

EXAME AMRIGS/ACM 2015

RESIDÊNCIA COM PRÉ-REQUISITO: **CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, COLOPROCTOLOGIA, ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA**

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem o Exame AMRIGS e ACM.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala.
2. Seus pertences deverão ser armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal. Somente devem permanecer em posse do candidato caneta de material transparente esferográfica de cor azul ou preta, lápis, documento de identidade, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a imediata exclusão do candidato.
3. Verifique se o pré-requisito constante na capa deste caderno é aquele para o qual realizou a inscrição.
4. Cada questão oferece 5 (cinco) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C, D e E, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.
5. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.
6. Ao terminar a prova, o candidato entregará ao fiscal da sala a Grade de Respostas devidamente preenchida, a Pesquisa de Satisfação e a Prova, caso deixe o local de prova antes das 4h de início da prova.
7. Os candidatos que deixarem o local de provas antes do tempo previsto poderão levar consigo a capa da prova, que contém, no verso, um espaço para anotação dos gabaritos. Será disponibilizado no site da AMRIGS e ACM a prova padrão.
8. Os dois últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.
9. Nenhuma informação sobre o conteúdo das questões será dada pelo fiscal.
10. No caderno de prova, o candidato poderá rabiscar, riscar e calcular.
11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados em data, horário e local descritos no Cronograma de Execução desse Exame.
12. Certifique-se de que este caderno contém 50 (cinquenta) questões. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala a sua substituição.

Boa prova!



Espaço para anotação dos gabaritos

Questão	Gabarito
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

Questão	Gabarito
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

QUESTÃO 01 – Qual dos sintomas abaixo NÃO é considerado alarme da Doença do Refluxo Gastroesofágico?

- A) Odinofagia.
- B) Vômitos recorrentes.
- C) Perda ponderal inexplicável.
- D) Tireoidite.
- E) Adenopatias ou massas palpáveis.

QUESTÃO 02 – Qual o tumor hepático benigno mais comum?

- A) Hemangioma.
- B) Adenoma.
- C) Hiperplasia nodular focal.
- D) Cistoadenoma.
- E) Teratoma.

QUESTÃO 03 – Paciente jovem de 31 anos, usuária de anticoncepcional oral, apresentava queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito após alimentação, mas com melhora espontânea em cerca de 1-2h. Para avaliação do quadro algico, foi realizada uma ultrassonografia abdominal que evidenciou 1 cálculo de 2,3 cm em vesícula biliar e um nódulo hepático de 5 cm de diâmetro no segmento VI. Para melhor avaliação da natureza da lesão hepática, a paciente foi submetida a uma TC com contraste trifásico que mostrou uma captação exclusivamente arterial do contraste pela lesão no fígado. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Hepatocarcinoma.
- B) Adenoma Hepático.
- C) Hiperplasia Nodular Focal.
- D) Hemangioma Hepático.
- E) Hamartoma.

QUESTÃO 04 – NÃO é considerada cirurgia de risco cardíaco intermediário (1-5%):

- A) Endarterectomia de carótida.
- B) Cirurgia intraperitoneal.
- C) Cirurgia de próstata.
- D) Cirurgia de mama.
- E) Cirurgia ortopédica.

QUESTÃO 05 – Analise os seguintes fatores de risco para complicações pulmonares pós-operatórias:

- I. Alcoolismo.
- II. Transfusão sanguínea.
- III. Cirurgia de emergência.

Quais estão corretos?

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas III.
- D) Apenas II e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 06 – Todo paciente traumatizado apresenta uma resposta inflamatória e imunológica compensatória. Um dos problemas do idoso traumatizado é que ele apresenta um estado pró-inflamatório caracterizado por aumento dos marcadores IL-6 e PCR prévio ao trauma, o que agrava a resposta pós-trauma. Esses marcadores estão aumentados:

- A) Na maioria dos pacientes idosos.
- B) Apenas nos idosos com enfermidades infecciosas.
- C) Apenas nos idosos com enfermidades tumorais.
- D) Apenas nos idosos com enfermidades metabólicas.
- E) Na minoria dos idosos.

QUESTÃO 07 – Um paciente politraumatizado, hemodinamicamente instável, provavelmente está em choque:

- A) Séptico.
- B) Neurológico.
- C) Imunológico.
- D) Hemorrágico.
- E) Metabólico.

QUESTÃO 08 – Segundo as mais recentes evidências, qual dos exames abaixo é mais confiável na avaliação abdominal de um paciente em choque hemorrágico?

- A) FAST.
- B) Tomografia Computadorizada.
- C) Raio-X.
- D) Ecodoppler.
- E) Angiografia.

QUESTÃO 09 – A resposta inflamatória ao trauma é fundamental para que a cicatrização ocorra. Não há cicatrização sem inflamação. No entanto, eventualmente, podemos ter uma reação inflamatória descontrolada como observado na sépsis com uma taxa de mortalidade aproximada de 30%. Nesse sentido, precisamos aumentar nosso entendimento da resposta inflamatória. A primeira fase da resposta é exercida por células específicas, como os monócitos e neutrófilos. Na segunda fase, onde a reação antígeno/anticorpo começa a ocorrer, a principal célula mediadora é o:

- A) Linfócito (T e B).
- B) Neutrófilo.
- C) Eosinófilo.
- D) Basófilo.
- E) Monócito.

QUESTÃO 10 – O mais aceito conceito de choque é a perfusão inadequada dos tecidos. Qual é a principal razão do choque neurogênico?

- A) Dilatação e raptó volumétrico nos MMII.
- B) Perda de tônus simpático.
- C) Perda de força ejetora.
- D) Diminuição da capacidade ventilatória.
- E) Sequestro sanguíneo em vísceras abdominais.

QUESTÃO 11 – O ATLS classifica o Choque em quatro classes de acordo com a gravidade de perda sanguínea. Quanto maior a classe maior a perda de sangue. Por isso, é importante classificar o choque de acordo com dados clínicos. Qual a frequência cardíaca de um choque com 30% a 40% de perda sanguínea (classe III)?

- A) <100.
- B) >100.
- C) >120.
- D) >140.
- E) >160.

QUESTÃO 12 – A hipotensão pode ser um dos sinais do choque. No entanto, ela nem sempre está presente. Em que percentual dos pacientes com choque temos hipotensão?

- A) <6%.
- B) Entre 6% e 15%.
- C) Entre 15% e 35%.
- D) Entre 35% e 50%.
- E) > 50%.

QUESTÃO 13 – De modo geral, a taxa de complicações pós-operatórias chegava a 20% e as taxas de mortalidade alcançavam quase 4%. Após o advento das rotinas de checagem (sign-in, time-out e sign-out), as taxas caíram, respectivamente, para 7% e 0,8%. Qual dos seguintes procedimentos deve ser iniciado na recepção no centro cirúrgico (sign-in)?

- A) Colocação do oxímetro.
- B) Confirmação do nome dos membros da equipe cirúrgica.
- C) Confirmação do uso de antibiótico profilático.
- D) Confirmação da esterilização dos equipamentos.
- E) Verificar a quantidade de compressas disponíveis.

QUESTÃO 14 – Sobre a síndrome de Lynch Tipo 1, assinale a alternativa correta.

- A) Compreende mais de 50% dos cânceres colorretais.
- B) Está associada a mutações do gene APC.
- C) Está relacionada a alterações dos genes de reparo do DNA.
- D) Compreende a associação de câncer colorretal com carcinoma de útero.
- E) Compreende exclusivamente o câncer colorretal hereditário polipoide.

QUESTÃO 15 – O mecanismo de ação da toxina botulínica no tratamento da fissura anal é:

- A) A liberação de óxido nítrico que promove relaxamento esfíncteriano.
- B) O bloqueio da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular esfíncteriana.
- C) A liberação de L-arginina com redução da pressão máxima esfíncteriana.
- D) O bloqueio da liberação de serotonina intraesfíncteriana.
- E) O aumento da oferta de fibroblastos para regeneração tecidual.

QUESTÃO 16 – O uso de adesivos de nicotina na pele pode ser útil no tratamento dos pacientes com:

- A) Doença de Crohn.
- B) Polipose adenomatosa familiar.
- C) Prurido anal idiopático.
- D) Retocolite ulcerativa.
- E) Fissura anal.

QUESTÃO 17 – A causa mais comum de fístula colovesical é:

- A) Diverticulite.
- B) Doença de Crohn.
- C) Carcinoma de cólon sigmoide.
- D) Retocolite ulcerativa.
- E) Doença de Chagas.

QUESTÃO 18 – Nas anastomoses colorretais, a colostomia proximal temporária:

- A) Diminui os índices de deiscência anastomótica.
- B) Deve ser sempre realizada.
- C) É útil apenas quando a anastomose for realizada manualmente.
- D) Minimiza as consequências da deiscência anastomótica.
- E) Deve ser realizada quando o diâmetro do tumor exceder 5 cm.

QUESTÃO 19 – São fatores de risco para o aparecimento de câncer colorretal, EXCETO:

- A) História familiar de neoplasia colorretal.
- B) Retocolite ulcerativa idiopática.
- C) Pólipos adenomatosos de cólon.
- D) Doença diverticular dos cólons.
- E) Doença de Crohn.

QUESTÃO 20 – Mulher, 52 anos, consulta eletivamente relatando episódios recorrentes de sangramento anal, evacuatório, vermelho-vivo e indolor. Refere que, durante a evacuação, percebe a saída, pelo ânus, de uma "bolinha", que desaparece imediatamente após. Nega sintomas constitucionais e queixas abdominais. Qual a melhor conduta frente a esse caso?

- A) Realização de inspeção anal, toque retal e anoscopia.
- B) Realização de inspeção anal, toque retal e retossigmoidoscopia flexível.
- C) Realização de inspeção anal, toque retal, anoscopia e colonoscopia.
- D) Realização de colonoscopia apenas.
- E) Realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes.

QUESTÃO 21 – Paciente masculino, 20 anos, com diagnóstico de pancolite ulcerativa idiopática há 3 anos, desenvolve quadro clínico-radiológico de megacólon tóxico na vigência de tratamento clínico com mesalazina e azatioprina oral. Frente a essa situação, qual a melhor indicação de tratamento cirúrgico?

- A) Proctocolectomia total com ileostomia terminal.
- B) Colectomia total com ileostomia terminal.
- C) Proctocolectomia total restauradora com bolsa ileoanal.
- D) Colostomia descompressiva em alça de transversa.
- E) Colectomia total com anastomose ileorretal.

QUESTÃO 22 – Mulher de 21 anos, hígida, vegetariana, consulta com queixa de dor anal acompanhada de sangramento anal, vermelho-vivo, evacuatório, em pequena quantidade no papel higiênico há 8 meses. Refere ter boa ingestão hídrica, mas se queixa de constipação crônica. Ao exame proctológico, observa-se uma ulceração linear na linha média posterior do ânus. O toque retal é doloroso e permite a identificação de fezes endurecidas na ampola retal e hipertonia esfínteriana anal de repouso. Qual a melhor conduta frente esse caso?

- A) Prescrição de diltiazem via oral.
- B) Prescrição de laxante via oral.
- C) Coleta de material para pesquisa de espiroqueta em campo escuro e prescrição de laxante e analgésico via oral.
- D) Prescrição de laxante via oral e diltiazem tópico.
- E) Prescrição de laxante e diltiazem via oral.

QUESTÃO 23 – Paciente do sexo feminino com 35 anos, hígida, apresentando o diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de canal anal com aproximadamente 4 cm de diâmetro. Qual a conduta mais adequada nesse caso?

- A) Cirurgia radical.
- B) Quimioterapia neoadjuvante.
- C) Quimioterapia e radioterapia.
- D) Radioterapia.
- E) Crioterapia.

QUESTÃO 24 – Paciente masculino submetido à apendicectomia prévia de urgência, com anatomopatológico revelando tumor carcinoide de 1 cm de diâmetro em ápice do apêndice cecal. Nesse caso, deve ser realizada:

- A) Ileocelectomia direita.
- B) Quimioterapia.
- C) Acompanhamento clínico.
- D) Nova laparotomia para ressecção do ceco.
- E) Radioterapia atingindo a região cecal.

QUESTÃO 25 – Analise as neoplasias malignas abaixo:

- I. Carcinoma de ovário.
- II. Carcinoma de endométrio.
- III. Carcinoma de tireoide.
- IV. Carcinoma urotelial.

Quais estão relacionadas ao Human non polypoid colon câncer (HNPCC)?

- A) Apenas I e II.
- B) Apenas III e IV.
- C) Apenas I, II e IV.
- D) Apenas II, III e IV.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 26 – Paciente de 50 anos apresenta febre, icterícia e dor abdominal há 3 dias. Tem história de tabagismo e etilismo desde os 15 anos. Ao exame físico, tem hepatomegalia e aranhas vasculares. São solicitados exames laboratoriais que apresentam os seguintes resultados: TGO=350 UI/l, TGP=100 UI/l, Bilirrubina total=3,0 mg/dl e Bilirrubina direta=2,0 mg/dl. Com esse quadro clínico e esses exames, o diagnóstico correto é:

- A) Hepatite alcoólica.
- B) Colangiocarcinoma.
- C) Colangite.
- D) Colecistite.
- E) Hepatite viral.

QUESTÃO 27 – Um paciente com palidez e icterícia, que tem ao exame laboratorial Hb=9%, reticulócitos > 2, aumento sérico de bilirrubina indireta e bilirrubina direta normal e DHL aumentada, deve ser classificado com anemia:

- A) Falciforme.
- B) Hemolítica.
- C) Sideroblástica.
- D) Mielodisplásica.
- E) Megaloblástica.

QUESTÃO 28 – Todas as seguintes síndromes paraneoplásicas estão associadas com câncer gástrico, EXCETO:

- A) Acantose nigricans.
- B) Coagulação intravascular disseminada.
- C) Sinal de Trousseau.
- D) Pioderma gangrenoso.
- E) Síndrome nefrótica.

QUESTÃO 29 – Qual dos seguintes locais é o sítio mais comum de linfoma extranodal do trato digestivo em países desenvolvidos?

- A) Cólon.
- B) Intestino delgado.
- C) Esôfago.
- D) Estômago.
- E) Fígado.

QUESTÃO 30 – A situação clínica em que há indicação absoluta para o implante de filtro de veia cava inferior em paciente com embolia pulmonar é:

- A) Carcinoma pancreático.
- B) Tumor retroperitoneal comprimindo a veia cava inferior.
- C) Obesidade mórbida em pré-operatório de cirurgia bariátrica.
- D) História de trombose venosa profunda.
- E) Úlcera péptica.

QUESTÃO 31 – Os fatores citados abaixo estão relacionados ao risco de desenvolvimento de carcinoma gástrico, EXCETO:

- A) Infecção por *Helicobacter pylori*.
- B) Gastrite atrófica e/ou anemia perniciosa.
- C) Leiomioma gástrico.
- D) Cirurgia gástrica prévia (antrectomia).
- E) Metaplasia intestinal.

QUESTÃO 32 – Diante de um doente portador de coledocolitíase, sabe-se que a retirada dos cálculos coledocianos pode ser feita por tratamento cirúrgico ou por tratamento endoscópico, quais sejam:

- I. Tratamento endoscópico por meio de CPRE com papilotomia e retirada dos cálculos é o procedimento de escolha, seguido de colecistectomia.
- II. Tratamento endoscópico também pode ser indicado no pós-operatório ou, eventualmente, durante a colecistectomia.
- III. Tratamento cirúrgico pode ser realizado durante a exploração do ducto cístico ou da coledocotomia clássica. Podendo ser por via convencional ou videolaparoscópica, embora a via videolaparoscópica exija mais habilidade técnica.

Quais estão corretos?

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas I e II.
- D) Apenas II e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 33 – A colangiografia transparieto-hepática percutânea é um excelente método para o estudo da via biliar, em especial quando o paciente tem icterícia obstrutiva e dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Nos passos técnicos, deve-se descomprimir previamente os ductos antes de injetar o contraste, além de proceder à antibioticoprofilaxia, objetivado-se cobrir *Enterococcus* sp e bacilos gram-negativos. O método também é terapêutico, permitindo drenagem biliar externa, colocação de endopróteses biliares percutâneas e dilatação biliar por balões. Aproximadamente 12% dos pacientes complicam. Qual a complicação mais temida?

- A) Choque Séptico.
- B) Fístula biliar com coleperitônio.
- C) Hemorragia (hemobilia e hemoperitônio).
- D) Pneumotórax.
- E) Lesão ductal.

QUESTÃO 34 – Os divertículos do esôfago ocorrem em pessoas de meia idade ou idosas. São, por isso, considerados uma condição adquirida, sendo os tipos mais comuns de divertículos do esôfago. Diante do exposto, é correto afirmar sobre os divertículos faringoesofágicos que:

- A) O sintoma mais frequente é a disfonia.
- B) É a causa principal de pneumonia aspirativa.
- C) O câncer de esôfago no divertículo é frequente e merece ser acompanhado por endoscopia seriadamente.
- D) O sintoma mais frequente no divertículo de tração é a disfagia.
- E) No divertículo de Zenker, o ponto de herniação aparece no terço inferior do esôfago.

QUESTÃO 35 – Sobre o manejo de pacientes com carcinoma epidermoide esofágico, é correto afirmar que:

- A) Pacientes com doença metastática podem ser tratados com intenção curativa caso a metástase seja única, pequena e de fácil ressecção.
- B) O risco cirúrgico para pacientes com VEF1 entre 600 e 800 ml/segundo é baixo e não contraindica uma esofagectomia com toracotomia.
- C) A esofagectomia trans-hiatal possui a vantagem de permitir adequada ressecção linfonodal no mediastino através da palpação direta das linfadenopatias.
- D) Embora exista associação da presença de carcinoma epidermoide no esôfago e em outras partes do trato aerodigestivo, não há evidência que justifique a realização de fibrobroncoscopia rotineira na avaliação pré-operatória.
- E) O tratamento com quimioterapia e radioterapia seguido de ressecção cirúrgica está indicado em pacientes com evidência radiológica de doença localmente avançada.

QUESTÃO 36 – Sobre a acalásia, doença motora do esôfago, são feitas as seguintes afirmações:

- I. São achados manométricos clássicos o relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior às deglutições e o aumento do seu tônus basal.
- II. A esofagectomia não é considerada tratamento aceitável mesmo nos estágios avançados devido à elevada morbimortalidade do procedimento.
- III. A endoscopia digestiva alta pode ser normal e está indicada em todos os pacientes para descartar a presença de neoplasia.

Quais estão corretas?

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas I e II.
- D) Apenas I e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 37 – Em relação à doença ulcerosa péptica, analise as assertivas abaixo:

- I. Sangramento intestinal secundário a úlcera duodenal está frequentemente associado a erosão da artéria pancreaticoduodenal superior e seus ramos.
- II. À exceção das úlceras pré-pilóricas, as demais úlceras gástricas devem ser biopsiadas durante o procedimento cirúrgico.
- III. O tratamento cirúrgico das úlceras duodenais perfuradas, na maioria das vezes, é bem-sucedido com a confecção de tampão com omento suturado ao orifício.

Quais estão corretas?

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas III.
- D) Apenas I e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 38 – Sobre a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), assinale a alternativa correta.

- A) A endoscopia digestiva alta consiste no exame padrão-ouro para o diagnóstico de DRGE.
- B) A técnica de funduplicatura de Toupet, consiste na confecção de válvula anterior com 240°.
- C) Pacientes que apresentavam boa resposta ao tratamento clínico são os que apresentam os resultados menos favoráveis após tratamento cirúrgico.
- D) A técnica de funduplicatura de Nissen consiste na confecção de válvula de 360°.
- E) O uso de telas de polipropileno no hiato esofágico é indicado em todos os casos de DRGE com hérnia hiatal concomitante que vão a tratamento cirúrgico.

QUESTÃO 39 – Paciente masculino, 30 anos, com história de fezes pastosas 3 a 5 vezes por dia, há mais de 6 meses, distensão abdominal, anemia, emagrecimento e história de vários casos de Doença Celíaca na família. Qual a primeira conduta a ser tomada?

- A) Retirar imediatamente o glúten e a lactose da dieta.
- B) Solicitar anticorpo antigliadina IgA e IgG e antiendomísio IgA e IgG.
- C) Solicitar endoscopia alta com biópsia duodenal e anticorpo antitransglutaminase tecidual IgA.
- D) Solicitar HLA DQ2, HLA DQ8 e Anticorpo antigliadina IgA.
- E) Solicitar ultrassonografia abdominal.

QUESTÃO 40 – Sobre a incidência de intolerância à lactose, é correto afirmar que:

- A) Tem incidência mundial, independente da etnia.
- B) É mais comum em negros e índios.
- C) Judeus Ashkenazi e Sefaradi têm incidência elevada em relação à média mundial.
- D) Os orientais têm baixa incidência de intolerância à lactose.
- E) Norte europeus e norte americanos são os únicos grupos que mantêm a atividade da lactase por toda a vida.

QUESTÃO 41 – Referente à ascaridíase, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O exame coprológico comumente apresenta falso negativo, e o diagnóstico preferencial é realizado através de exames sorológicos.
- B) A sua transmissão é fecal-oral, e as crianças são comumente mais afetadas.
- C) No hospedeiro humano, o ciclo da larva tem fases pulmonar e intestinal.
- D) Os tratamentos de escolha incluem albendazol, mebendazol e ivermectina.
- E) O parasita pode migrar e ocluir as vias biliares causando cólica biliar, colecistite, colangite e pancreatite.

QUESTÃO 42 – O rastreamento do câncer colorretal é recomendado para indivíduos assintomáticos acima de 50 anos. Assinale a alternativa que NÃO é uma estratégia aceitável.

- A) Colonoscopia, a cada 10 anos.
- B) Sangue oculto nas fezes, anualmente.
- C) Colografia por tomografia computadorizada, a cada 5 anos.
- D) Raio-X contrastado do cólon.
- E) Retossigmoidoscopia flexível, a cada 5 anos.

QUESTÃO 43 – Para um paciente assintomático, que descobriu acidentalmente em um exame de imagem que tem Doença Diverticular, qual a melhor orientação?

- A) Recomendar que evite ingerir sementes e prescrever medicamentos laxativos se tiver constipação.
- B) Aumentar a ingestão de fibras para 30g diários e tratar o tabagismo, se houver.
- C) Recomendar que evite ingerir sementes e bebidas alcoólicas.
- D) Prescrever mesalazina de forma intermitente e probióticos.
- E) Recomendar que evite ingerir sementes e probióticos.

QUESTÃO 44 – Paciente, 78 anos, é atendida no pronto-socorro com história súbita de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos e poucos episódios de diarreia com coágulos sanguíneos. Há 3 dias, havia sido atendida no mesmo serviço com fibrilação atrial aguda e tinha histórico de doença arterial coronariana controlada. Assinale a alternativa que corresponde à sua primeira hipótese diagnóstica e investigação inicial.

- A) Trombose mesentérica – testes de coagulação sanguínea, proteína S, anticorpo anticoagulante lúpico e hemograma completo.
- B) Doença inflamatória intestinal – proteína C reativa, hemograma, ferritina, calprotectina fecal e sangue oculto nas fezes.
- C) Síndrome paraneoplásica secundária ao adenocarcinoma de reto – Hemograma, VHS, ferritina, CEA, creatinina e gasometria arterial.
- D) Sangramento hemorroidário secundário ao uso de antiagregante plaquetário – hemograma, VHS, ferritina e testes de coagulação sanguínea.
- E) Isquemia mesentérica por trombo arterial – hemograma completo, testes de coagulação sanguínea, gasometria arterial, amilase, lipase, tipagem sanguínea e enzimas cardíacas.

QUESTÃO 45 – Analise os seguintes dados e assinale a alternativa correta.

- A) AgHBs +, Anti-HBs -, Anti-HBc IgM +, AgHBe +, Anti-HBe - = Hepatite B crônica.
- B) AgHBs +, Anti-HBs -, Anti-HBc IgG +, AgHBe +, Anti-HBe - = Hepatite B aguda.
- C) AgHBs -, Anti-HBs +, Anti-HBc IgG +, AgHBe -, Anti-HBe + = Hepatite B crônica agudizada.
- D) AgHBs -, Anti-HBs +, Anti-HBc IgG +, AgHBe -, Anti-HBe + = Hepatite B aguda.
- E) AgHBs -, Anti-HBs +, Anti-HBc IgG -, AgHBe -, Anti-HBe - = Paciente imunizado por vacina.

QUESTÃO 46 – Paciente com diagnóstico de cirrose hepática compensada vem à consulta de rotina. Ao exame físico, percebe-se pela primeira vez uma quantidade moderada de ascite e edema de membros inferiores. Qual das alternativas abaixo NÃO é uma conduta a ser tomada nesse momento?

- A) Recomendar uma dieta restrita a 2g de sódio diariamente.
- B) Paracentese.
- C) Prescrever furosemina e espironolactona.
- D) Referenciamento para o serviço de transplante hepático.
- E) Alertar a gravidade do caso, uma vez que menos de 50% dos cirróticos sobrevivem por 2 anos após o aparecimento de ascite.

QUESTÃO 47 – Sobre um paciente com litíase da vesícula biliar, assintomático e sem história mórbida pregressa, é INCORRETO afirmar que:

- A) A colecistectomia tem baixo índice de complicações e deve ser considerada como o melhor tratamento para esse paciente.
- B) A colecistectomia é indicada em pacientes sintomáticos e com histórico anterior de colecistite.
- C) O tratamento cirúrgico é recomendado em pacientes assintomáticos, mas com litíases maiores que 3 cm.
- D) A probabilidade de complicações é muito pequena, de 0,1 a 0,3%, anualmente.
- E) O tratamento medicamentoso com ácido ursodesoxicólico em dose alta e por tempo prolongado pode dissolver os cálculos pequenos.

QUESTÃO 48 – Sobre os distúrbios motores do esôfago, é correto afirmar que:

- A) A acalásia é a perda de células do plexo mioentérico do esôfago, que resulta em um peristaltismo do corpo esofágico diminuído e hipotonia do esfíncter esofágico inferior.
- B) O espasmo difuso esofágico ocorre quando existe um relaxamento normal do esfíncter esofágico superior e contrações descoordenadas do corpo esofágico; a incidência é maior em pacientes com artrite reumatoide e osteoporose.
- C) O tratamento cirúrgico através de funduplicatura videolaparoscópica é indicado para os casos avançados de acalásia.
- D) Devido à alta incidência de neoplasia esofágica a longo prazo nos casos avançados de acalásia, recomenda-se o uso precoce de inibidor de bomba de prótons.
- E) A dilatação pneumática do esfíncter esofágico inferior através da endoscopia digestiva alta tem bom resultado com baixo índice de complicações.

QUESTÃO 49 – Paciente masculino, 40 anos, IMC 33 kg/m², refere pirose, regurgitação, dor torácica e tosse crônica. Nega emagrecimento, sintomas noturnos ou disfagia. Sobre o tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico desse indivíduo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Evitar álcool, menta, alimentos gordurosos, chá e café.
- B) O paciente deve emagrecer.
- C) Elevar a cabeceira da cama.
- D) Os inibidores da bomba de prótons são os medicamentos de escolha.
- E) Os procinéticos, como bromoprida e domperidona, não são indicados.

QUESTÃO 50 – Paciente, 51 anos, assintomática e sem história familiar de neoplasias, realizou uma colonoscopia de rastreamento cujo resultado foi: pólipos séssil no sigmoide que mediam cerca de 5 mm e foram retirados com alça de polipectomia. O exame anatomopatológico resultou em adenoma tubular com atipias discretas, margens livres. Qual a conduta correta nesse caso?

- A) Estadiamento com tomografia computadorizada de tórax e abdome, dosagem sérica de antígeno carcinoembrionário (CEA).
- B) Colonoscopia de controle após 3 a 5 anos.
- C) Colonoscopia anual para rastreamento de outras lesões.
- D) Encaminhamento para retossigmoidectomia.
- E) Dosagem sérica de CEA a cada 6 meses, mais colonoscopia bianual.