

# RESIDÊNCIA MÉDICA

## 2022

UFRJ

### PROVA DE HEPATOLOGIA

### INSTRUÇÕES

1. Verifique se o N<sup>o</sup> DE INSCRIÇÃO e o seu NOME coincidem com os impressos na **FOLHA DE RESPOSTAS**.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Médica e Infectologia.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas.**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:30h às 11:30h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, com 9 (NOVE) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar-se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

## RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

1. É indicação absoluta de punção lombar diagnóstica a suspeita de:

- a) hipertensão intracraniana
- b) neoplasia intracraniana
- c) carcinomatose meníngea
- d) hidrocefalia

2. Mulher, 35 anos, com *diabetes mellitus* (DM) tipo 1 e doença renal crônica estágio IV. Exame físico: hipocorada 2+/4+; frequência cardíaca (FC) = 80bpm. Exames laboratoriais: hematócrito (Ht) = 27%; hemoglobina (Hb) = 9g/dL; cinética de ferro normal. A conduta mais adequada para o tratamento desta anemia é:

- a) reposição de eritropoetina exógena
- b) iniciar terapia dialítica
- c) suplementação de sulfato ferroso venoso
- d) realizar transfusão sanguínea

3. Mulher, 82 anos, internada em unidade intensiva por sepse urinária, evolui com “flutuação” do nível de consciência e confusão mental. Suspeitando-se de um quadro de delírio, a investigação diagnóstica inicial deve incluir:

- a) análise do líquido
- b) ressonância nuclear magnética de crânio
- c) provas de função hepática
- d) eletroencefalograma

4. A dissociação da resposta pupilar à luz e a contração pupilar de perto pode indicar:

- a) sarcoidose
- b) tuberculose
- c) neurosífilis
- d) toxoplasmose

5. Homem, 54 anos, com diagnóstico de câncer de pulmão e metástases cerebrais, é admitido no setor de emergência com sensação de “peso no tórax” e dispnéia de início súbito. Foi realizado o exame de imagem a seguir.



O nome desse exame e o diagnóstico mais provável, respectivamente, são:

- a) angiografia pulmonar contrastada convencional / tromboembolismo pulmonar
- b) angiotomografia do tórax / aneurisma de artérias pulmonares
- c) angiotomografia do tórax / tromboembolismo pulmonar
- d) angiografia pulmonar contrastada convencional / aneurismas de artérias pulmonares

6. Paciente submetido à hepatectomia alargada necessitou de transfusão sanguínea maciça. No pós-operatório, pode-se afirmar que a complicação hematológica mais frequente é:

- a) fibrinólise
- b) deficiência de fator VII
- c) coagulação intravascular disseminada
- d) trombocitopenia dilucional

7. O fármaco mais adequado para o tratamento da febre familiar do Mediterrâneo é:

- a) prednisona
- b) colchicina
- c) antiinflamatório não hormonal
- d) metotrexate

8. Homem, 75 anos, com DM tipo 1 e hipertensão arterial sistêmica (HAS), coronariopata com *stent* de artéria circunflexa há 2 anos, apresenta quadro de cefaleia, há 1 semana, com melhora parcial após uso de analgésicos. Foi levado, hoje, ao hospital, por familiares com história de diminuição do nível de consciência e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Exame físico: pressão arterial sistêmica (PA) = 260x110mmHg; FC = 105bpm; saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 89% ar ambiente; pupilas anisocóricas (direita > esquerda); ausência de resposta ao estímulo verbal; postura de decorticação à esquerda; roncos pulmonares bilaterais; abdome flácido; sinais de liberação esfinteriana urinária e fecal. Glicemia capilar = 260mg/dL. Tomografia computadorizada (TC) do crânio:



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) hemorragia intraparenquimatosa
- b) hematoma subdural
- c) acidente vascular encefálico isquêmico
- d) tumor cerebral

9. Homem, 89 anos, com cefaleia temporal bilateral há 3 meses, que não o desperta durante a noite. Não é responsiva a analgésicos comuns e é acompanhada por sensibilidade do couro cabeludo ao pentear os cabelos, além de fadiga dos músculos da mastigação. Houve emagrecimento de 4kg neste período. Exames laboratoriais: Hb = 11g/dL e velocidade de hemossedimentação (VHS) = 115mm/h na 1ª hora. Pode-se afirmar que:

- a) a melhora clínica acentuada com uso de corticosteroide representa um dado adicional para embasar o diagnóstico deste paciente
- b) este tipo de cefaleia tem caráter recorrente e melhora com a administração de oxigênio por cateter nasal ou máscara
- c) tumor de base de crânio com hipertensão intracraniana é o diagnóstico principal considerando a refratariedade da dor e a presença de sintomas constitucionais
- d) a apresentação descrita é sugestiva de neuralgia do trigêmeo devido a alteração da sensibilidade do couro cabeludo e por não responder a analgésicos comuns

10. Mulher, 47 anos, com vitiligo, interna para investigação de anemia e cansaço aos esforços, parestesias em membros e dificuldade de deambulação, há 3 meses. Exame físico: mucosas descoradas e língua despilada; marcha talonante; sinal de *Romberg* positivo; hipertonia e hiperreflexia dos quatro membros; reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral; hipoestesia tátil e dolorosa bilateral; apalestesia e perda da noção de posição segmentar. O exame que, mais provavelmente, pode revelar alterações que apontem para a etiologia do quadro clínico descrito é:

- a) eletroforese de proteínas
- b) biópsia da medula óssea
- c) punção lombar
- d) endoscopia digestiva alta

## RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

---

11. Homem, 44 anos, com história de diarreia infecciosa há 3 semanas, evoluiu com artrite em joelho esquerdo. Exame dermatológico: lesões ceratóticas escamo-crostosas amareladas com algumas vesico pústulas em regiões palmo-plantares e lesões eritemato-descamativas no pênis. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) psoríase
- b) lúpus eritematoso sistêmico
- c) doença de *Behçet*
- d) artrite reativa

12. Em indivíduos, a partir da quinta década de vida, os osteossarcomas são mais frequentemente secundários à:

- a) doença de *Paget* e radioterapia
- b) osteocondroma e osteomielite
- c) doença de *Paget* e osteomielite
- d) osteocondroma e radioterapia

13. Mulher, 40 anos, procurou médico por apresentar cansaço. Pais e irmãos saudáveis. Exame físico: hipocorada 3+/4+; FC = 100bpm; baço palpável a 5cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: Hb = 6g/dL; lactato desidrogenase, contagem de reticulócitos e haptoglobina normais. Aspirado de medula óssea: não se obtém material (seco). Biópsia de medula óssea: medula hiper celular com hiperplasia das 3 linhagens, além de mielofibrose. Após a indicação de transfusão de concentrado de hemácias, o próximo passo, mais adequado, deve ser:

- a) iniciar quimioterapia
- b) solicitar tipagem dos antígenos leucocitário humano(HLA) dos irmãos
- c) indicar radioterapia
- d) encaminhar o paciente para realização de esplenectomia

14. Na escala de 0 a 5 de avaliação da força muscular, o grau 2 significa que:

- a) o movimento avaliado está presente, mas o músculo não consegue vencer a força da gravidade
- b) o movimento avaliado está presente e o músculo consegue vencer a força da gravidade
- c) o movimento não é realizado e existe ausência de contração muscular
- d) o movimento é realizado e o músculo consegue se contrair vencendo forte resistência

15. Homem, 35 anos, apresentada quadro de fraqueza progressiva de início há cerca de 6 meses. Exame neurológico: fraqueza nos quatro membros, sendo pior nos superiores; reflexos profundos aumentados nos quatro membros; atrofia das mãos; sensibilidade profunda e superficial preservada; miofasciculação na musculatura da cintura escapular. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) amiotrofia espinhal progressiva
- b) esclerose múltipla
- c) poliomielite
- d) esclerose lateral amiotrófica

16. Mulher, 46 anos, asmática, está em uso de formoterol 12µg/budesonida 400µg, duas vezes ao dia. Apresenta, há dois meses, quadro clínico de tosse produtiva e perda ponderal. Nega tabagismo e febre neste período. Refere etilismo "social". Para o esclarecimento diagnóstico, o mais adequado é solicitar:

- a) teste rápido molecular para tuberculose e prova tuberculínica
- b) teste rápido molecular para tuberculose e cultura para micobactéria
- c) prova tuberculínica e TC do tórax
- d) cultura para micobactéria e TC do tórax

## RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

17. Considere os fármacos antipsicóticos listados na coluna 1 e os efeitos adversos listados na coluna 2. A correlação mais adequada entre os antipsicóticos e seus efeitos adversos é:

Coluna 1	Coluna 2
1 - clorpromazina	A - agranulocitose
2 - haloperidol	B - hipotensão arterial ortostática
3 - olanzapina	C - efeitos extrapiramidais
4 - clozapina	D - ganho de peso

- a) 1-C, 2-B, 3-A, 4-D
- b) 1-C, 2-A, 3-B, 4-D
- c) 1-D, 2-A, 3-B, 4-C
- d) 1-B, 2-C, 3-D, 4-A

18. Homem, 72 anos, submetido à revascularização do miocárdio há 2 anos, queixa-se de dispneia de decúbito, edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal, na última semana. Exame físico: extremidades frias; cianose 1+/4+; turgência jugular patológica; presença estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares; SpO<sub>2</sub> = 89%, em ar ambiente; PA = 100x50mmHg; FC = 120bpm com ritmo cardíaco irregularmente irregular; abdome com macicez móvel de decúbito; e edema de membros 2+/4+. Traçado eletrocardiográfico:



A opção terapêutica mais apropriada é:

- a) antiagregação plaquetária e controle da FC
- b) antiagregação plaquetária e cardioversão química
- c) anticoagulação sistêmica e cardioversão elétrica
- d) anticoagulação sistêmica e controle da FC

19. Mulher, 85 anos, com *diabetes mellitus* há 30 anos e hipertensa há 2 anos, está em uso de enalapril (10mg/dia), glicazida (30mg/dia) e metformina (850 mg, 2vezes/dia). Apresenta dificuldade importante para caminhar devido à hipoestesia em bota em membros inferiores, gonartrose avançada e baixa acuidade visual (por retinopatia diabética proliferativa). Nos últimos anos, perdeu peso lentamente, por orientação médica. Índice de massa corporal (IMC) atual: 25Kg/m<sup>2</sup>. Única

queixa no momento: urge-incontinência. Exames laboratoriais: ureia = 30mg/dL; creatinina = 1,1mg/dL; sódio = 137mEq/L; potássio = 4,8mEq/L; glicose = 135mg/dL; hemoglobina glicada = 7,5g/dL; Ht = 36%; Hb = 12g/dL. Exame de urina (EAS): proteína 2+/4+. A conduta mais adequada é:

- a) manter terapia medicamentosa atual
- b) acrescentar insulina de ação intermediária na ceia
- c) acrescentar dapagliflozina
- d) retirar a metformina

## RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

---

20. Mulher, 58 anos, foi submetida à angioplastia coronariana com implante de *stent* farmacológico, há 14 meses. Em uso de AAS e clopidogrel. No consultório, informa que necessita realizar uma colecistectomia por via videolaparoscópica, devido à colelitíase. Quanto à avaliação pré-operatória dessa paciente, a recomendação, para equipe cirúrgica, mais apropriada é agendar:

- a) colecistectomia; suspender AAS e clopidogrel no perioperatório
- b) o procedimento cirúrgico em período superior a 4 meses após a consulta
- c) colecistectomia; suspender clopidogrel e manter AAS no perioperatório
- d) colecistectomia e manter AAS e clopidogrel no perioperatório

21. Nas pneumonias bacterianas comunitárias, a escolha da antibioticoterapia é, geralmente, empírica, utilizando-se como base os dados epidemiológicos. O exame com maior sensibilidade para isolamento do *Streptococcus pneumoniae* é:

- a) bacterioscopia do aspirado traqueal
- b) cultura de escarro espontâneo
- c) hemocultura de sangue periférico
- d) pesquisa de antígeno urinário

22. Mulher, 26 anos, tem vida sexual ativa, sem uso de preservativo, e relata último catamênio há uma semana. No momento, apresenta artrite do joelho esquerdo e tenossinovite contígua. Após colher espécime clínico para exame microbiológico, o antibiótico mais adequado, que deverá ser iniciado, é:

- a) sulfametoxazol-trimetoprim
- b) vancomicina
- c) cefalexina
- d) ceftriaxona

23. Pode-se afirmar, em relação ao tratamento da encefalite herpética, que a medicação, de uso venoso, mais adequadamente indicada, por 14 dias, é:

- a) ganciclovir
- b) cidofovir
- c) aciclovir
- d) ribavirina

24. Ao se internar um paciente com hanseníase virchowiana, deve-se empregar precaução:

- a) padrão
- b) aérea
- c) de contato
- d) por gotícula

25. Pode-se afirmar que a melhoria das condições de saneamento básico diminui a transmissão de doenças infecciosas, dentre elas:

- a) toxoplasmose; criptosporidiose; botulismo
- b) estrogiloidíase; cisticercose; criptococose
- c) toxoplasmose; ascaridíase; hepatite A
- d) criptosporidiose; cisticercose; estrogiloidíase

26. Dentre os agentes causadores de diarreia mediada por toxina, aquele que tem seu curso modificado pelo uso da antibioticoterapia é:

- a) *Escherichia coli*
- b) *Bacillus cereus*
- c) *Staphylococcus aureus*
- d) *Clostridium perfringens*

27. Mulher, 54 anos, está realizando quimioterapia para tratamento de câncer de mama metastático, com último ciclo há 6 dias. É internada por odinofagia de transição (que impede a ingestão de sólidos) e febre. O exame complementar imediato essencial para definição da conduta terapêutica mais adequada é:

- a) hemograma completo
- b) cultura de secreção de orofaringe
- c) tomografia cervical
- d) endoscopia digestiva alta

## RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

28. Uma urinocultura com crescimento de *Escherichia coli* acima de  $10^5$  ufc/mL, em paciente assintomático, deverá ser considerada, com finalidade terapêutica, quando associada a:

- a) hiperplasia prostática
- b) diabetes mellitus
- c) neutropenia
- d) gestação

29. No pós-operatório de hemicolectomia direita, homem evolui com peritonite terciária. Inicia-se nutrição parenteral total por veia jugular direita. Surge um novo processo infeccioso e isola-se *Candida albicans* na hemocultura. A conduta terapêutica mais adequada, neste momento, é:

- a) manter o cateter venoso central e iniciar anfotericina B venosa
- b) retirar o cateter venoso central e aguardar 48 horas
- c) manter o cateter venoso central e iniciar fluconazol venoso
- d) retirar o cateter venoso central e iniciar equinocandina

30. Mulher, 27 anos, com calendário vacinal da infância completo e última dose de vacina dupla bacteriana aos 15 anos, sofreu um acidente que gerou uma lesão perfurante na perna. Concomitantemente à limpeza da ferida, a profilaxia do tétano deve ser feita com a vacina antitetânica:

- a) e imunoglobulina em sítios musculares diferentes
- b) e imunoglobulina com 4 semanas de intervalo
- c) em 3 doses
- d) em dose única

31. Dentre as infecções respiratórias, aquelas que necessitam de precaução aérea durante a fase aguda de doença são:

- a) pneumocistose; tuberculose; influenza
- b) tuberculose; sarampo; zoster

- c) sarampo; meningococemia; influenza
- d) tuberculose; sarampo; meningococemia

32. Nas infecções sistêmicas graves por *Pseudomonas aeruginosa*, o uso de aminoglicosídeos associados aos  $\beta$ -lactâmicos é defendido por alguns autores para:

- a) se conseguir um efeito sinergismo
- b) evitar-se seleção de resistência
- c) obter-se a ampliação do espectro de ação
- d) diminuir o tempo de tratamento

33. Menino, 15 anos, durante partida de futebol, apresentou um episódio de convulsão tônico-clônica, generalizada, com posterior recuperação do nível de consciência, sem sequelas neurológicas. Considerando-se as causas infecciosas, o agente etiológico mais comumente responsável por esse quadro é:

- a) *Cryptococcus neoformans*
- b) *Treponema pallidum*
- c) *Mycobacterium tuberculosis*
- d) *Taenia solium*

34. O uso de antifúngico para o tratamento de histoplasmose está indicado quando ocorre:

- a) pericardite
- b) febre por mais que 4 semanas
- c) mediastinite
- d) nódulo pulmonar calcificado

35. Menina, 13 anos, está em uso de ceftriaxona para o tratamento de meningoencefalite aguda de provável etiologia bacteriana, sem agente etiológico identificado. No terceiro dia de internação, evoluiu com torpor e febre. A conduta mais adequada é:

- a) fazer uma raquicentese
- b) iniciar vancomicina
- c) solicitar TC do crânio
- d) prescrever manitol

**36. Homem, 58 anos, é internado para investigação de anemia, dor abdominal e perda ponderal. Endoscopia digestiva alta (EDA): esofagite acentuada; espessamento de pregas gástricas de fundo e corpo maiores que 1cm (gastrite hipertrófica) e múltiplas úlceras gástricas e duodenais. Um exame de imagem solicitado evidencia lesão nodular de 1cm, adjacente à parede anterior do bulbo duodenal. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) somatostatina
- b) síndrome de *Zollinger-Ellison*
- c) síndrome de *Werner-Morrison*
- d) doença de *Menétrier*

**37. Homem, 66 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva para alimentos sólidos e pastosos, tolerando apenas a ingestão de líquidos. Perda ponderal de 20kg nos últimos 3 meses. EDA: lesão vegetante e estenosante de terço médio de esôfago cuja biópsia foi compatível com carcinoma de células escamosas. O estadiamento revelou doença localmente avançada, T4N0M0. Indicou-se radioterapia neoadjuvante e reavaliação de futura intervenção. A forma mais adequada de suporte nutricional, para esse paciente, é dieta:**

- a) enteral por via oral líquida, com suplementação
- b) enteral por cateter nasoenteral ou gastrostomia
- c) parenteral exclusiva, por acesso venoso central
- d) parenteral domiciliar por cateter de inserção periférica

**38. Os cálculos pigmentares pretos são frequentemente encontrados em pacientes com:**

- a) infestação por *Ascaris*
- b) obesidade
- c) anemia falciforme
- d) nutrição parenteral prolongada

**39. Em pacientes com doença inflamatória intestinal, a dosagem de lactoferrina e calprotectina fecal pode ser útil para:**

- a) o diagnóstico diferencial entre retocolite ulcerativa idiopática e doença de Crohn
- b) detectar-se atividade inflamatória intestinal e prever futuras recaídas clínicas
- c) se escolher o tratamento de indução da remissão
- d) detectar-se acometimento exclusivo do trato digestivo superior em pacientes com doença de *Crohn*

**40. Homem, 23 anos, com história de engasgos frequentes e pirose, relata um episódio recente de impactação alimentar em churrasco, com resolução espontânea. História patológica pregressa: asma na infância e amigdalectomia. A conduta mais indicada na sequência e o achado que confirmará a hipótese diagnóstica mais provável, respectivamente, são:**

- a) exame de sangue com hemograma e dosagem de Imunoglobulina E total, com eosinofilia e aumento dos níveis de IgE
- b) esofagomanometria de alta resolução evidenciando contrações repetitivas, prolongadas e de alta amplitude no esôfago distal
- c) EDA com biópsia de esôfago exibindo  $\geq 15$  eosinófilos por campo de grande aumento
- d) não é necessário exame complementar e deve-se fazer teste de exclusão alimentar de leite e trigo, com observação da melhora dos sintomas após 4 semanas

**41. A melhor alternativa diagnóstica, não invasiva, para o diagnóstico de gastroparesia é:**

- a) ultrassonografia abdominal
- b) cintilografia de esvaziamento gástrico
- c) tomografia computadorizada do abdome
- d) radiografia do abdome superior com contraste oral



**42. Mulher, 65 anos, com cirrose hepática, hipertensão porta e ascite. Está indicada a profilaxia antibiótica:**

- a) na hemorragia aguda por varizes de esôfago
- b) quando a proteína do líquido ascítico for  $< 2,0g\%$
- c) na ascite refratária ao uso de diuréticos
- d) quando ocorre aumento de creatinina  $\geq 0,3mg$  em 24 horas

**43. Mulher, 58 anos, com diagnóstico de cirrose pelo vírus da hepatite C (HCV), é admitida com dor abdominal, temperatura axilar (TA) =  $38^{\circ}C$  e desorientação. Faz uso regular de carvedilol (6,25mg; 2 vezes/dia), furosemida (40mg/dia) e espironolactona (100mg/dia). Exame físico: PA = 100x60mmHg e FC = 62bpm; abdome doloroso difusamente à palpação; ascite de grande volume; *flapping* e edema de membros inferiores (2+/4+). Exames laboratoriais: sódio = 131mEq/L; potássio = 3,2mEq/L; ureia = 85mg/dL; creatinina = 2,1mg/dL; Hb = 11,1g/dL; 10.100 leucócitos com 65% de neutrófilos; 58.000 plaquetas; índice internacional normalizado (INR) = 1,5; bilirrubina total = 2,1mg/dL; bilirrubina direta = 1,5mg/dL; albumina = 3,0g/dL. Paracentese diagnóstica: 350 células com 80% de polimorfonucleares; albumina = 0,9g/dL; glicose = 78mg/dL. A abordagem inicial mais adequada é:**

- a) suspender diuréticos; iniciar infusão de terlipressina e administrar ceftriaxone
- b) suspender diuréticos; iniciar albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia
- c) suspender diuréticos; iniciar albumina e administrar ceftriaxone
- d) utilizar diurético venoso associado à albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia

**44. Candidato à doação de sangue recebe notificação revelando que não poderá ser doador por apresentar teste anti-HCV positivo. A próxima, e mais adequada, medida a ser tomada é indicar a:**

- a) pesquisa do genótipo do HCV para definir o tratamento adequado
- b) realização da pesquisa do HCV-RNA para a confirmação da infecção pelo HCV
- c) realização de elastografia hepática para avaliar estágio da fibrose
- d) repetição do teste anti-HCV em seis meses e, caso positivo, iniciar tratamento com fármaco pan-genotípico

**45. Homem, 60 anos, é referenciado ao dermatologista pela história pessoal e familiar de adenomas sebáceos múltiplos. História familiar: incidência importante de tumores do trato geniturinário e gastrointestinal. No rastreamento deste paciente, é encontrada lesão de aspecto tumoral na junção retossigmoidea. A hipótese diagnóstica mais provável é síndrome de:**

- a) *Cowden*
- b) *Cronkhite-Canada*
- c) *Muir-Torre*
- d) *Bourneville*

**46. Mulher, 59 anos, diabética e hipertensa, com diagnóstico de carcinoma escamoso do colo uterino há 3 anos, fora submetida a radioterapia pélvica e braquiterapia. Nos últimos 3 meses, vem apresentando episódios de hematoquezia. Colonoscopia: erosões ovais cobertas por fibrina, entremeadas por diversas lesões avermelhadas aracneiformes no sigmoide distal e reto proximal e médio. As lesões apresentam friabilidade, com discreto sangramento ao toque. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) retocolite ulcerativa
- b) proctossigmoidopatia actínica
- c) coloproctopatia isquêmica
- d) proctossigmoidite infecciosa

47. Homem, 35 anos, está em investigação de doença inflamatória intestinal idiopática. Foi submetido a uma colonoscopia com biópsia para diagnóstico diferencial entre doença de *Crohn* e retocolite ulcerativa. O laudo histopatológico revelou “colite crônica em atividade, ulcerada, com distorção arquitetural glandular, microabscessos de cripta, focos de criptite neutrofílica, infiltrado linfoplasmocitário basal e granulomas epitelioides, configurando doença de *Crohn* em atividade”. O achado microscópico, nesta biópsia, que permitiu concluir que se trata de doença de *Crohn* e não de retocolite ulcerativa foi a presença de:

- a) granulomas epitelioides
- b) microabscessos de cripta
- c) focos de criptite neutrofílica
- d) infiltrado linfoplasmocitário basal

48. Homem, 60 anos, etilista (> 160g de álcool/dia) por mais de 15 anos, queixa de dor abdominal crônica. Exames laboratoriais: amilase = 80U/L e lipase = 59U/L. TC do abdome: calcificação difusa no pâncreas. Pode-se afirmar que:

- a) a reposição oral de enzimas pancreáticas está indicada para o tratamento da dor crônica
- b) a realização de descompressão cirúrgica do ducto pancreático está indicada para tratamento da dor crônica
- c) a pancreatite crônica calcificada aumenta o risco cumulativo de câncer pancreático
- d) como há níveis séricos normais de amilase e lipase, não há patologia pancreática que justifique tratamento específico

49. Homem, 60 anos, é atendido no setor de emergência com confusão mental de início recente e discreta dor abdominal. É acompanhado por hepatologista com diagnóstico de cirrose secundária à doença hepática gordurosa não-alcoólica. Não há relato de episódios prévios de desorientação. Exame físico: sinais vitais (PA, FC, temperatura e SpO<sub>2</sub>) normais. Observa-se maciez móvel de decúbito e edema de membros inferiores. A conduta mais adequada é:

- a) pesquisar fatores precipitantes de encefalopatia, como infecções, distúrbios hidroeletrólíticos e hemorragia digestiva
- b) como o paciente está estável, iniciar tratamento com lactulona e rifaximina; encaminhar para o hepatologista
- c) solicitar avaliação imediata da equipe de transplante hepático, já que a encefalopatia é marcador de disfunção hepática grave e o paciente se enquadra em bom perfil clínico para transplante
- d) iniciar antibióticos e orientar o paciente a reduzir o consumo de proteínas na dieta

50. Mulher, 60 anos, realizou *check-up* onde se identificou, à ultrassonografia (US) abdominal, presença de 2 cálculos em vesícula biliar (VB), móveis com a mudança de decúbito, com 1,2 e 1,3cm, respectivamente. Ela nega episódios de dor abdominal. À US evidenciou-se, ainda, VB fisiologicamente distendida para o jejum e com paredes normais; não há sinais de obstrução biliar ou litíase intra-hepática. A conduta mais adequada é:

- a) expectante com acompanhamento ambulatorial
- b) indicar colecistectomia videolaparoscópica
- c) solicitar colangiorrressonância de VB e vias biliares
- d) prescrever ácido ursodesoxicólico para dissolução dos cálculos