



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 17/2017

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO ENDOSCOPIA DIGESTIVA (ÁREA DE ATUAÇÃO)

DATA: 26/11/2017

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✎ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✎ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✎ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta ou azul, escrita grossa.**
- ✎ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. A dispepsia funcional é condição clínica frequente em nossa população. O sintoma que NÃO é característico de dispepsia funcional é:
- (A) Saciedade Precoce.
 - (B) Disfagia progressiva.
 - (C) Plenitude pós-prandial.
 - (D) Queimação epigástrica.
 - (E) Dor epigástrica.
02. Com relação aos métodos diagnósticos do *Helicobacter pylori*, assinale a opção CORRETA.
- (A) O uso recente de Inibidores da bomba de prótons antes da realização de teste diagnóstico para o *Helicobacter pylori* aumenta a chance de resultado falso-negativo.
 - (B) O teste respiratório com carbono marcado é pouco utilizado na prática clínica por ser invasivo e de custo elevado.
 - (C) A dosagem do antígeno fecal do *Helicobacter pylori* detecta apenas infecção passada, não sendo capaz de detectar infecção atual.
 - (D) A dosagem de anticorpos anti-IgG contra o *Helicobacter pylori* é o exame de escolha para a confirmação da erradicação após o tratamento.
 - (E) Para a pesquisa do *Helicobacter pylori* por meio do exame histopatológico, é suficiente a realização de biópsia do antro gástrico.
03. Assinale a opção na qual a Endoscopia Digestiva Alta NÃO está indicada:
- (A) Mulher de 60 anos, com histórico familiar de irmão com câncer gástrico.
 - (B) Homem de 21 anos, com queixa de diarreia crônica desde a infância.
 - (C) Homem de 55 anos, com anemia hipocrômica e microcítica.
 - (D) Homem de 16 anos, portador de Doença de Crohn e com queixa de epigastralgia.
 - (E) Mulher de 19 anos, com queixa de queimação epigástrica iniciada há 2 semanas.
04. A cascata de Pelayo-Correia descreve a sequência de lesões precursoras do câncer gástrico. A opção que corresponde à sequência evolutiva da cascata de Pelayo-Correia é:
- (A) Gastrite Crônica → Metaplasia Intestinal → Gástrite atrófica → Displasia → Neoplasia
 - (B) Gástrite atrófica → Gastrite Crônica → Displasia → Metaplasia Intestinal → Neoplasia
 - (C) Gastrite Crônica → Gástrite atrófica → Metaplasia Intestinal → Displasia → Neoplasia
 - (D) Metaplasia Intestinal → Gastrite Crônica → Gástrite atrófica → Displasia → Neoplasia
 - (E) Displasia → Gástrite atrófica → Gastrite Crônica → Metaplasia Intestinal → Neoplasia
05. O exame inicial no paciente com queixa de disfagia é:
- (A) Esofagograma.
 - (B) Endoscopia Digestiva Alta.
 - (C) Seriografia Esofago-Estômago-Duodeno.
 - (D) pHmetria de 24 horas.
 - (E) Manometria esofágica.
06. A classificação de Los Angeles é utilizada para definir a severidade da esofagite por refluxo. Durante exame endoscópico de paciente com queixas de refluxo, foram observadas três erosões no terço distal do esôfago, contíguas entre seus ápices, ocupando 40% da circunferência do esôfago. A opção que corresponde à classificação de Los Angeles desse caso é:
- (A) Los Angeles A
 - (B) Los Angeles B
 - (C) Los Angeles C
 - (D) Los Angeles D
 - (E) Los Angeles E

07. Homem de 45 anos, internado no Hospital Universitário para investigação de dor abdominal, realizou tomografia de abdome que evidenciou a seguinte imagem:



Fonte: Hospital Universitário da UFPI

Assinale a opção em que corresponde ao diagnóstico desse caso:

- (A) Abscesso hepático
 - (B) Pancreatite aguda
 - (C) Colangite esclerosante
 - (D) Pancreatite crônica
 - (E) Tumor de vesícula
08. Assinale a opção em que a correspondência entre o sinal semiológico e o diagnóstico está INCORRETA.
- (A) Sinal de Murphy – Colecistite
 - (B) Sinal de Blumberg – Apendicite
 - (C) Sinal de Irmã Maria José – Pancreatite Aguda
 - (D) Sinal do Piparote – Ascite
 - (E) Sinal de Courvoisier – Câncer de Pâncreas
09. São alterações características da doença de Crohn, EXCETO:
- (A) Ulcerações aftoides.
 - (B) Granuloma não-caseoso.
 - (C) Acometimento salteado da mucosa.
 - (D) Microabscessos de criptas.
 - (E) Acometimento da boca ao ânus.
10. Assinale a opção que corresponde à principal doença associada à colangite esclerosante primária:
- (A) Colite ulcerativa
 - (B) Colite pseudomembranosa
 - (C) Colangite infecciosa
 - (D) Vesícula escleroatrófica
 - (E) Pancreatite Aguda
11. Mulher de 35 anos procura o ambulatório de hepatites virais com os seguintes resultados de sorologia: HBsAg reagente; Anti-HBc total reagente; Anti-HBs não reagente; HBeAg reagente; Anti-HBe não reagente. Exames laboratoriais mostram TGO = 90 U/L e TGP = 95 U/L. A conduta adequada para este caso é:
- (A) Não iniciar tratamento antiviral e aguardar soroconversão HBsAg/Anti-HBs.
 - (B) Tratar com interferon peguillado por 48 semanas, se a paciente não tiver contraindicações ao seu uso.

- (C) Tratar com tenofovir por tempo indeterminado, se a paciente tiver doença renal crônica que contraindique o uso de entecavir.
- (D) Tratar com associação de lamivudina e adefovir por tempo indeterminado.
- (E) Tratar com imunoglobulina humana anti-HBV, já que o caso é de hepatite aguda.
12. A introdução das drogas antivirais de ação direta no tratamento no HCV proporcionaram aumento significativo das taxas de cura. Diferentes esquemas com apenas 12 semanas de tratamento alcançam taxas de cura superiores a 90%, exceto para um subgrupo de pacientes. Assinale a opção correspondente a subgrupo de pacientes que não obtiveram boa resposta com as drogas antivirais de ação direta por 12 semanas:
- (A) Pacientes cirróticos com genótipo 1.
- (B) Pacientes coinfectados com HIV.
- (C) Pacientes coinfectados com HBV.
- (D) Pacientes cirróticos com genótipo 3.
- (E) Pacientes já tratados com ribavirina.
13. São contraindicações para a realização de transplante hepático, EXCETO:
- (A) Alcoolismo ativo.
- (B) Sepses grave.
- (C) Hepatocarcinoma.
- (D) Cardiopatia avançada.
- (E) Colangiocarcinoma.
14. São causas de xerostomia, EXCETO:
- (A) Uso de diuréticos.
- (B) Respiração bucal.
- (C) Síndrome de Sjögren.
- (D) Dispepsia funcional.
- (E) Tabagismo.
15. O uso crônico de inibidor da bomba de prótons pode provocar a má-absorção das substâncias:
- (A) Magnésio e Vitamina B12.
- (B) Cálcio e Vitamina E.
- (C) Potássio e Vitamina D.
- (D) Ferro e Vitamina B6.
- (E) Iodo e Vitamina K.
16. Em relação ao consenso de Baveno VI, que orienta o tratamento das varizes esofágicas, assinale a opção CORRETA.
- (A) Pacientes cirróticos, mas ainda sem varizes esofágicas, devem usar betabloqueadores via oral para prevenir o aparecimento futuro de varizes.
- (B) Pacientes cirróticos, com varizes esofágicas de pequeno calibre, que nunca sangraram, devem realizar escleroterapia das varizes.
- (C) Pacientes cirróticos, com varizes esofágicas de médio ou grande calibre, que nunca sangraram, podem optar em realizar ligadura elástica das varizes ou usar betabloqueador via oral.
- (D) A mensuração do gradiente de pressão venosa hepática é obrigatória antes de se indicar qualquer tratamento para varizes esofágicas.
- (E) Enquanto a ligadura elástica é o procedimento de primeira escolha para a profilaxia primária do sangramento de varizes esofágicas, a escleroterapia é a primeira escolha para a profilaxia secundária.
17. Homem de 35 anos, com diagnóstico recente de colite ulcerativa, ainda virgem de tratamento, apresenta-se em consulta médica com 10 evacuações ao dia, com fezes líquidas, com muco e sangue. Refere ainda episódios de sangramento retal exclusivo. Colonoscopia descrevia pancolite severa. Além da internação hospitalar e suporte clínico, a conduta medicamentosa correta, de acordo com o consenso da European Crohn's and Colitis Organisation, para induzir remissão neste paciente é:
- (A) Mesalazina via oral.
- (B) Ciclosporina venosa.
- (C) Azatioprina oral.

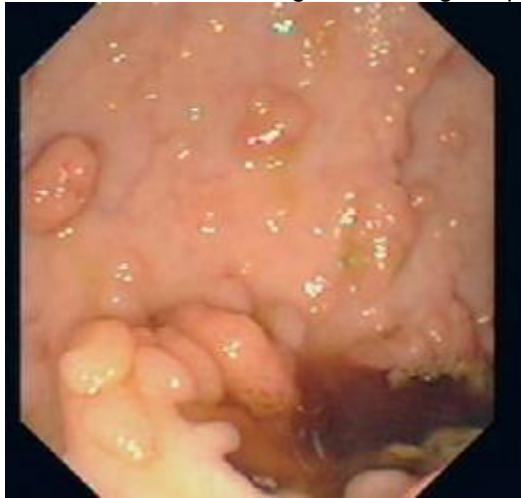
- (D) Metotrexate venoso.
(E) Hidrocortisona venosa.
18. Paciente idoso, com relato de internação hospitalar recente para tratamento de pneumonia, evolui com quadro de diarreia há cerca de 10 dias. A pesquisa da toxina A e B nas fezes resultou positiva. O antibiótico de escolha para o tratamento deste caso é:
- (A) Ciprofloxacina.
(B) Meropenem.
(C) Clindamicina.
(D) Sulfametoxazol-trimetoprim.
(E) Metronidazol.
19. No megaesôfago grau III, a conduta terapêutica CORRETA é:
- (A) Uso de Nifedipina via oral.
(B) Aplicação de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior.
(C) Dilatação esofágica com balão.
(D) Miotomia do esfíncter esofágico inferior.
(E) Esofagectomia.
20. Mulher de 55 anos, portadora de hepatite C, apresenta-se em consulta médica consciente, orientada, sem tremores e com ascite controlada após o uso de diuréticos. Traz os seguintes exames laboratoriais: bilirrubina total – 1,5mg/dl; albumina – 3,2g/dl e INR – 1,3. A classificação e pontuação no escore de Child-Pugh é:
- (A) Child-Pugh A; 5 pontos.
(B) Child-Pugh A; 6 pontos.
(C) Child-Pugh B; 7 pontos.
(D) Child-Pugh B; 9 pontos.
(E) Child-Pugh C; 10 pontos.
21. Homem de 56 anos vem em consulta com o gastroenterologista por causa de dosagem sérica de ferritina elevada em exame de rotina. O exame inicial a ser solicitado neste caso é:
- (A) Biópsia hepática para dosagem do ferro tecidual.
(B) Ressonância Nuclear Magnética do fígado.
(C) Pesquisa das mutações C282Y e H63D.
(D) Determinação do índice de saturação da transferrina.
(E) Dosagem da hepcidina sérica.
22. A substância que se deposita no fígado em pacientes com doença de Wilson é:
- (A) Cobre.
(B) Ferro.
(C) Esfingomielina.
(D) Proteína amiloide.
(E) Glicogênio.
23. O exame laboratorial indicado para o diagnóstico de Pancreatite autoimune é:
- (A) p-ANCA.
(B) CA19-9.
(C) Amilase.
(D) IgG4.
(E) Fator antinuclear.
24. A definição correta de FODMAPs é:
- (A) São alimentos funcionais, que melhoram a resposta imune.
(B) São alimentos que contêm sacarídeos poliois fermentáveis.
(C) São alimentos prébióticos, que ajudam a recompor a microbiota.
(D) São alimentos que provocam alergia alimentar.
(E) São alimentos livres de glúten.

25. Assinale a opção que corresponde à indicação correta do exame de impedanciometria em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE):
- (A) Todo paciente com queixas típicas de DRGE.
 - (B) Pacientes cuja phmetria foi positiva, para confirmação diagnóstica.
 - (C) Pacientes com DRGE severa, com esofagite Los Angeles D.
 - (D) Paciente com esôfago de Barret.
 - (E) Pacientes com suspeita de refluxo alcalino.
26. A obstrução do ducto hepático comum ou do colédoco secundária à compressão extrínseca decorrente da impactação de cálculos biliares no infundíbulo ou no ducto cístico é denominada de:
- (A) Síndrome de Mirizzi.
 - (B) Síndrome de Ogilvie.
 - (C) Síndrome de Bouveret.
 - (D) Síndrome de Gilbert.
 - (E) Síndrome de Budd-Chiari.
27. Assinale a opção que corresponde ao agente etiológico da síndrome de Fitz-Hugh-Curtis:
- (A) *Klebsiella pneumoniae*
 - (B) *Campylobacter jejuni*
 - (C) *Moraxella bovis*
 - (D) *Neisseria gonorrhoeae*
 - (E) *Escherichia coli*
28. Assinale a opção que corresponde à localização do linfonodo de Virchow:
- (A) Região lateral direita do pescoço.
 - (B) Mediastino superior.
 - (C) Região inguinal esquerda.
 - (D) Região supraclavicular esquerda.
 - (E) Região retroauricular.
29. Assinale a opção que corresponde ao tratamento da colite por citomegalovírus:
- (A) Ganciclovir
 - (B) Aciclovir
 - (C) Oseltamivir
 - (D) Veruprevir
 - (E) Ritonavir
30. Assinale a opção que corresponde ao sinal clínico que NÃO é encontrado em paciente com obstrução das vias biliares extra-hepáticas:
- (A) Acolia fecal
 - (B) Dor em hipocôndrio direito
 - (C) Colúria
 - (D) Prurido
 - (E) Esplenomegalia
31. Homem de 52 anos, portador de cirrose hepática por uso de álcool, apresenta-se há 4 dias com quadro de febre e desorientação. Ao exame abdominal, apresenta-se com ascite discreta, sem dor à palpação abdominal. Apresenta *flapping* em mãos. Exames laboratoriais: Creatinina: 1,4mg/dl, Albumina: 3,2mg/dl, INR: 1,3. A conduta terapêutica mais adequada para este caso é:
- (A) Fazer paracentese de alívio.
 - (B) Iniciar terapia dialítica.
 - (C) Iniciar antibioticoterapia.
 - (D) Infundir albumina endovenosa.
 - (E) Fazer vitamina K intramuscular.

32. A laceração na região da transição esôfago-gástrica secundária decorrente de vômitos de repetição é denominada de:
- (A) Síndrome de Boerhaave.
 - (B) Síndrome de Plummer-Vinson.
 - (C) Síndrome de Paterson-Kelly.
 - (D) Esôfago em quebra nozes.
 - (E) Síndrome de Mallory-Weiss.
33. Assinale a opção que corresponde ao exame que NÃO é necessário ser realizado antes do início da Terapia com medicações biológicas:
- (A) Anti-HIV
 - (B) HBsAg
 - (C) Anti-HAV
 - (D) Anti-HCV
 - (E) PPD
34. Assinale a opção que corresponde à função intestinal avaliada pelo teste da D-xilose:
- (A) Absorção de sais minerais.
 - (B) Absorção de água.
 - (C) Digestão enzimática de proteínas.
 - (D) Absorção de monossacarídeos.
 - (E) Digestão enzimática de dissacarídeos.
35. Em relação à hepatopatia alcoólica aguda, é INCORRETO afirmar:
- (A) Leucocitose ocorre comum na hepatopatia alcoólica aguda.
 - (B) Função discriminante de Maddrey ≥ 32 é indicação de uso de prednisona.
 - (C) Score de Lille no 7º dia $\geq 0,45$ é indicação de continuação do uso de prednisona.
 - (D) A pentoxifilina pode ser utilizada nos casos de contra-indicação à prednisona.
 - (E) O diagnóstico diferencial deve ser feito com as hepatites virais agudas.
36. Assinale a opção que corresponde à apresentação clínica da esofagite por herpes:
- (A) Disfagia de início súbito, tanto para sólidos quanto para líquidos.
 - (B) Disfagia alta, exclusivamente para líquidos.
 - (C) Disfagia de início insidioso, acompanhada de desnutrição.
 - (D) Disfagia inicialmente para sólidos, evoluindo progressivamente para líquidos.
 - (E) Disfagia alta, acompanhada de dificuldade de deglutição.
37. Assinale a opção que corresponde ao parasita intestinal capaz de realizar todo o seu ciclo de vida dentro do hospedeiro:
- (A) *Ascaris lumbricoides*
 - (B) *Ancylostoma duodenale*
 - (C) *Strongyloides stercoralis*
 - (D) *Trichuris trichiura*
 - (E) *Enterobius vermicularis*
38. Assinale a opção que corresponde à localização de perfuração mais comum das úlceras pépticas:
- (A) Parede anterior do duodeno.
 - (B) Parede anterior do estômago.
 - (C) Grande curvatura do estômago.
 - (D) Fundo do estômago.
 - (E) Parede posterior do duodeno.
39. Assinale a opção que corresponde à neoplasia associada à doença celíaca:
- (A) Linfoma não-Hodgkin.
 - (B) Câncer de pâncreas.

- (C) Câncer renal.
(D) Tumor carcinoide.
(E) Câncer de mama.
40. Paciente de 20 anos, atendida no ambulatório de oftalmologia do Hospital Universitário do Piauí, realiza exame de fundo de olho, onde se visualiza múltiplos pontos pigmentados bilaterais na retina. Não apresenta sintomas. Neste caso, a paciente deve ser avaliada para pesquisar:
- (A) Síndrome de Gardner.
(B) Síndrome de Peutz-Jeghers.
(C) Doença de Cowden.
(D) Polipose juvenil.
(E) Síndrome de Turcot.
41. Você é solicitado a avaliar um paciente com hematêmese, internado na enfermaria de Gastroenterologia do Hospital Universitário do Piauí. Ele tem 40 anos, não tem doenças crônicas e apresenta síncope logo após vomitar sangue vermelho-vivo, documentada pela equipe assistencial. No exame físico, ele está acordado e agitado, com extremidades frias e as mucosas das membranas secas. Seu batimento cardíaco é de 130 por minuto e sua pressão sanguínea em supino é de 90/60 mmHg. Não há icterícia esclerótica. O abdome está macio e sem tensão, sem hepatomegalia, com fezes pretas no reto. Exames laboratoriais revelaram uma hemoglobina de 11, Ureia de 40 mg/dl, creatinina de 0,9 mg/dl, tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina normais, níveis de aspartato aminotransferase de 119 U/L e alanina aminotransferase de 42 U/L. A primeira intervenção para esse paciente deve ser:
- (A) Infusão venosa em bolus de octreotide.
(B) Infusão venosa em bolus de inibidor da bomba de prótons.
(C) Inserção de sonda nasogástrica aberta.
(D) Endoscopia digestiva alta de emergência.
(E) Ressuscitação volêmica vigorosa com solução cristalóide.
42. Durante endoscopia realizada no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário do Piauí, observa-se úlcera ativa em parede anterior de bulbo duodenal, com vaso visível, sem sangramento ativo. A melhor conduta terapêutica a ser realizada é:
- (A) Infusão venosa em bolus de inibidor da bomba de prótons.
(B) Injeção de epinefrina na lesão.
(C) Coagulação da lesão com plasma de argônio.
(D) Terapia térmica da lesão com eletrocauterização
(E) Injeção de epinefrina na lesão associada à colocação de hemoclipes.
43. Todas as opções a seguir são condições pré-malignas relacionadas ao câncer gástrico, EXCETO:
- (A) Pólipos gástricos adenomatosos.
(B) Gastrectomia prévia realizada 25 anos mais cedo.
(C) História de úlcera gástrica.
(D) Doença de Ménétrier.
(E) Grupo sanguíneo AB.
44. Homem de 50 anos, natural de Maceió-AL, apresentou sangramento gastrointestinal. Durante endoscopia digestiva alta realizada no hospital universitário do Piauí, foram diagnosticados varizes de esôfago. Ele vive em Teresina-PI há dois anos, nega abuso de álcool e é negativo para hepatites A, B e C. Possui esplenomegalia. Na avaliação laboratorial, a fosfatase alcalina e a gama glutamil transferase estão levemente elevadas, mas as outras enzimas hepáticas, albumina e tempo de protrombina são normais. Estão presentes trombocitopenia e eosinofilia. Em relação ao diagnóstico mais provável para este caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) O agente etiológico é transmitido pelo triatomíneo.
(B) O tratamento indicado é o albendazol.
(C) A febre de Katayama é a apresentação clássica da infecção aguda.
(D) A biópsia de fígado é obrigatória para o diagnóstico.
(E) A cirrose se desenvolve na maioria dos pacientes.

45. Paciente sexo masculino, 18 anos de idade, compareceu ao Serviço de Coloproctologia do HU-UFPI com queixa de sangramento anal há 6 anos alternando episódios de maior intensidade e menor intensidade. Nega perda ponderal. Refere, ainda, necessidade de transfusão de 4 concentrados de hemácias. Única época que procurou assistência médica. Ao exame abdominal, verifica-se dor leve a palpação profunda, sem massa palpável. Não sabe informar história de câncer na família, realizou colonoscopia que revelou mais de 100 pólipos sésseis localizados desde o reto até o ceco, segundo a imagem que segue:



Fonte: Atlas of colonoscopy, 2006

O anatomopatológico desses pólipos revela ser adenomatosos. A hipótese diagnóstica e a melhor conduta para este caso são respectivamente:

- (A) Doença inflamatória intestinal. Tratamento clínico com os possíveis arsenais terapêuticos de imunobiológico, mesalazina e corticoide.
 - (B) Síndrome de Peutz – jeghers. Deve-se manter a vigilância e só intervir em caso de complicações.
 - (C) Polipose adenomatosa familiar. Paciente deve prosseguir a avaliação com Endoscopia Digestiva Alta; Tomografia Computadorizada de Abdômen Total; a família deve ser alertada e parentes mais próximos realizar colonoscopia e preparar o paciente para proctocolectomia total com ileostomia ou reconstrução com anastomose ileoanal em bolsa.
 - (D) Polipose Adenomatosa familiar. Paciente precisa seguir acompanhando com colonoscopia anual; não necessita de cirurgia, porque o paciente é muito jovem, a não ser em caso de complicações.
 - (E) Doença de Whipple. A conduta é iniciar antibioticoterapia imediata.
46. Paciente de 54 anos de idade, sexo masculino, apresenta doença psiquiátrica desde a infância em uso de psicotrópicos, paciente não responde, de forma orientada, aos questionamentos realizados. A acompanhante refere que a mesma apresentava constipação há mais de vinte anos e que, há 5 anos, iniciou o aparecimento de uma nodulação anal que saía pela borda nos esforços evacuatorios e que agora sai aos pequenos esforços como simplesmente fechar uma porta, mas retorna facilmente para dentro do canal anal ao deitar-se. Refere ainda hematoquezia esporádica e que, há três anos, havia saída de secreção constante tipo muco pelo ânus; necessitando andar forrada. Não apresenta outras co-morbidades. Ao exame físico, foi observada a imagem que se segue:



Fonte: Hospital Universitário da UFPI

O diagnóstico e a conduta corretos para este caso são respectivamente:

- (A) Prolapso de mamilo hemorroidário. Hemorroidectomia a Milligan – Morgan.
 - (B) Procidência de reto. Como o paciente não tem comorbidade grave e é jovem, levando em consideração a história de constipação intestinal, melhor realizar um estudo colônico com colonoscopia e a melhor indicação cirúrgica é retopexia com sigmoidectomia por videolaparoscopia.
 - (C) Procidência de reto. Realizar colonoscopia para avaliar os cólons e melhor conduta cirúrgica é a retossigmoidectomia perineal - Técnica de Altemeir, pois tem menor chance de recidiva.
 - (D) Tumor de canal anal invadindo a margem anal. A melhor forma de tratamento é o esquema de Nigro – combinação de radio e quimioterapia.
 - (E) Pólipo retal exteriorizado. Melhor tratamento é polipectomia cirúrgica transanal.
47. Paciente de 64 anos de idade, sexo masculino, procurou Serviço de Gastroenterologia devido a uma queixa de distensão abdominal pós-prandial, nega alteração de hábito intestinal. Refere ser diabético há 20 anos. Teve contato de perto com seus parentes de primeiro, segundo e terceiro grau, nenhum teve câncer de intestino, nem próstata e nem de mama. Nunca realizou nenhum exame endoscópico, nem alto e nem baixo. Foi solicitada, então, a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e colonoscopia. A EDA revelou uma gastrite enantematosa leve de antro com *helicobacter pylori* negativo. A colonoscopia revela, em seu laudo, um excelente preparo, foi até o íleo terminal e observou-se um pólipo pediculado de 1,5 centímetros em cólon sigmoide; foi realizada a polipectomia sem intercorrência. O anatomopatológico revelou adenoma tubular de baixo grau de displasia. Essa colonoscopia foi realizada em um Centro de Referência em que se sabe que todos os médicos possuem uma alta taxa de detecção de adenoma de mais de 25%, os aparelhos possuem imagens excelentes, os endoscopistas contam o tempo estimado de retirada do aparelho e todos retiram em mais de seis minutos e a chegada ao ceco, acontece em torno de 95% dos exames. Diante dessas informações, qual a melhor conduta é:
- (A) Colonoscopia anual, independente do resultado.
 - (B) Colonoscopia repetida no primeiro ano, se tiver normal, realizar colonoscopia a cada 2 anos.
 - (C) Realizar uma retossigmoidoscopia flexível com seis meses, com o objetivo de revisar o local da polipectomia, se a área da polipectomia tiver cicatrizada, com ausência de lesão residual e levando-se em consideração o conceito de primeira colonoscopia de qualidade, o paciente só precisa realizar uma nova colonoscopia a cada 5 anos.
 - (D) Colonoscopia realizada a cada seis meses, até três colonoscopias, se tiver todas com resultado normal; repeti a cada 5 anos.
 - (E) Não realizar mais exame endoscópico, já que o único pólipo visualizado, foi retirado; o Centro em que foi realizado a colonoscopia é de excelência e o paciente já possui mais de 60 anos.
48. Paciente 80 anos de idade, sexo masculino, refere diarreia crônica há 1 ano com presença de muco e sangue nas fezes. Paciente apresenta, ainda, arritmia cardíaca, já realizou duas angioplastias coronarianas com colocação de STENTS, sendo a última há 3 dias quando foi diagnosticado um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O paciente encontra-se internado e, há três dias, a equipe da Gastroenterologia foi chamada devido à piora da dor abdominal, diarreia com sangramento moderado e distensão abdominal. A equipe indicou uma colonoscopia que foi até o ceco; foi realizada após liberação pela equipe da cardiologia; a única alteração vista foi distal ao ângulo esplênico, segue a imagem do cólon sigmoide:



Fonte: Hospital Universitário da UFPI

A principal hipótese e conduta corretas para este caso são:

- (A) A principal hipótese é de Doença de Crohn, que possui aspecto de acometimento segmentar no cólon. A conduta é iniciar o uso imediato de corticoide endovenoso.
 - (B) Provavelmente é uma colite isquêmica levando em consideração as co-morbidades e o IAM recente que pode ter diminuído a vascularização do cólon principalmente na região distal do ângulo esplênico, como o acometimento foi segmentar no cólon e não tem sinais de necrose. A conduta é repouso e hidratação; deve-se reavaliar com 24-48 horas.
 - (C) Provavelmente é uma colite isquêmica. O tratamento é cirurgia imediatamente.
 - (D) Pelo aspecto endoscópico, o diagnóstico é de Retocolite Ulcerativa e o tratamento é iniciar mesalazina supositório.
 - (E) É uma colite isquêmica, e a piora não tem haver com o IAM. A conduta é observação.
49. Paciente de 24 anos de idade compareceu ao ambulatório de Coloproctologia referindo que há um vinte dias iniciou de forma súbita após fazer exercício abdominal na academia, um quadro de dor anal, aumento de volume de um dos quadrantes da borda anal; após uma semana, refere que sentiu alívio quando da região endurecida iniciou a saída de uma secreção semelhante a coágulo de sangue, em pequena quantidade, de coloração vermelho bem escuro. No momento, refere que ainda sente desconforto anal e percebe a nodulação, mas de forma mais leve. De medicamento fez uso de anti-inflamatório não hormonal. Ao exame proctológico, observa-se à inspeção o seguinte aspecto:

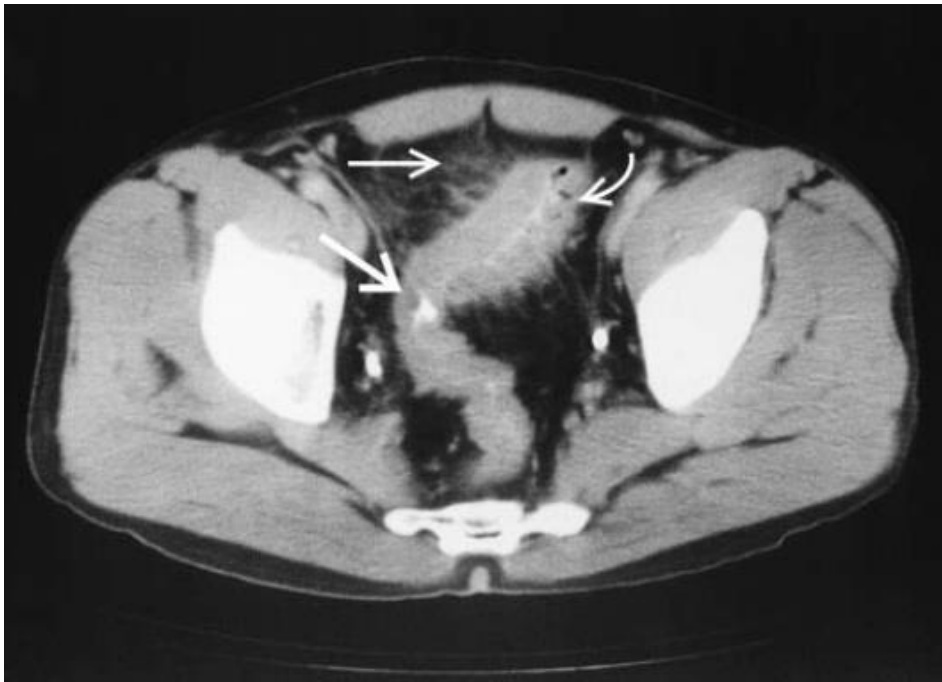


Fonte: World J Gastroenterol 2016; 22(26): 5867-5878

O diagnóstico e a conduta corretos para este caso são respectivamente:

- (A) Abscesso anal. Cirurgia imediata.
- (B) Abscesso anal que fistulizou. O tratamento é conservador.
- (C) Doença Hemorroidária Externa, pelo quadro descrito, complicou com trombose hemorroidária, melhorou depois que ulcerou o mamilo. O tratamento agora é conservador; pois mais de 72 horas do quadro já se passou.
- (D) Trombose Hemorroidária. Devido ter evoluído com ulceração do mamilo, o tratamento é cirúrgico de urgência.
- (E) Doença Hemorroidária Interna de IV grau. A conduta é cirurgia de urgência.

50. Paciente de 58 anos evoluindo com dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, febre e alteração do hábito intestinal; procura um Pronto-Socorro e é solicitada uma Tomografia Computadorizada de Abdômen, conforme imagem a seguir:



Fonte: <http://www.medicinanet.com.br>

O diagnóstico e a conduta corretos para este caso são respectivamente:

- (A) Trata-se de uma diverticulite com espessamento do cólon sigmoide, pela tomografia computadorizada de abdômen, observa-se presença de gás na parede do cólon próximo ao divertículo inflamado e espessamento da gordura pericolônica. A conduta é colonoscopia imediata, e o resultado da colonoscopia vai conduzir se o tratamento é clínico com antibioticoterapia ou cirurgia imediata.
- (B) Trata-se de uma peritonite purulenta franca devido a perfuração de um divertículo colônico, Hinchey IV. A indicação é cirurgia de urgência.
- (C) É uma diverticulite com abscesso localizado, pericolônico; Hinchey III. A conduta é antibioticoterapia endovenosa.
- (D) Pela imagem tomográfica, observa-se a presença de abscesso pericolônico, Hinchey I. A conduta é drenagem imediata, guiada por Tomografia Computadorizada e se obtendo o sucesso da drenagem, o doente não precisa internar e nem realizar antibioticoterapia.
- (E) É uma diverticulite, observa-se espessamento de cólon sigmoide, presença de gás na parede da alça e espessamento de gordura pericolônica, trata-se de um Hinchey I. A indicação é tratamento clínico com antibioticoterapia endovenosa.