medidas terapêuticas como a miotomia em pacientes portadores dessa doença, pode ocorrer hipotonia do esfíncter inferior do esôfago.

No que se refere à isquemia mesentérica aguda, julgue os itens que se seguem.

- 61 Tomografia computadorizada do abdome e angiorressonância são os exames indicados para o diagnóstico e a determinação da etiologia de isquemia mesentérica.
- 62 A investigação dos mecanismos de coagulação é dispensada a pacientes portadores de isquemia mesentérica aguda.
- 63 O uso de antibióticos de largo espectro é evitado para o tratamento da isquemia mesentérica aguda, devido ao seu potencial nefrotóxico.
- 64 As principais causas de isquemia mesentérica aguda são: oclusão da artéria mesentérica superior por trombose ou por êmbolo, trombose da veia mesentérica e isquemia mesentérica não oclusiva.
- 65 Na maioria dos casos, o diagnóstico da isquemia mesentérica aguda é feito antes da ocorrência de infarto intestinal, o que explica a baixa mortalidade atribuída a essa condição.

Com relação a câncer colorretal, julgue os itens a seguir.

- 66 A maior parte dos tumores colorretais surge de pólipos do tipo adenoma preexistente.
- 67 A síndrome de Peutz-Jeghers é fator responsável pelo desenvolvimento de polipose gastrointestinal e pigmentação cutaneomucosa; por se tratar de hamartomas, esses pólipos não estão associados aos carcinomas do trato digestivo.
- 68 Segundo as diretrizes da AGA (*American Gastroenterological Association*), é desnecessária a biópsia de todos os segmentos colônicos examinados durante a colonoscopia para o *screening* do câncer colorretal em portadores de doença inflamatória intestinal com pancolite.
- 69 De acordo com as diretrizes da AGA, o rastreamento da neoplasia colônica em portadores de doença inflamatória intestinal deve ser iniciado após oito anos de manifestada essa doença, caso os pacientes sofram de pancolite, ou após quinze anos, caso sofram de colite limitada ao cólon esquerdo.
- 70 A realização de ecoendoscopia deve ser evitada no estadiamento do câncer de reto, pois nesses casos, é um método diagnóstico pouco eficaz para a determinação da extensão da invasão do tumor e da presença de linfonodos acometidos.
- 71 O câncer colorretal é o tipo de neoplasia mais frequentemente associada à síndrome de Lynch, seguido por câncer de endométrio.

A respeito das doenças disabsortivas, julgue os itens seguintes.

- 72 A doença celíaca é associada à intolerância à lactose devido ao dano causado à mucosa do intestino delgado. O tratamento dessa doença, porém, é incapaz de normalizar a absorção de lactose.
- 73 Entre as afecções associadas à doença celíaca, tanto manifestada em crianças quanto em adultos, incluem-se acidose tubular renal, artrite reumatoide, doenças de tireoide, linfoma e diabetes melito.
- 74 A infestação intestinal pelo parasita *Strongyloides stercoralis* pode desencadear diversos sintomas de disabsorção: esteatorreia, náuseas, vômitos, perda de peso, dor abdominal.
- 75 A doença de Whipple, relacionada à presença de *Tropheryma whipplei* na mucosa do intestino delgado, manifesta-se, na maioria dos pacientes, por sintomas disabsortivos, sendo tratada com o uso do antibiótico sulfametoxazol por dois ou três dias.

De acordo com as orientações da EASL (*European Association for the Study of the Liver*), julgue os próximos itens.

- 76 O tratamento com sorafenib é indicado aos pacientes cirróticos Child A portadores de hepatocarcinoma avançado (BCLC C: sintomáticos e com invasão macrovascular ou disseminação extra-hepática).
- 77 Em pacientes que apresentem anormalidades hepáticas ou distúrbios neurológicos de causa incerta, deve-se investigar a doença de Wilson.
- 78 É dispensada aos pacientes homocigotos C282Y sem evidências de sobrecarga de ferro a monitorização anual por meio de exames laboratoriais.
- 79 Às mulheres grávidas que apresentem sintomas da coléstase intra-hepática é contraindicado o uso de ácido ursodesoxicólico.
- 80 A biópsia hepática não é essencial para o diagnóstico de cirrose biliar primária em pacientes com elevação da fosfatase alcalina e presença do anticorpo antimitocôndria.

Um paciente de sessenta e cinco anos de idade, portador de obesidade, diabetes melito e hipertensão arterial, foi atendido em serviço médico apresentando adinamia intensa e epigastria, sintomas que, segundo o paciente, perduravam havia meses. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, cujos resultados demonstraram presença de varizes esofágicas de grosso calibre, e realizou ecografia de abdome superior, a qual evidenciou sinais de hepatopatia crônica com hipertensão portal.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 81 O paciente deve ser submetido a *screening* de hepatocarcinoma caso seja portador de cirrose por esteatohepatite não alcoólica.
- 82 Deve-se investigar doença hepática gordurosa não alcoólica em pacientes portadores de diabetes melito do grupo 2.

Acerca da cirrose hepática e de suas complicações, julgue os itens a seguir.

- 83 O norfloxacin é o antibiótico de escolha na prevenção da peritonite bacteriana espontânea em pacientes com hemorragia digestiva alta e doença hepática avançada.
- 84 Aos pacientes cirróticos que apresentem hiponatremia hipovolêmica, mas que não manifestem ascite e edema, é indicada a infusão venosa de soluções salinas.
- 85 No tratamento de paciente cirrótico, o manejo do empiema bacteriano é semelhante ao dispensado no tratamento de paciente com peritonite bacteriana espontânea.
- 86 O uso de anti-inflamatórios é contraindicado aos pacientes com ascite devido ao maior risco de desenvolvimento de falência renal.
- 87 O transplante hepático é contraindicado a portadores de ascite refratária.
- 88 Encefalopatia hepática mínima (EHM) refere-se a uma alteração neuropsiquiátrica assintomática verificada em pacientes cirróticos.
- 89 O uso de terlipressina combinado ao de albumina consiste no tratamento de primeira linha para portadores de síndrome hepatorenal do tipo 1, porém sem eficácia comprovada no tratamento da síndrome hepatorenal tipo 2.

Com base nos aspectos legais que normatizam os critérios de distribuição dos fígados de doadores cadáveres para transplante, julgue o próximo item.

- 90 De acordo com os critérios de Chichy, entre os pacientes com prioridade de atendimento incluem-se os portadores de insuficiência hepática aguda grave.

Uma paciente, com quarenta e cinco anos de idade, foi submetida à endoscopia digestiva alta por apresentar quadro de epigastria leve, persistente, que se iniciara havia trinta dias. O resultado do exame mostrou leve gastrite enantematosa de antro, e a biópsia indicou gastrite leve de corpo e antro com *Helicobacter pylori* positivo.

Com base no caso clínico acima apresentado, julgue os itens a seguir.

- 91 A erradicação do *H. pylori* favorece o aparecimento de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).
- 92 A confirmação da erradicação do *H. pylori* deve ser realizada por meio do teste respiratório com ureia marcada quatro semanas após o fim do tratamento.
- 93 O *H. pylori* não é considerado um fator de risco individual para adenocarcinoma gástrico e linfoma MALT.
- 94 A primeira opção de tratamento para essa paciente é a terapia tripla, a qual inclui inibidores de bomba de prótons (IBP), claritromicina e levofloxacina administrados por 10 dias. Esse tratamento apresenta alta taxa de erradicação do problema.

Um homem de sessenta anos de idade, portador de cirrose hepática secundária ao vírus B, deu entrada no pronto-socorro com quadro de hematêmese franca de grande volume. O paciente apresentou-se sudoreico no exame clínico, com pressão arterial de 90 mmHg × 60 mmHg e frequência cardíaca de 132 bpm.

Considerando o caso clínico apresentado acima e o consenso de BAVENO e do *guideline* da AASLD acerca de manejo de hemorragia varicosa em cirróticos, julgue os itens que se seguem.

- 95 No caso em consideração, a ligadura elástica é a forma recomendada de terapêutica endoscópica, posto que a escleroterapia não é mais utilizada.
- 96 Devido à suspeita de hemorragia digestiva varicosa nesse paciente, deve-se iniciar o tratamento com fármacos vasoativos por via endovenosa, como a terlipressina 2 mg a cada quatro horas, ou o octreotida 500 µg em *bolus*, seguido de infusão contínua de 500 µg/h, antes mesmo da confirmação endoscópica.
- 97 No caso em apreço, o procedimento inicial indicado para tratamento do paciente consiste na estabilização hemodinâmica, com infusão de cristaloides para manter perfusão tissular e, caso seja necessário, realização de uma hemotransfusão para manter a Hb dentro do intervalo de 7 a 8 g/dL.
- 98 O paciente deverá ser submetido a uma endoscopia digestiva alta nas primeiras doze horas após sua admissão.
- 99 O uso rotineiro de antibioticoprofilaxia é contraindicado para esse paciente.

Compareceu ao pronto-socorro, queixando-se de dispepsia, uma paciente de quarenta e cinco anos de idade que, havia dois anos, fora submetida à troca valvar aórtica com colocação de prótese metálica. A paciente referiu fazer uso regular de warfarina com RNI em níveis recomendados. O exame endoscópico mostrou grande lesão polipoide sésil na parede posterior do antro proximal. A biopsia revelou adenoma tubular com displasia de alto grau.

Com referência ao caso clínico acima apresentado e às diretrizes de anticoagulação da SOBED, julgue os itens subsecutivos.

- 100 Caso a endoscopia nessa paciente tenha sido realizada sem hospitalização e com a suspensão da administração da warfarina quatro dias antes do procedimento, é correto afirmar que o protocolo adotado corresponde ao recomendado para a paciente em questão.
- 101 A paciente em questão apresenta baixo risco para eventos tromboembólicos.

Um paciente de trinta e cinco anos de idade, com sintomas frequentes de pirose e regurgitação alimentar havia aproximadamente um ano, foi submetido à endoscopia digestiva alta. No exame, observou-se que, no terço distal, havia segmento circunferencial de mucosa de coloração rosa salmão cerca de 3 cm acima da transição esofagogástrica, com projeções digitiformes em direção cranial que se estendiam por mais 2 cm.

No que tange ao caso clínico acima apresentado e à diretriz de esôfago de Barrett da AGA, julgue os próximos itens.

- 102 Como a etiopatogenia do esôfago de Barrett envolve a doença do refluxo gastroesofágico, recomenda-se, no caso desse paciente, o uso de doses elevadas de inibidores de bomba de prótons (IBP) para eliminar a exposição da mucosa esofágica ao conteúdo gástrico ácido.
- 103 Caso a displasia de alto grau tenha sido identificada e confirmada para o paciente em questão, será recomendada a terapêutica ablativa — por exemplo, ablação por radiofrequência — em vez de acompanhamento endoscópico.
- 104 O diagnóstico definitivo de esôfago de Barrett para esse paciente deverá ser estabelecido pela histopatologia, por meio da identificação de epitélio metaplásico do tipo intestinal em substituição ao epitélio escamoso que normalmente reveste o esôfago.
- 105 A importância do diagnóstico definitivo de esôfago de Barrett está associada ao fato de ter ocorrido aumento no número de casos de carcinoma escamocelular nos últimos cinco anos, a taxas superiores a 30% ao ano.
- 106 Havendo suspeita de o paciente ter displasia, recomenda-se a realização de biopsias nos quatro quadrantes do esôfago a cada 2 cm e em cada irregularidade mucosa, bem como o envio das amostras em frascos separados para o laboratório.

Uma mulher de quarenta e oito anos de idade, obesa, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor intensa no abdome superior associada a náuseas e vômitos havia duas horas. O exame físico revelou pressão arterial de 86 mmHg × 60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 32 ipm. A paciente apresentava baixa diurese e queixava-se de sede. Os exames complementares revelaram leve leucocitose com desvio à esquerda; amilase = 750 mg/dL (normal até 150 mg/dL); ALT = 340 U/L (normal até 40 U/L) e creatinina = 2,3 mg/dL (normal até 1,2 mg/dL).

Com relação ao caso clínico acima apresentado e considerando o mais recente *guideline* sobre manejo da pancreatite aguda da American College of Gastroenterology, julgue os itens subsequentes.

- 107** Caso o diagnóstico de pancreatite aguda biliar seja confirmado após a resolução do processo inflamatório, a paciente deverá realizar colecistectomia, preferencialmente antes da alta hospitalar.
- 108** A principal hipótese diagnóstica para a paciente em questão é a de pancreatite aguda, que poderá ser confirmada pela presença de dois dos três critérios seguintes: dor abdominal consistente com a doença; amilase e(ou) lipase três vezes maior que o limite superior de normalidade; e achados em exames de imagem.
- 109** No caso em consideração, o tratamento inicial deverá incluir a hidratação endovenosa agressiva com cristaloides, preferencialmente com solução *ringer lactato* por infusão de 250 a 500 mL/hora nas primeiras 12-24 horas. Todavia, esse tratamento deve ser revisto caso existam comorbidades cardíacas ou renais.
- 110** A paciente em questão não apresenta critérios preditivos para o diagnóstico de pancreatite aguda grave.
- 111** Recomenda-se para a paciente o uso precoce e rotineiro de antibióticos profiláticos, preferencialmente aqueles com boa penetração pancreática, como os carbapenêmicos.

Um adolescente de dezessete anos de idade foi levado pelos pais ao serviço de endoscopia por apresentar quadro de disfagia iniciado após a ingestão de amendoim. Na anamnese, o paciente referiu apenas história de asma na infância. A endoscopia digestiva alta revelou mucosa esofágica de coloração esbranquiçada, com presença de anéis transversais, e sulcos longitudinais em toda a sua extensão; redução do calibre luminal no terço médio, com a presença de corpo estranho impactado — caroço de amendoim —, que foi retirado durante a realização do procedimento.

Com base no caso clínico apresentado acima e no consenso da AGA, julgue os itens a seguir.

- 112** No caso em tela, uma das opções terapêuticas é a retirada, na dieta do paciente, de alimentos como ovos, leite, trigo, aveia, frutos do mar e castanhas, com reintrodução sequencial.
- 113** No caso em apreço, o quadro clínico-endoscópico sugere esofagite eosinofílica.
- 114** O diagnóstico conclusivo desse caso requer a observação das seguintes informações clínicas e histológicas: sintomas relacionados à disfunção esofágica; ≥ 15 eosinófilos por campo de grande aumento em pelo menos um fragmento de biópsia, com poucas exceções; eosinofilia limitada ao esôfago e exclusão de outras causas de eosinofilia esofágica.
- 115** No caso em consideração, os achados endoscópicos são patognomônicos da esofagite eosinofílica.
- 116** O paciente possui indicação de biópsias do esôfago proximal e distal com coleta de 2 a 4 fragmentos de cada segmento.

Uma paciente de sessenta e oito anos de idade foi submetida à endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas inespecíficas. No exame, observou-se uma lesão elevada que media aproximadamente 2,5 cm, com área de depressão central de cerca de 8 mm, localizada na grande curvatura / antro proximal. A biópsia revelou tratar-se de um adenocarcinoma, bem diferenciado, restrito à mucosa.

Tendo o caso clínico acima apresentado como referência e levando em consideração o *guideline* da Associação Japonesa de Câncer Gástrico, julgue os seguintes itens.

- 117** Se houver acometimento linfonodal, o referido caso não pode ser considerado câncer precoce, mesmo se estiver restrito à mucosa.
- 118** Caso a lesão descrita no caso em apreço fosse um câncer precoce, ela deveria ser classificada como 0 - IIc + IIa.
- 119** Recomenda-se a utilização da classificação TNM para estadiamento da doença em questão.
- 120** Conforme os critérios expandidos de ressecabilidade, a lesão observada na paciente é considerada curativa, visto que, apesar de ter mais de 2 cm, ela é histologicamente bem diferenciada, sem ulceração e é classificada como um pT1a.



cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos