

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

**PROVA ESCRITA – Endoscopia
Digestiva e Hepatologia**

ASSINATURA DO CANDIDATO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas**

LOTE

SEQ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

**Concurso de Admissão - 2015
Prova Escrita Dissertativa (16/11/2014)
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA**



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 5 questões, numeradas de 1 a 10. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo.
- As duas provas terão duração total de 2 (duas) horas.
- Utilize apenas **CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA PRETA.**
- **Não faça qualquer marca na tabela impressa na capa deste caderno.**
- **Sua identificação está impressa na página de rosto, que será destacada antes da correção. Não faça qualquer outro sinal ou marca que possa identificá-lo, pois acarretará anulação da prova.**
- Mantenha as respostas sem rasuras. Não passe corretivo na folha de respostas. Em caso de erro ao escrever, proceda da seguinte maneira: colocar a(s) palavra(s) entre parênteses e fazer um traço horizontal no meio da palavra. Ex: (~~exame~~).
- As folhas de questões e respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Utilize, **apenas**, o espaço destinado na página. Tudo que estiver fora do espaço previsto para resposta não será considerado. Não será permitido o uso de celular, calculadora e outros equipamentos eletrônicos.
- Para rascunho utilize, apenas, a folha em branco no final deste caderno, que **NÃO PODERÁ** ser destacada.
- Leia com cuidado cada uma das questões, atentando para o enunciado. As respostas devem ser **LEGÍVEIS E OBJETIVAS**. Responda apenas o que está sendo perguntado. O que não estiver relacionado com a pergunta, não será considerado.
- O candidato só poderá sair após uma hora do início da prova.
- Somente será permitida a saída do candidato da sala de exames durante a prova quando acompanhado por um fiscal.
- Este caderno **DEVERÁ** ser entregue ao final da prova.
- Os cadernos de respostas que não forem entregues após 2 (duas) horas do início da prova serão recolhidos.

BOA PROVA

1. Homem, 56 anos, cirrose hepática por vírus C, ChiLd B e varizes esofagianas de médio calibre. Durante o rastreamento semestral com ultrassonografia abdominal foi detectada lesão focal hepática, medindo 2,5 cm de diâmetro em lobo direito, segmento ântero-superior (S8). Realizada tomografia computadorizada dinâmica que mostrou ser hiperdensa na fase arterial com esvaziamento em fase portal e de equilíbrio, confirmando o diagnóstico de carcinoma hepatocelular (chc). Observou-se também trombose com captação de contraste na veia hepática direita, sugerindo invasão vascular tumoral. Exames complementares: Alfafetoproteína sérica de 1200 ng/mL (VR <7), bilirrubina total de 2,5 mg/dL (VR = 1,0). Cintilografia óssea sem sinais de metástase. Tomografia de tórax sem anormalidades. Em relação a este caso:

A. QUAL O ESTADIAMENTO DESSE TUMOR SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BARCELONA PARA O CÂNCER DE FÍGADO (BCLC)?

B. QUAL O TRATAMENTO A SER REALIZADO?

2. Mulher, 69 anos, com diagnóstico de cirrose hepática de etiologia conhecida, sem internação hospitalar recente, é internada para investigação de ascite volumosa e desconforto abdominal. Não usava qualquer medicação e negava febre ou dor abdominal. Ultrassom abdominal mostra sinais de cirrose hepática sem lesões focais, esplenomegalia e ascite acentuada. Exames laboratoriais mostram: RNI: 1,5 (VR < 1,25), creatinina de 1,3mg/dl (VR = 1,0); bilirrubina total 4,15 mg/d (VR =1,2), albumina 3,3 g/dl (VR > 3,5). Foi feita punção do líquido ascítico, que revelou Proteína 1,2 g/dl; Albumina 0,9 g/dl; Glicose 88mg/dl; leucócitos totais 830/mm³ (64% de segmentados); hemácias 1340/ mm³.

A. QUE DIAGNÓSTICO PODE SER DEFINIDO POR ESTES ACHADOS LABORATORIAIS (COMENTE OS CRITÉRIOS USADOS PARA O DIAGNÓSTICO) E PROPONHA TRATAMENTO INICIAL.

B. COMO DEVE SER FEITO CONTROLE DE RESPOSTA E A PROGRAMAÇÃO DE TEMPO DE TRATAMENTO?

3. Mulher, 32 anos, iniciou quadro de febre baixa, astenia, palidez e queda do estado geral há 20 dias. Realizou investigação e teve o diagnóstico de linfoma, com indicação de quimioterapia. Realizou também os exames descritos abaixo:

HBsAg	positivo	ALT	28 (normal até 31)
Anti-HBc	positivo	AST	29 (normal até 31)
HBeAg	negativo	Fosfatase alcalina	98 (normal até 104)
Anti-HBe	positivo	Gama-GT	48 (normal até 50)
Anti-HBs	negativo	Bilirrubina Total	1,1
Anti-HCV	negativo	RNI	1,0
Anti-HIV	negativo	Albumina	3,4
PCR-VHB	36 UI/mL	Creatinina	0,6
USG de abdome	Fígado de tamanho normal, com bordas agudas, superfície lisa, ecogenicidade periportal discretamente aumentada, veias hepáticas regulares, sem lesões focais		
Endoscopia digestiva alta	Normal		

A. EM QUE FASE EVOLUTIVA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B A PACIENTE SE ENCONTRA? FRENTE À POSSIBILIDADE DE QUIMIOTERAPIA PARA O LINFOMA, DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, HÁ NECESSIDADE DE INICIAR ALGUM MEDICAMENTO (DESCREVA NOME E DOSE)?

B. APÓS TRÊS MESES DE QUIMIOTERAPIA PARA O LINFOMA, A PACIENTE COMEÇOU A APRESENTAR ELEVAÇÃO DE AMINOTRANSFERASES (DUAS VEZES O LIMITE SUPERIOR), A NOVA CARGA VIRAL FOI DE 1.000.000 UI/ML E HOUVE POSITIVIDADE DO HBEAG. QUAL A NOVA CONDUTA? HÁ NECESSIDADE DE BIÓPSIA HEPÁTICA?

4. Mulher, 28 anos com antecedente de hipertireoidismo com diagnóstico há 3 meses, em uso de Propiltiuracil desde então, procura o serviço médico por aparecimento de icterícia progressiva há 10 dias, associado à inapetência, cansaço e náuseas. Nega febre, dor abdominal, tosse ou diarreia. Nega uso de bebidas alcoólicas nos últimos anos, nega viagens recentes ou uso de outras medicações. No exame físico apresenta-se consciente e orientada, icterica, sem tremores, sem teleangectasias em pele. Abdome plano e flácido, sem ascite, fígado palpável com borda romba 3cm abaixo do rebordo costal direito, de superfície lisa. Baço não palpável. Exames mostram sorologias de hepatite A, B e C negativas; AST: 432 U/l (VR < 40); ALT: 317 U/l (VR < 40); Fosfatase alcalina: 122 U/l (VR < 104); GamaGT: 179 U/l (VR < 50); Bilirrubina total 13,6 mg/dl (VR < 1,2) com predomínio de bilirrubina direta; RNI 3,7 (VR < 1,25); Proteína total 6,2 g/dl, albumina 3,3 g/dl (VR > 3,5); gamaglobulina 1,8 g/dl (VR < 2,1), FAN positivo com título 1/40, anticorpo anti-miccondria negativo e anticorpo anti-musculo-liso negativo. Ultrassom abdominal com fígado aumentado com borda romba, sem alteração de vias biliares, sem sinais de cirrose, sem ascite, sem esplenomegalia. Com estas informações:

A. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

B. QUAL A PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA O CASO ACIMA?

6. Homem, 20 anos, procurou o ambulatório relatando aumento da frequência e diminuição da consistência das evacuações nos últimos 4 meses. Referia estar há um mês com cólicas abdominais, fezes amolecidas com sangue e muco, em torno de 10 evacuações diárias, com tenesmo, evacuações noturnas e febre não medida. Referia ainda perda de peso de 4kg neste período, e aparecimento de artralgias em joelho e tornozelo direito, sem limitação de movimentos. Ao exame, apresentava-se com abdômen difusamente doloroso com RHA presentes, descompressão brusca indolor. PA: 116 x 60 mmHg e FC: 110 bpm. Discreta hiperemia e aumento de temperatura em joelho e tornozelo direito, sem sinais de derrame articular. Exame perianal sem alterações. Toque retal doloroso, sem sangue na luva, sem massas palpáveis. Exames laboratoriais: Hb: 10,5 g/dL (padrão hipo/micro); leucograma com 9600 leucócitos, sem desvio à esquerda; VHS: 98 mm. Colonoscopia: mucosa do reto ao ceco difusamente hiperemiada, friável, granular, com erosões e ulcerações superficiais recobertas por fibrina em reto e cólon sigmóide. Biópsia: inflamação crônica intensamente ativa com infiltrado leucocitáriocomprometendo a mucosa, diminuição das células caliciformes e abscessos de criptas.

A. QUAL (IS) DIAGNÓSTICO (S) MAIS PROVÁVEL? QUAIS DADOS CLÍNICOS SUGEREM ESTA(S) HIPÓTESE(S)?

B. QUAL O TRATAMENTO A SER PROPOSTO FRENTE AO QUADRO E EXAME DESCRITOS.

6. Mulher, 40 anos, foi submetida à enterectomia devido a um trauma abdominal. Após um mês do procedimento cirúrgico, evoluiu com quadro de diarreia (fezes líquidas, moderado volume, seis episódios/dia). Relatório cirúrgico descreve ileotiflectomia e anastomose do íleo distal com cólon ascendente. Exame de fezes a fresco não detectou a presença de sangue, leucócitos ou gordura. Pergunta-se:

A. QUAL SERIA O MECANISMO RESPONSÁVEL PELO QUADRO DE DIARRÉIA?

B. BASEANDO-SE EM SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA O MECANISMO DA DIARRÉIA, QUAL A SUA PROPOSTA TERAPÊUTICA?

7. Homem, 45 anos, atendido no pronto socorro com hematêmese e melena. Endoscopia realizada uma hora após a internação revelou úlcera duodenal de 1 cm, com sangramento em jato.

A. QUAL A CLASSIFICAÇÃO DE FORREST PARA ESSA ÚLCERA SANGRANTE, QUAL É A TERAPIA ENDOSCÓPICA E QUAL DEVE SER O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO RECOMENDADA NESSE CASO?

B. CONSIDERANDO QUE NÃO HOVE USO DE ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS OU AAS NOS ÚLTIMOS MESES, QUAL É O PRINCIPAL AGENTE ETIOLÓGICO A SER PESQUISADO PARA A ÚLCERA DUODENAL DESSE PACIENTE E QUAIS OS MÉTODOS MAIS UTILIZADOS PARA ESSA PESQUISA?

8. Mulher, 29 anos, divorciada, desempregada. Há oito meses vem apresentando diariamente queimação epigástrica, náuseas, plenitude gástrica pós-prandial e sensação de distensão na região epigástrica. Além disso, relata pirose (queimação retroesternal) diária e regurgitação de um líquido ácido três vezes por semana. Estas queixas são mais intensas com a ingestão de massas e alimentos gordurosos e também pioram quando se sente mais nervosa. Nega emagrecimento. Nega uso de medicações. Chorou muito durante a consulta quando relatou seus problemas familiares e financeiros. Exame físico sem alterações. Endoscopia digestiva alta realizada há dois meses: esôfago, estômago e duodeno de aspecto normal. Pesquisa do *Helicobacter pylori* positiva. Ultrassom de abdomen sem alterações.

A. QUAIS SÃO OS DOIS DIAGNÓSTICOS PARA ESSA PACIENTE? CITE A CONDUITA TERAPÊUTICA INICIAL, INCLUINDO O HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

B. OPTOU-SE PELO TRATAMENTO DO *H. PYLORI* NESSE CASO. QUAL O ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO E QUAL A RESPOSTA ESPERADA EM TERMOS DE CURA OU MELHORA DOS SINTOMAS APÓS ESSA TERAPÊUTICA?

9. Homem, 40 anos, etilista crônico com diagnóstico de pancreatite crônica há dois anos em acompanhamento em outro serviço. Refere diarreia nos últimos 4 meses, com evacuações volumosas. Emagrecimento de 6 kg nesse período. Queixa-se também de sintomas intermitentes de pirose e regurgitação há vários anos. Solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou esôfago de Barrett confirmado por histologia; displasia ausente. Repetida EDA em 6 meses que mostrou mucosa esofágica com os mesmos aspectos. Solicitadas novas biópsias em que não foi evidenciada displasia no material enviado. Exames complementares: balanço de gordura: peso fecal (1500 g/72 h; VR = 200 g/dia), ácidos graxos (18 g/dia; VR= 5g/dia)

A. COMO DEVE SER O ACOMPANHAMENTO DO ESÔFAGO DE BARRETT DESSE PACIENTE EM TERMO DE PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA?

B. QUAL O TRATAMENTO DAESTEATORRÉIA, INCLUINDO DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO?

10. Mulher, 40 anos, queixa-se de dor abdominal recorrente há seis anos. No último ano essa dor tem sido diária, e só melhora após a evacuação. Tem alternado períodos de constipação com períodos de diarreia, sendo que atualmente encontra-se constipada, evacuando uma vez por semana, fezes em cíbalos. Refere ainda sensação de distensão abdominal e dificuldade de eliminação de gases diariamente. Nega emagrecimento ou sinais e sintomas de alarme. Nega antecedentes familiares de câncer de cólon ou de doença inflamatória intestinal. Nega uso de medicamentos com efeitos constipantes. Exame físico sem alterações. Foi orientada a excluir a lactose de sua dieta, mas retornou após um mês sem melhora dos sintomas.

A. QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL PARA ESSA PACIENTE? CITE TRÊS COMORBIDADES (DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS) FREQUENTES EM PACIENTES COM ESSE DISTÚRBIO?

B. ESTABELEÇA UM PROGRAMA DE TRATAMENTO PARA A CONSTIPAÇÃO DESSA PACIENTE.

