



Edital Nº 03/2016

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

### PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: GASTROENTEROLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de Atuação Endoscopia Digestiva

#### INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

- 01.** Um homem de 51 anos apresentou um episódio de pancreatite aguda há 1 mês. Nega etilismo, uso de medicações, hipertensão ou diabetes. Pratica atividade física regularmente. IMC 25 Kg/m<sup>2</sup>. Exame físico normal. Fez uma tomografia computadorizada do abdome que mostrou lesão cística na cabeça do pâncreas de 3,5 cm com componente sólido no interior, e ducto pancreático principal de 11mm no corpo pancreático. Ultrassom abdominal com vesícula biliar e hepatocolédoco normais. Qual a melhor conduta terapêutica?
- A) Duodenopancreatectomia.
  - B) Ablação do cisto por ecoendoscopia.
  - C) Acompanhamento com tomografia, a cada 6 meses.
  - D) Acompanhamento com CA19-9 sérico, mensalmente.
- 02.** Mulher, 30 anos, portadora de dor em queimação no epigastro após a alimentação há cerca de 7 meses, mais ativa a 4 meses, com 2 a 3 episódios por semana. Nega pirose, regurgitação, perda de peso, sangramento digestivo, anemia, disfagia, uso de AINEs e vômitos. Entretanto, pai teve um adenocarcinoma gástrico diagnosticado, no ano passado. Procurou atendimento médico, tendo realizado exames de sangue e ultrassom abdominal que foram normais. Entretanto, a endoscopia digestiva alta mostrou uma gastrite antral enantemática leve e uma duodenite enantemática leve, com a biópsia gástrica, mostrou gastrite crônica ativa com a presença de *Helicobacter pylori* e a biópsia do duodeno mostrou a presença de grande quantidade de eosinófilos.
- Baseado no caso acima, marque o item correto.
- A) O sintoma dispéptico da paciente não está associado à presença dos eosinófilos no duodeno.
  - B) O sintoma dispéptico da paciente não pode ser classificado como dispepsia funcional pois tem menos de 1 ano.
  - C) O sintoma dispéptico da paciente, que piora com a alimentação, é secundário à doença do refluxo gastro-esofágico.
  - D) O sintoma dispéptico da paciente pode estar relacionado à gastrite do *Helicobacter pylori* (dispepsia associada ao H. pylori).
- 03.** Homem, 68 anos, procurou unidade de pronto-atendimento referindo dor epigástrica em queimação, de forte intensidade, que melhora com uso de antiácido e evacuação de fezes enegrecidas, há cerca de 2 dias. Antecedente: Infarto miocárdico há 3 meses, esperando cirurgia de revascularização do miocárdio, em uso de AAS, propranolol e monocordil. Ao exame físico: Pressão arterial: 100 x 60 mmHg, pulso: 72 batimentos por minuto, estado geral regular, hipocorado (2+/4+), desidratado (2+/4+), abdome: plano, doloroso à palpação no epigastro. Hemograma mostrou hemoglobina de 9 g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou uma úlcera gástrica ativa com base limpa.
- Baseado no caso acima, marque a melhor conduta.
- A) Manter AAS, iniciar inibidor de bomba de prótons, realizar terapia endoscópica.
  - B) Suspende AAS, iniciar inibidor de bomba de prótons, realizar terapia endoscópica.
  - C) Manter AAS, iniciar inibidor de bomba de prótons, não necessita realizar terapia endoscópica.
  - D) Suspende AAS, iniciar inibidor de bomba de prótons, não necessita realizar terapia endoscópica.
- 04.** Paciente, gênero feminino, 25 anos, procura atendimento médico referindo, há cerca de 1 ano, quadro de dor abdominal na fossa ilíaca direita, associado à diarreia sem sangue e saída de secreção purulenta pelo anus. Apresentava-se com grande palidez cutâneo-mucosa e emagrecimento. Realizou colonoscopia que mostrou a presença de ulcerações profundas no íleo e uma proctite em atividade moderada. Foi prescrito prednisona.
- Em relação à prescrição de prednisona no caso acima, marque o item correto.
- A) Prednisona induz a cicatrização da fístula perianal.
  - B) Prednisona induz remissão em 75- 80% dos pacientes.
  - C) Prednisona, em dose baixas, deve ser mantida no tratamento de manutenção.
  - D) Prednisona, em doses maiores de 60 mg/d, está associada a melhor resposta clínica.

05. Mulher, 24 anos, refere que há cerca de 6 meses, vem apresentando dor no hipogastro 1 vez por semana, que melhora com a evacuação de fezes pastosas 4 vezes por dia, nas crises, estando estas crises mais frequentes nos últimos 3 meses. Fez tratamento empírico para parasitose intestinal, sem melhora. Nega perda de peso, sangramento retal ou história familiar de câncer colo-retal. Entretanto, possui um irmão com doença de Crohn. O exame físico apresentava-se normal. Estava bastante ansiosa com a possibilidade de ter uma inflamação no intestino semelhante ao seu irmão.  
Marque o exame laboratorial mais indicado para descartar doença inflamatória intestinal, no caso acima.
- A) Lactoferrina fecal.
  - B) Calprotectina fecal.
  - C) Anticorpos contra *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA).
  - D) Anticorpos contra o citoplasma de neutrófilos (ANCA).
06. Homem, 25 anos, portador de retocolite ulcerativa diagnosticado há 2 anos com colite esquerda, em uso de mesalazina 2400 mg/dia, procura atendimento médico referindo 7 evacuações com sangue vivo, febre de 37,8 graus, com 100 batimentos cardíacos por minuto, anemia com 10 g/dl (VN: 13- 16 g/dl), VHS 40 mm/h, perda de peso de 4 quilos (atualmente 80 quilos). Refere que por conta própria iniciou prednisona 20 mg/d, sem melhora mesmo após 14 dias.  
Qual a melhor conduta para o caso acima?
- A) Como a gravidade da atividade da doença pelo índice de Truelove-Witts é grave, deve ser iniciado o azatioprina.
  - B) Como a gravidade da atividade da doença pelo índice de Truelove-Witts é leve, deve ser iniciado enema de mesalazina.
  - C) Como a gravidade da atividade da doença pelo índice de Truelove-Witts é leve, deve ser aumentado a dose de prednisona para 1mg/Kg.
  - D) Como a gravidade da atividade da doença pelo índice de Truelove-Witts é grave, com necessidade de internação, deve ser iniciado corticoide endovenoso.
07. Um paciente de 47 anos apresenta queimação retroesternal pós-prandial de 1 a 4 vezes por semana há 4 anos, negando disfagia, odinofagia, perda de peso. Os sintomas desaparecem com omeprazol 40 mg ao dia. À endoscopia, as mucosas do esôfago, estômago e duodeno proximal são visualmente normais, com histologia esofágica apresentando 10 eosinófilos por campo de grande aumento e histologia gástrica mostrando gastrite associada a *Helicobacter pylori*. Fez um exame de impedância-pHmetria esofágica de 24h, ambulatorial, que foi normal e sem relato de sintomas no dia do exame. Qual diagnóstico melhor se enquadra ao caso?
- A) Pirose funcional.
  - B) Esofagite eosinofílica.
  - C) Doença do refluxo gastroesofágico.
  - D) Hipersensibilidade ao refluxo gastroesofágico.
08. Homem, 28 anos, informa que há cerca de 2 meses, começou a apresentar icterícia, aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores. Nega sangramento digestivo ou alteração no nível de consciência. Procurou atendimento médico que solicitou os seguintes exames: Hb: 10,5 g%, Htc: 32%, Leucócitos: 3500, Plaquetas: 100.000, bilirrubina total: 6,5 mg%, bilirrubina direta: 4,8 mg%, FAN: Não reagente, HBsAg, anti-HBc IgG, anti-HBs, anti-HVc, anti-HVc IgG não reagente, INR: 3,0, Albumina: 2,7 g%, gama-GT:200 (nl < 40), AST: 100 ui, ALT: 40 ui (nl < 40), Ultrassom abdominal: Hepatopatia crônica com sinais de hipertensão portal, esplenomegalia, sem ascite. Endoscopia digestiva alta: Varizes de esôfago de fino calibre, com “red spots”.  
Marque o item correto sobre a profilaxia para o sangramento digestivo, no caso acima.
- A) Paciente está com Child Pugh B e com varizes de fino calibre, não necessitando utilizar medicamentos.
  - B) Paciente está com Child Pugh C e varizes de fino calibre, necessitando utilizar Beta bloqueador não seletivo, como o atenolol.
  - C) Paciente está com Child Pugh C e varizes de fino calibre, necessitando utilizar Beta bloqueador não seletivo, como o nadolol.
  - D) Paciente está com Child Pugh B e varizes de fino calibre, necessitando utilizar Beta bloqueador não seletivo, como o propranolol.

09. Homem, 36 anos, comerciante, casado, natural e procedente de Icó-CE. Procurou seus cuidados profissionais com queixa de fraqueza, perda progressiva de massa muscular, nos últimos 2 anos, e há 8 meses começou apresentar prurido no corpo, aumento do volume abdominal e edema de MMII. A esposa relata alteração no comportamento, mudança no sono, além de tremores nas mãos, tendo procurado um colega em sua cidade que prescreveu um benzodiazepínico (Valium 10 mg) e orientou a parar a bebida, embora a esposa refira que ele sempre bebeu pouco, em média 4 latinhas de cerveja por semana. Nega uso de medicamentos, exceto novalgina quando tem cefaleia. Não fuma. Nega transfusão de sangue, nega cirurgias. 4 irmãos - um mais novo apresenta quadro de tremores e está em investigação. Tem 3 filhos saudáveis. Os pais são primos em segundo grau. Ao exame: orientado, hipocorado +/-, sem hálito hepático, icterício +/-, com tremores de extremidade. ACP: nl, PA: 110 x 70 mmHg, pulmões limpos. Abdome: maciez móvel, espaço de Traube ocupado. Edema de MMII +/- . Índice massa corpórea: 20, eritema palmar, aranhas vasculares. Solicitado exames: Htc: 30 %, Hb: 9 g%, Leucócitos: 3500, Plaqueta: 120.000, Creatinina 1,4 mg%, INR: 1,8; Prot. totais: 7 g%, albumina: 3g%, AST: 60 (nl < 40), anti-HVC negativo, HBsAg (-), anti-HBc IgG (-), anti-HBs 200 ui, Ferritina 350 (nl < 300), IST: 30%, glicemia: 89 mg%, Colesterol total 180 mg%, HDL-C- 62 mg%, TG: 150 mg%, HOMA: 1,2, FAN: 1:40, anti-músculo liso negativo, anti-LKM1 negativo, ceruloplasmina 12 mg% (nl > 20). Ultrassom abdominal com doppler: ascite moderada, alteração textura hepática, bordos rombóides, fluxo hepatofugal, veia porta: 14 mm, veia esplênica: 12 mm, baço 14 cm.
- Com base nesses dados, história e exames laboratoriais, assinale o correto.
- A) Paciente apresenta sinais clínicos de cirrose, entretanto não apresenta sinais de hipertensão portal ao ultrassom abdominal, sendo a etiologia mais provável, nesse caso, NASH ou hemocromatose.
- B) Paciente apresenta sinais clínicos e laboratoriais de cirrose, e o ultrassom abdominal é compatível com hipertensão portal, sendo a etiologia mais provável, nesse caso, álcool associado a hepatite B.
- C) Paciente apresenta sinais clínicos e laboratoriais de cirrose, e o ultrassom abdominal é compatível com hipertensão portal, sendo a etiologia mais provável, nesse caso, a doença de Wilson.
- D) Paciente apresenta sinais clínicos e laboratoriais de cirrose, e o ultrassom abdominal é compatível com hipertensão portal, sendo a etiologia mais provável, nesse caso, a hepatite autoimune tipo 2.
10. Uma mulher de 31 anos apresenta dor epigástrica intensa e vômitos de início há dois dias. Procurou emergência médica no primeiro dia de dor e, ao exame, estava afebril, icterícia +/-, orientada, pulso 110/min, frequência respiratória 26/min, Glasgow 15, abdome flácido, doloroso difusamente, e com dor leve à descompressão súbita. Laboratório no primeiro dia: Leucócitos 16.000/mm<sup>3</sup>, hematócrito 48%, ureia 56 md/dl, bilirrubinas totais 2,1 mg/dl (1,7 m/dl de direta), AST 120 U/L (nl < 40 U/L), ALT 110 (nl < 40 U/L), Amilase sérica 725 U/L (nl < 125 U/L).
- Neste momento, segundo dia, qual é a melhor conduta?
- A) Indicar CPRE.
- B) Iniciar antibióticos.
- C) Indicar colecistectomia.
- D) Manter o tratamento conservador.
11. Um homem de 51 anos apresenta queimação retroesternal pós-prandial 4-5 vezes por semana há 15 anos, negando regurgitação, disfagia ou odinofagia. Hipertenso, em uso de losartana. IMC 36,5 Kg/m<sup>2</sup>, PA: 130x80mmHg, tórax e abdome normais. Endoscopia digestiva mostra segmentos de mucosa avermelhada que se estende por 4 cm acima do pinçamento diafragmático, cuja biópsia e histologia mostraram epitélio colunar com criptas irregulares e com células caliciformes.
- Que ocorrência abaixo está fundamentada por evidências científicas fortes?
- A) Reversão das alterações histológicas com fundoplicatura.
- B) Redução do risco de adenocarcinoma esofágico por fundoplicatura.
- C) Controle completo do sintoma com inibidor de bomba de prótons.
- D) Redução do risco de adenocarcinoma com rastreamento endoscópico.

12. Homem, 64 anos, casado, comerciante, natural e procedente de Fortaleza. Atendido com quadro de hemorragia digestiva alta. Após medidas de suporte e endoscopia, constatou ruptura de varizes de esôfago. Realizada ligadura elástica, recebeu alta e foi orientado a procurar ambulatório para investigar hipertensão porta e manter esquema de erradicação das varizes. Não bebe, nega uso de medicações, não tem história de hepatopatia na família. Constatou-se: HBsAg, anti-HBc IgG (-), anti-HBs: 200 ui, anti-HVC reagente, com HCV-RNA: 450.000 ui, Plaquetas: 110.000, Htc: 32%, Hb: 9,5 g%, Leucócitos: 3.500, INR: 1,5, Bt: 3, Bd. 2, creatinina: 0,6 mg/dl, Pt. 7 g%, Albumina: 3 g%, glicemia: 85 mg/dl, colesterol e triglicérides normais. Sem flapping, macicez móvel presente, baço 2 cm abaixo RCD, Child-Pugh B7, MELD: 15.

Com base nesses dados e no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT- MS - HVC) 2015, assinale o correto.

- A) Necessita realizar genotipagem do vírus C, caso seja G3 – tratamento à base de Sofosbuvir + Simeprevir associado, ou não, a Ribavirina, durante 24 semanas.
- B) Necessita realizar genotipagem do vírus C, caso seja G1 – tratamento à base de Sofosbuvir + Daclatasvir associado, ou não, a Ribavirina, durante 24 semanas.
- C) Necessita realizar genotipagem do vírus C, caso seja G1 – tratamento à base de Sofosbuvir + Daclatasvir associado, ou não, a Ribavirina, neste caso, durante 12 semanas.
- D) Como as novas drogas contra hepatite C têm elevada eficácia não necessita realizar a genotipagem do vírus C, pois, independente do genótipo, o tratamento é realizado durante 12 semanas.

13. Mulher, 22 anos, balconista, natural e procedente de Mossoró-RN, encontra-se no início do terceiro trimestre da sua primeira gravidez e o seu obstetra a encaminhou para uma interconsulta, uma vez que foi detectado HBsAg na consulta pré-natal, com pelo menos 3 exames de AST, ALT normais no acompanhamento, sem icterícia, sem sinais de hepatopatia, e por orientação de outro colega realizou a pesquisa do HBeAg cujo resultado foi reagente, HVB-DNA: 1.000.000 ui/ml (carga viral do HVB), anti-HVC, anti-HIV negativos. Paciente assintomática do ponto de vista hepático. Exame físico: anictérica, sem estigmas de doença hepática, hepatimetria 13 cm, espaço de Traube livre, crescimento uterino compatível com o período gestacional.

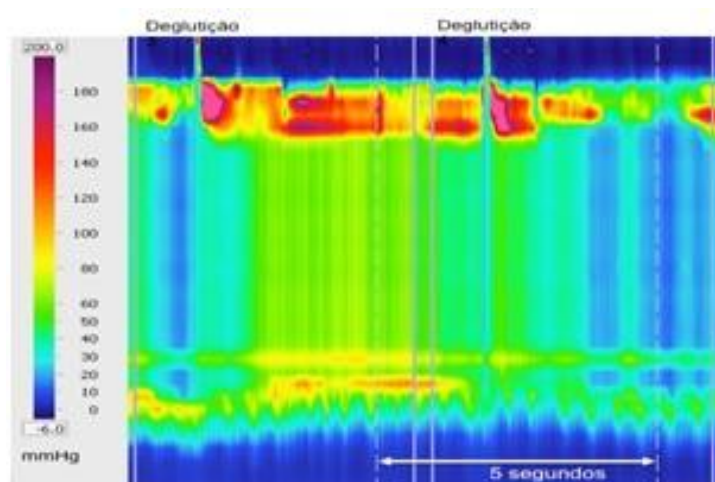
Com base nesses dados e com as sugestões de acompanhamento e tratamento de hepatite B, assinale o correto.

- A) Gestante com perfil de portadora crônica inativa do vírus B. Porém, mesmo assintomática, iniciar Entecavir no terceiro trimestre da gestação e fazer profilaxia dos contactantes sexuais e familiares e, ao nascer, fazer gamaglobulina e vacinação contra vírus B, no filho.
- B) Gestante com perfil de portadora crônica inativa do vírus B. Como se encontra assintomática, fazer profilaxia dos contactantes sexuais e familiares e, ao nascer, fazer gamaglobulina e vacinação contra o vírus B, no filho. Mesmo com carga viral elevada não existe sugestão de iniciar tratamento na gravidez.
- C) Gestante com perfil de fase imunotolerância da infecção pelo vírus B. Porém, mesmo assintomática, como apresenta elevada carga viral (> 200.000) existe sugestão de iniciar Adefovir no terceiro trimestre e fazer profilaxia dos contactantes sexuais e familiares e, ao nascer, fazer gamaglobulina e vacinação contra vírus B, no filho.
- D) Gestante com perfil de fase imunotolerância da infecção pelo vírus B. Porém, mesmo assintomática, como apresenta elevada carga viral (> 200.000), existe sugestão de iniciar Tenofovir no terceiro trimestre e fazer profilaxia dos contactantes sexuais e familiares e, ao nascer, fazer gamaglobulina e vacinação contra vírus B, no filho.

14. Um homem de 48 anos, com pai tratado de adenocarcinoma do cólon aos 52 anos, fez uma colonoscopia e foi encontrado um pólipó de 1,2 cm no cólon direito cuja histologia mostrou adenoma tubular. Que medida pode ser recomendada rotineiramente e tem evidências fortes para se reduzir o risco de adenocarcinoma do cólon em pacientes como este?

- A) Uso oral de anti-inflamatórios não-esteroidais.
- B) Dieta baixa em gordura animal e rica em fibra.
- C) Administração oral diária de sinvastatina.
- D) Administração oral diária de vitamina E.

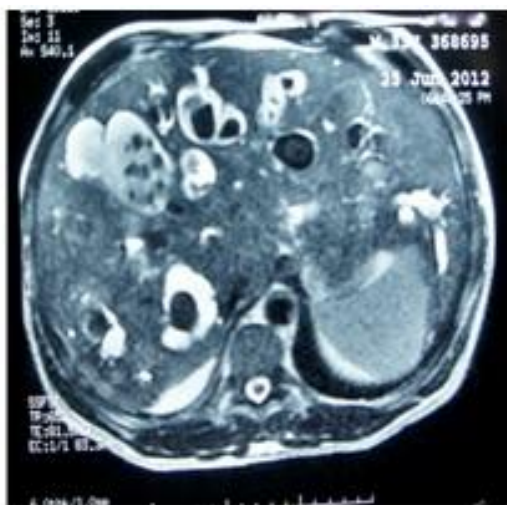
15. A figura abaixo corresponde a um segmento de manometria de alta resolução representando duas deglutições de líquido de um paciente de 32 anos com disfagia esofágica há 6 meses e endoscopia digestiva alta normal. Todas as deglutições apresentam representações manométricas semelhantes às da figura. Este achado é compatível com qual classificação manométrica do esôfago?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) Acalásia.  
B) Esôfago em quebra-nozes.  
C) Espasmo esofágico difuso.  
D) Motilidade esofágica ineficaz.
16. Mulher, 46 anos, casada, professora, natural e procedente Caucaia-CE, procurou seus cuidados pois ao realizar ultrassom abdominal evidenciou intensa gordura no fígado e o radiologista disse que ela tinha que parar de beber. Como ela não bebe nada ficou muito apreensiva e gostaria de sua avaliação. Sente-se cansada e sensação de inchada, embora o ultrassom não tenha evidenciado ascite. Nega icterícia, alteração do hábito intestinal, às vezes acorda a noite com azia e tosse seca. Hábitos: não fuma, não bebe. História pessoal: hipertensa desde 35 anos, em uso de losartana 50 mg, associada a hidroclorotiazida 25 mg, sinvastatina 40 mg. Gesta: 3, partos normais, filhos saudáveis. 2 irmãs, ambas obesas. Pai vivo diabético, hipertenso, mãe faz uso de medicação antidepressiva, e remédio para hipertensão. Ao exame: orientada, anictérica, normocorada, afebril. IMC: 36, PA: 150 x 90 mmHg, FC: 88 bpm, sem estertores. Abdome: excesso de tecido adiposo o que dificulta palpação, porém hepatimetria 17 cm, borda hepática romba, Espaço de Traube livre, sem macicez móvel, circunferência abdominal 120 cm. Extremidade, discreto edema no calcanhar, sem calor ou rubor, lesões enegrecidas de aspectos aveludados nas axilas e no pescoço. Já trazia exames solicitados por um outro colega: Htc: 48%, Hb: 16 g%, Leucócitos 8.000, plaquetas; 160.000, AST: 80 ui, ALT: 75 ui (nl < 40), gama-GT: 120 ui (nl < 40), INR: 1,2; Prot. totais 7 g%, albumina: 3,6 g%, anti-HVA IgG (+), anti-HBc IgG (-), HBsAg (-), anti-HBs: 160 ui, anti-HVC (-), Ferritina: 600 (nl < 300), IST: 36%, Colesterol total 280 mg/dl, HDL-C: 30 mg/dl, Triglicerídeos: 300 mg/dl, Glicemia 180 mg%, Insulina: 24 uiu/ml, FAN, anti-músculo liso, anti-LKM1 negativos. Com base nesses dados, assinale o correto.
- A) Paciente apresenta critérios para síndrome metabólica e tem índice Homa elevado.  
B) Paciente apresenta critérios para síndrome metabólica, embora tenha índice Homa normal.  
C) O diagnóstico de hemocromatose hereditária é o mais provável, associado à síndrome metabólica.  
D) Paciente apresenta critérios para síndrome metabólica, mas a ferritina elevada sugere mais a possibilidade de hemocromatose hereditária.

17. O surgimento de ascite no paciente cirrótico correlaciona-se com maior gravidade e maior mortalidade, estimando-se sobrevida em 2 anos menos que 50% dos casos se não tratado adequadamente, inclusive na maioria dos casos descompensado o transplante hepático é o tratamento definitivo. Nos pacientes cirróticos com ascite tensa e de grande volume, assinale o correto.
- A) Define-se como ascite refratária quando se utiliza dose máxima de espironolactona no caso 200 mg, dose máxima de furosemida no caso 80 mg, associado a dieta hipossódica e não se obtém o controle da ascite.
  - B) A realização de paracentese de grande volume com reposição de albumina 8g / cada litro de líquido ascítico, quando for retirado mais de 5 litros, é tratamento de primeira linha.
  - C) O TIPS (Shunts Transjugular Intra-hepático Portossistêmico) é considerado opção de primeira linha no tratamento de pacientes cirróticos com ascite refratária, principalmente, nos casos de cirróticos Child-Pugh C e com encefalopatia grau II/III.
  - D) A realização de paracentese de grande volume com reposição de colóide tem a mesma eficácia, quando comparado à reposição de albumina 8g / cada litro de líquido ascítico, quando for retirado mais de 5 litros.
18. Paciente, 33 anos, com quadro de dor no hipocôndrio direito há vários anos, em algumas ocasiões associa-se com febre, calafrios, quando apresenta colúria, hipocolia, prurido no corpo e icterícia. Estes episódios ficaram mais frequentes nos últimos 5 anos, tendo sido internado várias vezes para realizar antibiótico venoso. Após as crises de colangite, regride a icterícia, embora persista elevada gama-GT entre 4 a 5 X o limite superior da normalidade (LSN) e FA entre 2 a 6 X o LSN. Realizou vários exames: marcadores virais negativos, auto-imunidade negativo, ceruloplasmina normal, AST: 60 (nl < 40), ALT: 80 (nl < 40), bilirrubina total de 6mg/dL (nl < 1,2 mg/dL).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

De acordo com os dados acima e o exame de imagem do paciente, assinale o correto.

- A) A bilirrubina que predomina é a direta, e o exame trata de ressonância magnética de abdome superior com contraste venoso, onde se observa dilatação sacular da árvore intra-hepática, sem cálculos, nesta imagem.
- B) A bilirrubina que predomina é a direta, e o exame trata de ressonância magnética de abdome superior sem contraste, imagem adquirida em T1, onde se observa dilatações saculares de árvore biliar intra-hepática com cálculos.
- C) A bilirrubina que predomina é a direta, e o exame trata de ressonância magnética de abdome superior sem contraste, imagem adquirida em T2, onde se observa dilatações saculares de árvore biliar intra-hepática com cálculos.
- D) A bilirrubina que predomina é a indireta, e o exame trata de ressonância magnética de abdome superior sem contraste, imagem adquirida em T1, o mais provável dilatações saculares de árvore biliar intra-hepática sem cálculos.

19. Mulher, 28 anos, casada, comerciante, natural e procedente de Sobral-CE, procurou seus cuidados profissionais com quadro de astenia, indisposição, há pelo menos dois anos, tendo procurado vários profissionais e realizado alguns exames: TSH: 14 uUI/ml, T4L: 0,02 uUI/ml, AST: 340 UI, ALT: 400, Bilirrubina total: 0,8 mg/dl, sendo diagnosticado como hipotireoidismo, iniciado Syntroid 50 mcg, e reavaliada 8 meses após, com melhora da astenia, porém observou artralguas em pequenas e médias articulações, sem sinais flogísticos, e mudança na cor da urina e pouco de prurido no corpo, sendo vista por um outro colega que solicitou os seguintes exames: TSH: 8 uUI/ml, T4L: 1,2 uUI, AST: 450 UI, ALT: 600 UI, Bilirrubina total: 6 mg%, B. direta: 5 mg%, FAN: 1:80 padrão pontilhado fino, HBsAg, anti-HBc IgG, anti-HBs, anti-HVC, anti-HVA IgM todos negativos, porém anti-HVA IgG (+), INR: 1,6, Pt. totais: 8 g%, sendo Albumina: 3 g%, gama-GT:120 (nl < 40), FA: 90 (nl < 45), ceruloplasmina 100 (nl > 20). Diante desses dados, assinale o correto.

- A) O mais provável seria hepatite autoimune e deveria realizar biópsia hepática, devendo manter o Syntroid.
- B) O mais provável seria hepatite medicamentosa induzida pelo uso do Syntroid e a conduta de suspender a medicação foi correta.
- C) O mais provável é hepatopatia por doença de Wilson, uma vez que ceruloplasmina encontra-se alterada devendo manter o Syntroid.
- D) O mais provável seria hepatite pelo vírus A, mesmo com apenas o anti-HVA IgG reagente, que induziu doença crônica autoimune, sem necessidade de novos exames.

20. Uma mulher de 29 anos com lúpus eritematoso sistêmico em uso de prednisona apresenta dor epigástrica intensa, com vômitos, há 6 horas. Relata também hipertensão e usa enalapril. Refere também dislipidemia, com triglicerídeos séricos de 420 mg/dl há 1 mês atrás (normal < 200). Procura emergência médica e exames laboratoriais mostram, no sangue periférico, leucócitos  $13.200/\text{mm}^3$ , ALT 98 U/L (normal < 40), gamaglutamiltransferase 630 U/L (normal < 60 U/L), bilirrubinas 2,5 mg/dl (bilirrubina direta 2,0 mg/dl), amilase sérica 850 U/L (nl < 125 U/L). Realizou ultrassom abdominal com a seguinte imagem:



Qual a etiologia mais provável do quadro doloroso que levou essa paciente à emergência, levando em conta a história, os exames laboratoriais e a imagem do ultrassom abdominal?

- A) Biliar.
- B) Autoimune.
- C) Metabólica.
- D) Medicamentosa.