

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMAS – GRUPO 008

Endoscopia Digestiva (606) e Hepatologia (612).

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

GASTROENTEROLOGIA

Itens de 1 a 120

Paciente, sexo feminino, 55 anos de idade, portador de hepatite viral C, há 15 anos, por vírus genótipo 1, cirrose hepática, vem ao ambulatório por confusão mental, *flapping*, icterícia, acolia e colúria. Foram solicitados exames de sangue que evidenciaram albumina de 1,8 g/dL, bilirrubinas de 4 mg/dL, INR de 2.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

1. Esse paciente, provavelmente, tem encefalopatia hepática grau III.
2. Deve-se iniciar o tratamento com metronidazol 500 mg/dia, lactulose na dose máxima de 20 mL, de oito em oito horas.
3. Independentemente da ascite, trata-se de um paciente CHILD C.
4. Deve-se pensar em outras causas, como hepatocarcinoma para descompensação hepática.
5. A rifaximina parece ter um bom efeito na prevenção da encefalopatia hepática.

Paciente, sexo feminino, 35 anos de idade, chega ao ambulatório com imagem em ultrassonografia, compatível com cisto hepático de 6 cm. Foi solicitado TC de abdome, que evidenciou grande massa hepática, com contornos lobulados, exibindo, também, imagens nodulares periféricas, sendo identificadas calcificações exuberantes, dominando amplamente o aspecto da lesão. Algumas áreas nodulares apresentavam atenuação de líquido (ora mais, ora menos espesso) e se relacionavam, sobretudo, com a periferia da lesão maior. Não foi observado realce significativo após a infusão do meio de contraste iodado endovenoso. A lesão localizava-se sobretudo no lobo hepático direito, envolvendo, também, o segmento IV.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

6. Trata-se de cisto hidático, sendo o *Echinococcus granulosus* o agente mais encontrado.
7. Verifica-se que a drenagem percutânea é o tratamento convencional.
8. Sabe-se que, de uma maneira geral, os cistos hidáticos, quando jovens, possuem aspecto tipicamente líquido, bem circunscrito e com parede mal definida.
9. Percebe-se que as comumente metástases de mesenquimomas malignas e cistadenomas podem simular cistos hidáticos.

Paciente, sexo feminino, 44 anos de idade, foi admitida no hospital com história de icterícia, colúria e massa palpável em hemiabdomen direito há 15 dias, sem acolia. Negava emagrecimento. Ao exame físico, apresentava-se icterica e com presença de uma massa palpável e indolor em hipocôndrio direito. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: fosfatase alcalina = 334 ng/dL; GGT = 152 ng/dL; AST = 81 ng/dL; ALT = 170 ng/dL e BT = 2,6 ng/dL, BD = 2,2 ng/dL. CA 19-9, alfafetoproteína e CEA foram normais. Tomografia computadorizada de abdome mostrou uma massa de conteúdo cístico em topografia de colédoco e cabeça de pâncreas. A

colangiorrressonância magnética de abdome evidenciou um cisto de grandes dimensões em topografia de colédoco, ausência de dilatação de vias biliares intra-hepáticas e pâncreas normais. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica para ressecção do cisto por incisão subcostal bilateral. No intraoperatório, foi evidenciado cisto de colédoco, classificação de Todani tipo I.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

10. Os cistos do tipo I são dilatações fusiformes ou císticas da árvore biliar extra-hepática.
11. Os cistos tipo IV são raramente encontrados.
12. A maior prevalência de cistos de colédoco é na América do Norte, em especial nos Estados Unidos.
13. O sintoma mais comum em adultos é a dor abdominal.
14. As complicações como perfuração ocorrem em grande parte dos pacientes.

Paciente, sexo feminino, 35 anos de idade, há 10 meses apresenta vários episódios de dor à evacuação e diarreia com produtos patológicos, às vezes, com sangue vivo. Durante essas crises, relata ocorrência de febre diária e intensa astenia. Foi tratada como síndrome disentérica. A partir de então, os sintomas intestinais passaram a evoluir com características de surtos e remissões. Após seis meses, procurou um clínico geral que solicitou uma colonoscopia, que revelou mucosa retal edemaciada e friável, sangrando facilmente ao toque, sendo também observadas pequenas ulcerações, limitadas, com distribuição uniforme, circunferencial e contínua.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

15. O acometimento em *cólon* direito é comum nessa patologia.
16. As úlceras aftoides são comuns.
17. As cirurgias são necessárias para a correção de complicações.
18. Os anticorpos ANCA são bem detectados nessa patologia.
19. O metotrexato é melhor que azatioprina nessa patologia.

Paciente, caucasiano, 37 anos de idade, apresentou-se com dor abdominal, de baixa intensidade, localizada no quadrante inferior direito, que aliviava com a defecação e sem fatores desencadeantes, com cerca de dois meses de evolução. Apresentava também diarreia, retorragias e supuração anal, acompanhados de tenesmo. Também apresentava náuseas e anorexia. Ao exame proctológico, na apresentação, era visível um abcesso perianal e fissura anal, com emissão de pus. Realizou colonoscopia que demonstrava mucosa com erosões e exsudativa, ceco e I ascendente com múltiplas erosões aftoides, com mucosa circundante hiperemiada no *cólon* descendente e reto com erosões aftoides.

Considerando o caso apresentado, julgue os itens a seguir.

20. Essa patologia acomete mais pessoas entre 10 e 20 anos de idade.
21. Essa doença é pouco presente em pacientes asiáticos.

22. O local de envolvimento mais comum é o cólon transversal.
23. A azatioprina é usada no tratamento e tem como efeito colateral pancreatite.
24. Os pacientes de classe econômica baixa são mais acometidos por essa patologia.

Paciente, sexo feminino, 39 anos de idade, apresentou queixa de disfagia progressiva há três meses, associada com emagrecimento de 10 kg no mesmo período. Relatou, como história pregressa, quadro recorrente de anemia ferropriva, de difícil controle e de etiologia indefinida e que, por vezes, necessitou de transfusões sanguíneas. Ao exame físico, paciente com dados vitais estáveis, hipocorada ++/4+, brevilínea, emagrecida. Cavidade oral sem lesões visíveis na oroscopia. Exames laboratoriais apresentaram anemia microcítica hipocrômica com demais achados dentro da normalidade. Endoscopia digestiva alta, realizada em outro serviço, evidenciava estenose de esôfago superior na altura do esfíncter esofágico superior, além de lesão suspeita em hipofaringe.

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

25. A tríade de disfagia, anemia e alterações esofágicas lembra a síndrome de Plummer-Vinson.
26. A síndrome de Plummer-Sinson tem rara associação com carcinoma espinocelular.
27. O prognóstico da síndrome de Plummer-Vinson geralmente é excelente.
28. O diagnóstico é feito a partir da evidência de anemia ferropriva e membranas esofágicas em um paciente com disfagia pré-cricoide.
29. O tratamento da anemia, muitas vezes, melhora os sintomas da disfagia.

Paciente, sexo masculino, 38 anos de idade, apresenta sintomas dispépticos há um ano. Refere que, há um mês, apresentou emagrecimento de 5 kg, astenia e tem acordado durante à noite com dor epigástrica. Foi realizada uma endoscopia que demonstrou úlcera péptica com *Helicobacter pylori* (HP) no teste de urease. A biópsia foi negativa para neoplasia.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

30. O paciente, pelos critérios de roma IV, enquadra-se em dispepsia funcional.
31. A idade acima de 45 anos com sinais de alarme, no Brasil, são fatores que levam a realizar endoscopia digestiva alta.
32. O tratamento da infecção por HP geralmente resolve o quadro da dor do paciente.
33. A amoxicilina, inibidor da bomba de prótons e azitromicina, é o esquema utilizado para o tratamento da infecção por HP.
34. A úlcera péptica geralmente tem como causa principal o uso de anti-inflamatórios não esteroidais.

Paciente, sexo masculino, 45 anos de idade, relata que iniciou com quadro de poliúria e emagrecimento há dois meses.

Refere que, neste período, teve várias hospitalizações. Foi tratado com potássio e nutrição, sem melhora. Foi observado que seu olho estava diferente, sendo, então, encaminhado ao setor de oftalmologia, que descreveu o exame como compatível com anéis de Kayser-Fleisher.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

35. O paciente apresenta-se com doença de Wilson, que é decorrente da intoxicação por chumbo.
36. A doença tem caráter adquirido, tendo pouca associação genética.
37. A doença é comum após os 40 anos de idade.
38. A hepatite ativa pode existir no momento da avaliação.
39. A ceruloplasmina, na principal hipótese diagnóstica, geralmente é alta.

Paciente, sexo masculino, 40 anos de idade, vai ao ambulatório de gastro por ter realizado exames de sangue. O resultado de um deles apresentou-se como positivo para anti-HCV. Foi solicitado PCR qualitativo e quantitativo para o vírus C. Identificou-se genótipo tipo 1a, com 600 UI/mL.

No que se refere a esse caso, julgue os itens a seguir.

40. Os pacientes, mono infectados pelo HCV, podem receber o regime de daclastavir com sofosbuvir, independentemente do grau de fibrose hepática.
41. A cardiopatia isquêmica pode contraindicar o uso de daclastavir.
42. A ribavirina tem pouca importância no cenário atual, tendo como indicação apenas pacientes dialíticos.
43. Os pacientes com neoplasia recente devem receber interferon 2a, ao invés de daclastavir.
44. O tratamento de pacientes mono infectados, com genótipo tipo 1a, deve ser cerca de 24 semanas com daclastavir associado com sofosbuvir.

Paciente, sexo masculino, 70 anos de idade, chegou ao posto de saúde por apresentar-se icterico, com acolia e colúria há uma semana. Relata que visitou seus filhos e tomou água de poço neste mês, entretanto não lembrava o dia preciso da visita. Foram solicitados exames que evidenciaram AST de 600, ALT de 900, FA de 350, GGT de 400, CPK normal. Provas de função renal estavam normais e hemograma sem alterações. Foram solicitados sorologias para hepatites virais agudas que apresentam como resultado: HVA IgM reagente, HVA IgG não reagente, Hbs Ag não reagente, anti HCV não reagente.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

45. O aumento de bilirrubina sérica com o alargamento do INR indica bom prognóstico.
46. A manifestação da hepatite viral A aguda é sintomática em adultos, sendo o carcinoma hepatocelular a complicação mais temida.
47. A leptospirose é diagnóstico diferencial, entretanto mialgia e alteração das canaliculares são mais evidentes que alterações de transaminases.
48. A forma aguda da hepatite viral A é mais severa em crianças que em adultos.
49. O tratamento é com base em interferon 2a.

Paciente, 55 anos de idade, obeso, dislipidêmico, foi à consulta por apresentar vômitos, náuseas e dor abdominal há duas semanas. Recentemente, realizou um ultrassom de abdome total, que demonstrou esteatose hepática avançada. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram leve aumento das transaminases cerca de 2 vezes do valor de referência. Nega qualquer uso de substância alcóolica na vida.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

50. O diagnóstico de esteatose hepática ainda é por biópsia.
51. O hematócrito pode sugerir, no futuro, como marcador de esteato-hepatite não alcoólica.
52. O acúmulo de colesterol LDL no fígado é um dos componentes principais da fisiopatologia da esteatose hepática.
53. A diferenciação entre esteatose hepática e esteato-hepatite não alcoólica se dá principalmente por biópsia hepática.
54. A relação entre esteato-hepatite não alcoólica e hepatocarcinoma ainda é pouca.

Paciente, 55 anos de idade, relata que, há um ano, apresenta disfagia baixa, principalmente para alimentos sólidos, emagrecimento, dor torácica, vômitos e regurgitações. O médico solicitou uma endoscopia digestiva alta, suspeitando de acalasia.

Considerando a situação apresentada, julgue os itens a seguir.

55. O emagrecimento, nessa patologia, é comum, e o seu diagnóstico é firmado com endoscopia digestiva alta.
56. A manometria é necessária, demonstrando o não relaxamento do esfíncter inferior do esôfago.
57. A toxina botulínica se demonstra inferior ao balão no tratamento da acalasia.
58. Os pacientes submetidos a dilatação com balão, cerca de 30%, não desenvolvem refluxo.
59. A longa duração da doença é preditor positivo de resposta terapêutica.

Paciente, sexo feminino, 35 anos de idade, vai ao pronto-socorro por apresentar vômitos intensos há seis horas, associado a dor abdominal difusa em faixa e icterícia. Foram solicitados exames laboratoriais que demonstraram transaminases normais, amilase de 1.600 (até 100) e lipase de 2.500 (até 350). Foi realizado tomografia de abdome com contraste, que evidenciou pancreatite Baltazar C. Hemograma demonstrou 8.500 leucócitos, bilirrubinas normais, glicemia de jejum de 250 mg/dL, desidrogenase láctica de 180.

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

60. O cálcio sérico é utilizado para prever prognóstico na admissão hospitalar pelos critérios de Ranson.
61. A paciente apresenta baixa probabilidade de morrer.
62. Na presença da classificação de Balthazar C, há ausência de opacidade peripancreática.
63. A pancreatite aguda é improvável como causa biliar.

64. Três ou mais critérios de Ranson indicam prognóstico desfavorável.

Paciente, 38 anos de idade, com dois cálculos de 0,5 cm na vesícula biliar, chegou ao pronto-socorro com dor em hipocôndrio direito, febre de 39 °C e icterícia. Foi levantada a hipótese de colangite, sendo rapidamente tratada com antibióticos IV. Evoluiu com confusão mental e hipotensão.

Considerando essa situação, julgue os itens a seguir.

65. O antibiótico de primeira escolha é a vancomicina.
66. A drenagem de via biliar deve ser realizada com urgência.
67. O pentade de Reynolds indica mau prognóstico.
68. O agente bacteriano mais encontrado é o *Enterococcus*.
69. A CPRE é o padrão ouro nas causas obstrutivas.

Paciente, 55 anos de idade, com dor importante em abdome, desproporcional ao exame físico há um dia. Vem ao pronto-socorro por febre, diarreia mucossanguinolenta com piora há quatro horas, evoluindo com hipotensão 80 mmHg x 50 mmHg, palidez cutânea. Tem fibrilação atrial há sete anos e não usa anticoagulante há cinco anos. O plantonista solicita uma angiotomografia de abdome e exames de sangue. Na angiotomografia de abdome, o resultado é compatível com colite isquêmica.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

70. A forma gangrenosa é a forma mais agressiva da doença, colocando em risco a vida do paciente.
71. Cerca de 80% das lesões são proximais ao ângulo esplênico.
72. Na endoscopia digestiva baixa, caso se faça uma biópsia e esta pouco sangrar, há reforço da hipótese de colite isquêmica.
73. Em caso de infarto de cólon na forma gangrenosa, com pus na cavidade, obrigatoriamente deve-se realizar cirurgia com colostomia, sem anastomoses.
74. A fibrilação atrial é uma condição cardiológica que contribuiu para o quadro isquêmico.

Paciente, sexo feminino, 25 anos de idade, internada por síndrome do desconforto respiratório agudo há um mês, utilizou, na internação, vancomicina IV 1 g de 12 em 12 horas, meropenem 1 g de 8 em 8 horas, ceftriaxone 1 g IV de 12 em 12 horas, clindamicina 600 mg de 6 em 6 horas. Iniciou com diarreia na enfermaria, 6 a 8 episódios por dia, com muco e pus. Foi realizada uma endoscopia digestiva baixa e realizada coprocultura e pesquisa de toxinas para *Clostridium*.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

75. A vancomicina IV não causa colite pseudomembranosa, sendo que é usada para tratamento dela.
76. A presença de pseudomembranas na colonoscopia é um achado bem frequente que autoriza o tratamento da colite.

77. O agente envolvido é o *Clostridium perfringens*.
78. Pode ser utilizado o metronidazol 500 mg VO de 8 em 8 horas para o tratamento da colite, podendo-se tratar de 10 a 14 dias.
79. A toxina B encontrada nas fezes é enterotóxica, sendo mais grave que a toxina A.

Paciente, sexo feminino, 15 anos de idade, com história de dor abdominal, emagrecimento, anemia e diarreia, foi submetida a endoscopia digestiva alta, que evidenciou pregas mucosas serrilhadas, padrão em mosaico, pregas achatadas, menor tamanho e desaparecimento das pregas com máxima insuflação.

Considerando o caso clínico, julgue os itens a seguir.

80. O antitransglutaminase IgA pode vir positivo.
81. As alterações de transaminases inexplicadas podem ser a causa dessa patologia.
82. A ataxia cerebelar pode ser manifestação da doença, mesmo rara, bem como osteoporose precoce.
83. A lesão hiperplásica que apresenta hiperplasia de criptas é considerada MARSH tipo I.
84. Os pacientes que apresentam apenas aumento de linfócitos intraepiteliais, sem alterações na arquitetura da mucosa, podem ser sintomáticos e estão sob risco menor de osteoporose.
85. A anemia megaloblástica é encontrada nesses casos.

Paciente, sexo feminino, 45 anos de idade, vai a consulta por apresentar aumento de enzimas hepáticas há seis meses. Relata emagrecimento, neste período, fadiga e icterícia. Realizou exames TGO de 150, TGP de 135, FA de 100 e GGT de 160. Seu médico solicitou anti LKM 1, FAN, ANA, antímusculo liso, anti SLA, IgG total. Os autoanticorpos vieram negativos. IgG total veio 3 vezes acima do valor de referência. Seu médico colocou na classificação de hepatite autoimune (HAI), tendo 12 pontos.

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

86. Os 12 pontos significa provável hepatite autoimune, devendo-se pensar em biópsia hepática.
87. Provavelmente, trata-se de HAI tipo II.
88. A hepatite crônica com necrose em “saca-bocados” periportal ou perisseptal e com predominância de infiltrado linfoplasmocitário com ou sem necrose em ponte porta/porta ou porta/veia centro-lobular sugere fortemente HAI.
89. A amenorréia é sintoma incomum no quadro de HAI.
90. A progressão para cirrose na HAI é regra, bem como hepatocarcinoma é comum.

Paciente, sexo masculino, 55 anos de idade, realizou uma ultrassonografia de abdome, em razão de dor abdominal em hipocôndrio direito, que piorava após as refeições. Durante o exame, demonstrou-se cálculos no interior da vesícula e a presença de um cisto em pâncreas de 3,1 cm. Realizou uma TC de abdome com contraste, que evidenciou cisto de pâncreas com dúvida diagnóstica no formato do cisto. Foi,

então, solicitada uma ultrassonografia endoscópica, com aspiração do conteúdo cístico.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

91. O CEA maior que 800 ng/mL sugere também cisto mucinoso. Como o tamanho é menor que 4 cm, indica-se seguimento.
92. O líquido tem aspecto viscoso claro no pseudocisto de pâncreas.
93. O cistoadenoma seroso tem potencial quase nulo de malignidade.
94. O CA 19-9 baixo e CEA baixo falam a favor de pseudocisto.
95. Os cistos pancreáticos sintomáticos devem ser operados.

Paciente, sexo masculino, 55 anos de idade, vem apresentando quadro de dor articular, fraqueza, perda de peso. Refere que, há um ano, tem diagnóstico de diabetes e notou que a coloração da sua pele ficou mais escura. Foi ao médico e fez alguns exames. Trouxe à consulta uma ferritina de 1500 ng/mL e saturação de transferrina de 90%. Transaminases estavam normais.

Com base na situação clínica apresentada, julgue os itens a seguir.

96. Os exames C282Y, H63D, S65C devem ser solicitados.
97. A biópsia hepática é sempre indicada.
98. A sangria terapêutica tem como alvo ferritina inferior a 100.
99. A heterozigose de C282Y tem forte relação com hepatocarcinoma.
100. Esses pacientes são contraindicados a realizar doação de sangue.

Paciente, sexo masculino, 50 anos de idade, chega ao pronto-socorro com PA de 80 mmHg x 50 mmHg, hematêmese em grande quantidade, melena, que iniciou há quatro horas. Na consulta, está taquicárdico, sudorético e taquipneico. Foi iniciada manobra para hemorragia digestiva alta.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

101. O omeprazol deve ser imediatamente iniciado, pois ajuda a diminuir o sangramento.
102. O uso de octeotride deve ser iniciado.
103. A endoscopia digestiva alta deve ser realizada após a estabilização do paciente.
104. A enterorragia, se o paciente tivesse poderia ser resultado de trânsito intestinal acelerado ou sangramento de grande volume.
105. Uma sonda nasogástrica aberta em frasco deve ser passada.
106. A opção por plasma, implica em usar 10-15 mL/kg.

Paciente gestante, 32 anos de idade, com diagnóstico de anorexia, vai a consulta no pronto-socorro, com hematemesa há quatro horas, em pequena quantidade. Foi realizada uma endoscopia digestiva alta que revelou laceração na junção esôfago-gástrica.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 107. A síndrome de Mallory Weiss é uma das causas de sangramento digestivo alto, entretanto autolimitado na maioria dos casos.
- 108. A laceração desse tipo acomete mais mulheres do que homens.
- 109. A laceração revelada resulta de grandes gradientes persistentes entre as pressões intragástrica e intratorácica na junção esofagogástrica.
- 110. A cirurgia para tratamento raramente é necessária.
- 111. A hiperêmese gravídica, situação comum, também tem relação com a síndrome.

Paciente, sexo masculino, 68 anos de idade, chegou ao pronto-socorro com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, febre de 38 °C. Ao exame físico, seu abdome apresentava defesa à descompressão em fossa ilíaca esquerda. Não evacuou no dia.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 112. A tomografia de abdome tem uma sensibilidade e especificidade elevadas, principalmente quando há espessamento da parede cólica maior que 10 mm.
- 113. Os abscessos pequenos (< 2 cm) e (ou) mesocólicos devem ser tratados com aspiração percutânea.
- 114. O abscesso pericólico ou flegmão está classificado como Hinchey II.
- 115. A incapacidade de excluir doença neoplásica pode-se tornar uma indicação cirúrgica formal.
- 116. O tratamento da diverticulite aguda não complicada é clínico e pode ser ambulatorial, com dieta rica em fibras e antibioticoterapia oral de amplo espectro.

Paciente, sexo masculino, 30 anos de idade, relata odinofagia importante na consulta. Refere ter HIV e não tomar seu remédio há dois anos. O médico solicita uma endoscopia digestiva alta, que revela placas confluentes, reversíveis à insuflação, que cobrem circunferencialmente pelo menos 50% da mucosa.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 117. Trata-se de candidíase esofágica.
- 118. Trata-se de infecção grau 2, pela classificação endoscópica de Wilcox.
- 119. A cultura é importante para o grau de sensibilidade ao fluconazol, uma vez que a sensibilidade e especificidade no achado endoscópico é bem elevada.
- 120. Acomete pacientes com CD4 menor que 250 células/mm³.

Área livre