



Edital Nº 03/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

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 estabelecida no Anexo III, conforme 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 dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

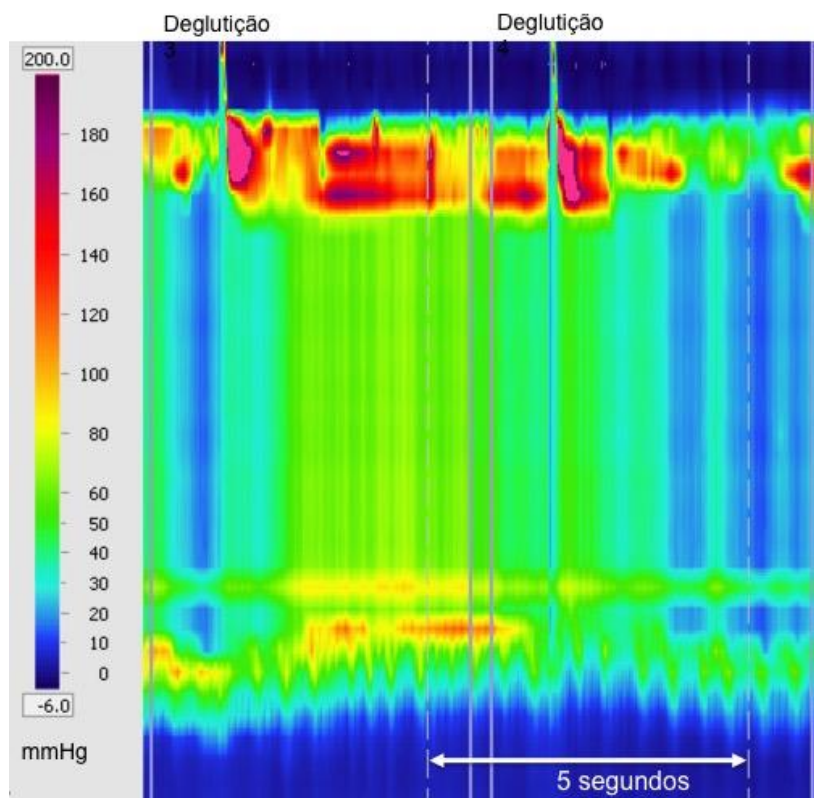
PSU-RESMED/CE - 2019

- 01.** Uma mulher de 47 anos apresenta regurgitação e tosse seca há 6 meses que não melhora com pantoprazol 20 mg duas vezes ao dia, antes de café e antes do jantar. Avaliação otorrinolaringológica e pulmonar normais. Apresenta uma endoscopia digestiva alta com gastrite associada a *Helicobacter pylori* e uma pHmetria esofágica de 24 horas, sem inibidor de bomba de prótons, com exposição ácida total do esôfago distal de 9,4% (normal menor que 4,2%, zona cinza de 4,2 a 6%). Qual o tratamento mais adequado neste momento?
- A) Fundoplicatura a Nissen.
 - B) Lanzoprazol 30 mg duas vezes ao dia.
 - C) Antidepressivo como neuromodulador.
 - D) Acrescentar domperidona antes das refeições.
- 02.** Paciente feminino, 65 anos, diabética, mal controlada há 15 anos, comparece a consulta com queixa de desconforto epigástrico e plenitude pós-prandial diariamente, principalmente após alimentação mais gordurosa, além de regurgitação alimentar e vômitos ocasionais, iniciados há pelo menos 2 anos. Nega pirose, dor abdominal ou alterações do hábito intestinal. Medicamentos em uso: losartana, metformina e glicazida. Exame físico sem alterações significativas, exceto por hipertimpanismo em abdome superior. Realizou exame endoscópico que evidenciou esofagite erosiva grau A de Los Angeles e gastrite enantematosa leve de antro com teste da urease negativo. Usou omeprazol 40mg por alguns meses, sem melhora. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual seria o exame complementar mais específico para melhor esclarecimento do quadro?
- A) Ultrassonografia de abdome superior.
 - B) Cintilografia de esvaziamento gástrico.
 - C) Impedância-pHmetria esofágica de 24 horas.
 - D) Dosagem de IgA sérica e anti-transglutaminase IgA.
- 03.** Mulher, 37 anos, comparece ao ambulatório de gastroenterologia com queixa de epigastralgia intermitente, de moderada intensidade, pelo menos uma vez por semana, sem relação bem estabelecida com a alimentação, iniciada há 3 anos. Tem náuseas ocasionalmente. Já realizou vários exames, dentre eles, endoscopia digestiva alta com pesquisa de *Helicobacter pylori*, ultrassom abdominal e testes para intolerância a lactose e alergia ao glúten, os quais não mostraram alterações. Fez uso de anti-parasitário, há 3 meses, e está em uso de omeprazol 20mg ao dia há 6 meses, sem melhora da dor. Nega pirose, vômitos, alterações do hábito intestinal ou perda de peso. De acordo com as evidências atuais, qual seria a conduta terapêutica mais indicada?
- A) Iniciar imipramina 25mg à noite.
 - B) Iniciar fluoxetina 20mg pela manhã.
 - C) Dobrar a dose do omeprazol para 40mg ao dia.
 - D) Iniciar domperidona 10mg antes das principais refeições.
- 04.** Mulher de 45 anos procura ambulatório com queixa de crises intermitentes de dor abdominal difusa em cólicas associada a episódios de diarreia líquida, média de 3 a 4 evacuações ao dia, sem sangue, ocasionalmente com muco, há alguns anos. Os sintomas acontecem principalmente pela manhã e a dor nem sempre alivia com a evacuação. As crises têm duração variada, mas a atual já vem durando algumas semanas. Nega perda de peso. Realizou um teste oral de tolerância a lactose há 1 ano, que mostrou intolerância. Vem seguindo dieta isenta de lactose, sem melhora do quadro. Trazia alguns exames, como hemograma completo, proteína C reativa, TSH, cálcio total, IgA sérica, anti-transglutaminase IgA e albumina dentro dos limites de normalidade. Parasitológico de fezes em 3 amostras negativos e calprotectina fecal de 40ug/g. De acordo com o diagnóstico mais provável, qual seria a terapêutica inicial mais recomendada para controle dos sintomas dessa paciente?
- A) Brometo de otilonio + ondasetrona.
 - B) Brometo de pinavério + prednisolona.
 - C) Trimebutina + metronidazol.
 - D) Hioscina + mesalazina.

05. Homem, 54 anos, há 2 meses com epigastralgia de moderada intensidade, diariamente. Nega náuseas, vômitos ou alteração do hábito intestinal. Nega comorbidades. Refere ser alérgico a amoxicilina. Procurou assistência médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi solicitada Endoscopia Digestiva Alta (EDA), a qual evidenciou úlcera antral ativa de 1,5cm (A1 de Sakita), além de pangastrite enantematosa moderada. As biópsias da úlcera e da mucosa gástrica (antro e corpo) mostraram gastrite crônica ativa com presença de *Helicobacter pylori*, sem evidências de atrofia ou metaplasia. Voltou, então, à UBS para mostrar o resultado da EDA. Qual seria a conduta terapêutica mais recomendada, na atualidade, para esse paciente?

- A) Omeprazol 20mg de 12/12h + levofloxacino 500mg ao dia + metronidazol 400mg de 12/12 h, por 10 dias.
- B) Omeprazol 20mg de 12/12h + doxiciclina 100mg de 12/12h + subcitrato de bismuto 240mg 12/12h + metronidazol 400mg de 8/8 h, por 10 dias.
- C) Omeprazol 20mg de 12/12h + doxiciclina 100mg de 12/12h + subcitrato de bismuto 240mg 12/12h + metronidazol 400mg de 8/8 h, por 7 dias. Posteriormente, manter omeprazol 20mg ao dia, por 4 a 8 semanas.
- D) Omeprazol 20mg de 12/12h + tetraciclina 500mg de 6/6h + subcitrato de bismuto 240mg 12/12h + metronidazol 400mg de 8/8 h, por 10 dias. Posteriormente, manter omeprazol 20mg ao dia, por 4 a 8 semanas.

06. Uma mulher de 47 anos, natural e procedente de Fortaleza, apresenta disfagia esofágica há 6 meses, regurgitação e perda ponderal de 8kg (peso habitual: 65kg). Nega tabagismo ou etilismo. Hipertensa em uso de losartana e bloqueador dos canais de cálcio. Uma endoscopia digestiva alta recente excluiu neoplasia esôfago-gástrica. Imunofluorescência para Doença de Chagas negativa. Realizou também o seguinte exame (ver figura).



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

Que aspecto fisiopatológico é mais importante nesta doença?

- A) Estenose péptica do esôfago, por refluxo.
- B) Anticorpos anti-Trypanossoma cruzi circulantes.
- C) Efeito medicamentoso sobre a motilidade esofágica.
- D) Acometimento de gânglios inibitórios do plexo mioentérico esofágico.

07. Um homem de 31 anos de idade, sedentário, se queixa de sensação de empachamento e distensão abdominal (não percebida por terceiros) há 6 anos. Queixa-se também de pirose 4 vezes por semana que não melhora com pantoprazol 40mg ao dia. Melhora do desconforto abdominal com evacuação. Refere evacuações 2 a 3 vezes por semana, com sensação de esvaziamento retal incompleto em metade das vezes. Não há outras comorbidades. Nega uso de medicamentos. Toque retal normal. Nega neoplasia colorretal na família. Hemograma, VHS, TSH, cálcio e potássio séricos normais. Qual a abordagem mais adequada neste momento, além de atividade física?
- A) Colonoscopia.
 - B) Linaclotida oral.
 - C) Fibra dietética (25g/dia).
 - D) Óleo mineral oral (15ml 2 vezes/dia).
08. Homem de 23 anos procura ambulatório com queixa de dificuldade de ganhar peso desde a infância, além de sensação de empachamento e distensão abdominal superior frequente há 2 anos. Hábito intestinal diário, 4 evacuações ao dia, fezes pastosas, sem sangue ou muco. Nega dor abdominal. Nega outras comorbidades. Tem feito restrição de massas nos últimos meses, por notar piora dos sintomas com esses alimentos. Solicitada endoscopia digestiva alta, que mostrou achatamento das pregas duodenais. A biópsia do delgado evidenciou infiltração de linfócitos em lâmina própria com arquitetura da mucosa normal. Foi solicitada, então, a dosagem de IgA sérica e anti-transglutaminase IgA, que se mostraram dentro dos limites da normalidade. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual exame abaixo teria melhor valor preditivo negativo?
- A) HLA-DQ2/DQ8.
 - B) Fator antinuclear.
 - C) Anti-gliadina IgA.
 - D) Anti-endomísio IgA.
09. Paciente feminina, 71 anos, deu entrada na emergência com história de hematêmese há 4 horas, seguida de enterorragia em moderada quantidade. Nega comorbidades. Nega uso de medicações. Nega episódios anteriores de sangramento. Ao exame, mostrava-se hipocorada 2+/4+, orientada e cooperativa, eupneica, taquicárdica (FC: 110 bpm), com PA 90 x 60 mmHg. Exame cardiopulmonar e abdominal sem alterações. Após medidas iniciais de ressuscitação volêmica e introdução de inibidor de bomba de prótons endovenoso, foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou úlcera ativa em parede anterior de bulbo com vaso visível (Forrest IIa), sem sangramento ativo. Exame foi realizado sem dificuldades técnicas. Foi optado pelo endoscopista do plantão por conduta expectante, sem realização de tratamento endoscópico. Sobre a condução desse caso, assinale a alternativa correta.
- A) A conduta do endoscopista deveria ter sido a injeção de adrenalina como método isolado, em função do alto risco de recidiva do sangramento.
 - B) O inibidor de bomba de prótons deverá ser mantido endovenoso por pelo menos 72 horas, seguido do uso por via oral, apesar de não demonstrar benefício claro em relação à redução de mortalidade.
 - C) Como a maioria dos casos de hemorragia digestiva alta é autolimitada, a terapia endoscópica só deve ser realizada nos casos de hemorragia ativa (Forrest I), justificando a conduta do endoscopista no caso.
 - D) Uma sonda nasogástrica teria que ter sido passada antes do exame endoscópico, pois além de bom método para confirmação diagnóstica da origem do sangramento, teria permitido a infusão de soro gelado, com redução da hemorragia.
10. Há dois meses, uma mulher de 45 anos apresentou dor epigástrica intensa irradiada para os lados e para o dorso, associada a vômitos, que durou 48 horas e necessitou internamento hospitalar por 6 dias. No primeiro dia de dor, apresentou alterações dos seguintes exames: leucograma 16400/mm³ com 6% de bastões, hematócrito de 48%, bilirrubinas totais de 2,4mg/dl, amilase de 5000UI/L, ultrassom abdominal com edema e aumento de volume do pâncreas e sem colelitíase. Refere episódio semelhante, com internamento de 3 dias, seis meses antes. No momento, está assintomática e traz exames de três dias atrás: ultrassom com lama biliar na vesícula e colédoco de 4 mm; hemograma, bilirrubinas, TGO, TGP, fosfatase alcalina, cálcio sérico e triglicerídeos normais. Qual a conduta mais adequada agora?
- A) Conduta expectante.
 - B) Ecoendoscopia diagnóstica.
 - C) Ácido ursodeoxicólico oral.
 - D) Colectomia por laparoscopia.

11. Um homem de 77 anos com queixas de dor epigástrica em queimação, sem comorbidades, não-fumante, realizou uma ultrassonografia abdominal que mostrou uma lesão cística de 3,8 cm na cauda pancreática. Realizou uma tomografia computadorizada do abdome que confirmou uma lesão cística do pâncreas de 3,6 cm, com conteúdo homogêneo, sem nodulações, na cauda do pâncreas. Discutido o caso com o paciente, optou-se em puncionar a lesão por ultrassom endoscópico para análise do conteúdo cístico. Concluiu-se por um líquido cístico não-mucinoso, com concentração baixa de antígeno carcinoembrionário. Qual a conduta melhor neste caso?
- A) Ressecção cirúrgica.
 - B) Ultrassom abdominal em seis meses.
 - C) Tomografia computadorizada anualmente.
 - D) Ecoendoscopia em seis meses e, a seguir, anualmente.
12. Paciente masculino de 56 anos, com diagnóstico de cirrose criptogênica, chega à emergência com história de hematêmese de grande volume há 2 horas. Traz US de abdome realizado recentemente que mostra fígado de aspecto cirrótico com sinais de hipertensão portal, com doppler mostrando fluxo hepatofugal, sem nódulos hepáticos, trombose portal ou ascite. Nega episódio anterior de sangramento. Nega encefalopatia prévia, PBE ou outras complicações da cirrose. Nega outras comorbidades. Exame físico de entrada mostra esplenomegalia, circulação colateral abdominal, eritema palmar e telangiectasias em tórax, com PA: 120 x 80 mmHg, FC: 82 bpm e FR: 18 irpm. Exames laboratoriais: albumina 3,2, bilirrubina total: 2,3, Cr: 0,9, INR: 1,6. Sobre a condução desse caso, assinale o item correto.
- A) Como o paciente não tem ascite, não há necessidade de profilaxia antimicrobiana.
 - B) Como o INR está alargado, devemos tentar corrigi-lo com plasma fresco congelado de horário para evitar ressangramento.
 - C) A terlipressina deve ser feita após a realização do exame de endoscopia, desde que a mesma confirme a etiologia varicosa do sangramento.
 - D) Devemos manter hemoglobina entre 7-9 g/dL, evitando alvos hematimétricos maiores, visto que aumentariam a taxa de ressangramento.
13. Homem, 36 anos, separado, motorista de ônibus, natural e procedente de Sobral - Ceará. Ao doar sangue pois desconfiava que estivesse com hepatite, recebeu notificação dos seguintes exames: anti-HVC negativo, HBsAg (+), anti-HBc IgG (+), ALT: 25 U/L, AST: 30 U/L. Tendo sido orientado a procurar acompanhamento especializado. Assintomático, negava icterícia, febre, colúria, acolia fecal. Conseguiu atendimento 12 meses após a doação. Colega solicitou: HBsAg que ainda persistia reagente, anti-HBe (+), HBeAg (-), AST: 26 U/L, ALT: 30 U/L, PCR quantitativo do vírus B 1000 ui/mL, INR: 1,0, Proteínas totais: 7 g/dL, sendo albumina 4 g/dL. Ao exame físico: orientado, anictérico, afebril, normocorado. Exame cardiopulmonar: normal. Abdome: hepatimetria 13 cm, fígado palpável 2 cm abaixo RCD, indolor, consistência elástica, espaço de Traube livre. Sem edema de mmii. Assinale o item que melhor representa o caso na nova nomenclatura para a infecção e acompanhamento da Hepatite B proposta pelo EASL 2017.
- A) Trata-se de hepatite crônica HBV anti-HBe (+) devendo-se tratar uma vez que carga viral é positiva.
 - B) Trata-se de infecção crônica HBV anti-HBe (+) devendo-se tratar uma vez que carga viral é positiva.
 - C) Trata-se de infecção crônica HBV anti-HBe (+) devendo-se acompanhar a cada 6 meses, como carga viral é menor que 2.000 UI/mL não tem indicação de tratar.
 - D) Trata-se de hepatite crônica HBV anti-HBe (+) devendo-se acompanhar a cada 6 meses, como carga viral é menor que 2.000 UI/mL não tem indicação de tratar.
14. Além dos vírus hepatotróficos (vírus da hepatite A, B, C, D e E), outros vírus com envolvimento sistêmico podem também agredir o fígado, causando elevação das aminotransferases associado ou não a icterícia que podem sugerir hepatite aguda. Com a recente epidemia de febre amarela que assolou recentemente o Brasil assinale o correto.
- A) Tanto no ciclo urbano quanto no ciclo silvestre o principal vetor é o *Aedes aegypti*.
 - B) No ciclo silvestre o *Haemagogus* e *Sabethes* são os vetores mais importantes.
 - C) Atualmente estamos numa epidemia de febre amarela urbana.
 - D) A maioria dos casos de febre amarela evolui para óbito.

15. Sr. 34 anos, casado, professor, natural e procedente de Fortaleza, ao doar sangue detectou as seguintes alterações: ALT: 160 UI/mL (nl < 40), anti-HVC reagente, NAT (teste de ácido nucleico) HVC positivo. Foi recusado a doação e orientado a procurar atendimento no ambulatório de hepatologia. Paciente assintomático, e na história colhida junto ao hepatologista relatou acidente com arma branca sendo necessário laparotomia exploradora há 15 anos, tendo sido submetido a 2 transfusões sanguíneas na ocasião. Ao exame: anictérico, normocorado, orientado. Exame cardiopulmonar normal. Abdome: plano, simétrico, fígado palpável 3 cm abaixo RCD, hepatimetria 17 cm, borda romba, indolor, espaço de Traube ocupado, não se palpa baço, sem estigmas outros estigmas de doença hepática. Extremidades sem edema. Realizou novos exames: AST: 120 UI/mL (nl < 40), ALT: 140 UI/mL, INR: 1,3, Prot. totais: 7 g/dL, Albumina: 3,0 g/dL (nl > 3,5 g/dL), PCR quantitativo do vírus C: 450.000 UI/mL, genotipagem: 3a. HBsAg (-), anti-HBc IgG (-), anti-HBs: 100 UI/mL, HIV 1 e 2 negativos. Realizou elastografia hepática (fibroScan): 15 kPa.
Com base no PCDT-HCV e coinfeções do MS de março/ 2018 assinale o correto.
- A) O melhor esquema seria Sofosbuvir + Daclatasvir durante 12 semanas.
B) O melhor esquema terapêutico seria Sofosbuvir + Simeprevir por 12 semanas.
C) O melhor esquema seria Sofosbuvir + Daclatasvir + Ribavirina durante 24 semanas.
D) O melhor esquema seria 3D (Ombitasvir + Desabuvir + Veruprevir + Ritonavir) associado a Ribavirina por 24 semanas.
16. Paciente feminina, 24 anos, iniciou há 10 dias quadro de astenia, fadiga e náusea, evoluindo há 4 dias com icterícia e colúria. Nega comorbidades. Nega uso de medicações. Nega história de álcool ou de outras substâncias hepatotóxicas, incluindo suplementos alimentares. Exame físico: icterícia 2+/4+, sem outras alterações. Exames laboratoriais: albumina: 3,4 g/dL, globulina: 4,5 g/dl, Ht:36%, Hg:11 g/dL, Leucócitos: 6.700/mm³, Plaquetas: 120.000/mm³, AST: 680, ALT: 842, FA: 240, GGT: 78, BT: 7,8, BD: 5,9, INR: 1,3, função renal normal, sorologias virais negativas (hepatite A, hepatite B, hepatite C, EBV, CMV e herpes), FAN (+) 1:20 padrão centromérico (imunofluorescência), anti-músculo liso negativo, anti-mitocôndria negativo, anti-LKM1 negativo, ceruloplasmina, alfa1-antitripsina e perfil do ferro normais. US de abdome total normal. Sobre a condução e interpretação desse caso, assinale a alternativa correta.
- A) O padrão do FAN apresentado pela paciente não deve ser considerado como marcador de hepatite autoimune, sendo a biópsia hepática essencial para fechar o diagnóstico nesse caso.
B) Caso o diagnóstico de hepatite autoimune seja confirmado, é frequente que a paciente apresente hipergamaglobulinemia, principalmente às custas de imunoglobulina M (IgM).
C) Caso seja realizada a biópsia, a ausência de rosetas de hepatócitos excluiria o diagnóstico de hepatite autoimune, assim como sua presença seria patognomônica para a doença.
D) Caso o US de abdome tivesse mostrado sinais de cirrose e hipertensão portal, o diagnóstico de hepatite autoimune não deveria ser considerado, já que se trata de caso de surgimento agudo com apenas 10 dias de evolução.
17. Paciente feminina, 49 anos, em acompanhamento por cirrose por hepatite B, apresentou em exame de US de abdome de rotina sinais de hepatopatia crônica avançada, com evidências de hipertensão portal, ascite moderada, e esplenomegalia, além de nódulos hepáticos de aspecto inespecífico, que motivaram a solicitação de tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste para definição diagnóstica. O laudo da TC mostrou a presença de 5 nódulos hepáticos, o menor medindo 2,5 cm em seu maior diâmetro e o maior medindo 4,8 cm. Na avaliação dinâmica com contraste, todos os nódulos apresentaram o mesmo padrão, com hipercaptação na fase arterial e lavagem do contraste na fase portal e de equilíbrio. Ausência de trombose tumoral. No momento paciente refere fadiga, aumento do volume abdominal, sonolência diurna e inversão do ciclo sono-vigília, sem outras queixas. Ao exame, apresenta bom estado geral, com “flapping” de extremidades, maciez móvel na avaliação abdominal e estigmas de hepatopatia crônica, sem outros achados. Exames laboratoriais: Hb: 13,2, Ht: 40, leucócitos: 3200, plaquetas: 90.000, TGO: 65, TGP: 53, BT: 3,2, com BD: 2,2, INR: 2,1, albumina: 2,7, alfa-fetoproteína: 450. Realizou TC de tórax e cintilografia óssea, ambos sem alterações. Assinale tratamento de escolha a ser instituído para o caso.
- A) Quimioembolização arterial.
B) Quimioterapia com sorafenib.
C) Cuidados paliativos exclusivos.
D) Listagem para transplante hepático.

18. Paciente masculino, 42 anos, com diagnóstico de cirrose por álcool há 8 anos, abstinente desde o diagnóstico, vinha assintomático em seguimento ambulatorial até que há 1 semana vem apresentando episódios de desorientação, inversão do ciclo sono-vigília e lentificação psicomotora, segundo informa acompanhante. Refere ainda constipação intestinal, com uma evacuação a cada 2-3 dias em média, de fezes de consistência endurecida, sem sangue. Nega febre ou outros sinais e sintomas sugestivos de quadro infeccioso. Ao exame físico, tem bom estado geral, normocorado, hidratado, eupnéico. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Exame abdominal com hepatimetria de 12 cm, fígado com borda romba, indolor à palpação, espaço de Traube ocupado, com circulação colateral tipo porta. Exame neurológico mostra escala de coma de Glasgow 15, alerta, cooperativo, sem déficits neurológicos focais, com “flapping” discreto. Sobre o caso em questão, assinale a afirmação CORRETA sobre a conduta a ser instituída nesse momento.
- A) Deve ser orientada dieta hipoproteica, principalmente com restrição de proteínas de origem vegetal.
 - B) É necessária a realização de testes neuropsicométricos para confirmação diagnóstica, além de neuroimagem, como tomografia ou ressonância.
 - C) A solicitação de amônia é dispensável, visto que isoladamente seu nível sérico não agregaria valor diagnóstico e não guarda relação direta com a gravidade.
 - D) A terapia de primeira escolha a ser prescrita é a associação de lactulose com metronidazol, que devem ser mantidos em uso contínuo, mesmo após melhora clínica, para evitar recidiva.
19. Uma jovem de 22 anos, solteira, procedente de Fortaleza, foi internada no Hospital das Clínicas - UFC com quadro anemia de início há 2 semanas, com níveis de Htc: 22 %, Hg: 6,5 g%, anemia normocrômica, normocítica, Leucócitos: 12.300/mm³, Plaquetas: 160.000/mm³. Negava sangramento digestivo, pesquisa de sangue oculto nas fezes por anticorpo monoclonal negativa. Evolui com quadro de encefalopatia grau II – III, alargou INR: 2,5, AST: 260 (nl até 40), ALT: 120 (nl até 40), Bilirrubina total 12 mg/dL, Bilirrubina direta: 4 mg/dL, LDH: 1200 (nl < 300), Fosfatase alcalina: 40 (nl 60 a 120) Coombs direto negativo, proteínas totais: 7 g/dL, sendo albumina: 3,0 g/dL. Creatinina: 2 mg/dL, marcadores virais: anti-HVA IgG (+), IgM (-), HBsAg (-), anti-HBc IgM (-), anti-HBs: 600 UI/mL, anti-HVC (-), FAN, anti-músculo liso negativos, ceruloplasmina: 18 (nl > 20). B-HCG negativo. Negava uso de medicação previa, inclusive produtos de academia, negava contato com agrotóxicos, não apresentava febre. Ao exame: confusa, hipocorada +++/4, icterica ++/4, afebril. PA: 90 x 60 mmHG. ACP: FC: 110 bpm, ritmo regular 2T. Exame pulmonar normal. Abdome: hepatimetria: 12 cm, bordos hepáticos rombo, presença de maciez móvel, espaço de Traube ocupado, não se palpa baço. Extremidades sem edemas, apresentando flapping. Com base nestes dados, o diagnóstico mais provável seria?
- A) Síndrome HELLP.
 - B) Hepatite B aguda fulminante.
 - C) Anemia hemolítica autoimune associado a sepses.
 - D) Doença de Wilson forma aguda evoluindo de forma fulminante.
20. Homem, 56 anos, agricultor, casado, natural de Icó-Ceará, procedente de Fortaleza. Procurou atendimento na UPA em decorrência de hematêmese, sangue vivo em grande quantidade há 1 hora. Após as medidas de estabilização hemodinâmica, preservação das vias aéreas, realização de exames bioquímicos, foi colhida história e realizado exame físico com mais detalhes. Paciente etilista (mais de 6 unidades de álcool/dia) há vários anos, tendo sido orientado a parar de beber, entretanto não conseguia ficar abstinente por mais de 10 dias. Ao exame: desorientado, icterico ++/4, hipocorado +++/4, ritmo irregular, FC: 125 bpm, sopro sistólico +/4 pancardíaco, PA: 80 x 60 mmHg. Murmúrio vesicular abolido na base pulmonar D. Abdome: globoso, piparote positivo, circulação colateral, espaço de Traube ocupado, baço palpável com manobra de rechaço, difícil avaliar fígado pela ascite. Edema de mmii ++/4, flapping, eritema palmar. Exames: Htc:18 %, Hg: 6 g/dL, Leucócitos: 13.000/mm³, com 78% de polimorfonucleares, Plaquetas: 65.000/mm³, Bilirrubinas totais: 5 mg/dL, Creatinina: 2 mg/dL, Prot. Totais: 6 g/dL, albumina 3 g/dL, INR: 2. Foi administrado 2 concentrados de hemáceas. Realizado ligadura de varizes de esôfago. No mesmo momento que colheu exames de sangue, colheu líquido ascítico que revelou: Prot. Totais; 1,4 g/dL, sendo 1 g/dL de albumina, 200 polimorfonucleares/mm³ e cultura do líquido ascítico positivo para E. coli. Com base nestes dados, assinale a opção correta em relação ao cálculo do GASA e na definição do líquido ascítico.
- A) O valor do GASA é 2 e a análise do líquido ascítico caracteriza bacteriascrite.
 - B) O valor do GASA é 3 e a análise do líquido ascítico caracteriza bacteriascrite.
 - C) O valor do GASA é 2 e a análise do líquido ascítico caracteriza peritonite bacteriana espontânea.
 - D) O valor do GASA é 3 e a análise do líquido ascítico caracteriza peritonite bacteriana espontânea.