

# ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA

## Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 30 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 3 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito
- Você somente poderá deixar a sala após 1h30min do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2022 – 1ª FASE  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA

**CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO**

1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

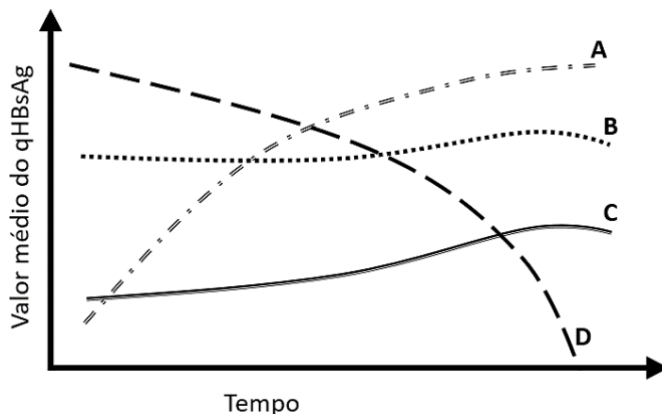
**RASCUNHO**

1. **Elevações nos níveis séricos de amilase são comumente associados à pancreatite aguda, mas diversas outras causas precisam ser lembradas. Marque a alternativa em que TODAS as condições podem levar a uma hiperamilasemia.**
  - a. Pós-operatório de cirurgia abdominal, insuficiência renal crônica, úlcera péptica, tireoidectomia
  - b. Papilotomia endoscópica, pseudocisto pancreático, hipoglicemia, constipação intestinal
  - c. Tumores pancreáticos, macrolipasemia, hipogamaglobulinemia, insuficiência renal crônica
  - d. Macroamilasemia, parotidite, tumores tubo-ovarianos, radioterapia para tumor de tireoide.
  
2. **Paciente com cirrose por hepatite C e etilismo, Child-Pugh B, carcinoma hepatocelular medindo 4 cm será listado para transplante hepático como situação especial. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, quais condições são necessárias para essa inclusão?**
  - a. Hepatite C tratada, tomografia de abdome com contraste há pelo menos 4 meses, tomografia de tórax há pelo menos 6 meses, cintilografia óssea há pelo menos 1 ano
  - b. Abstenção ao etilismo há pelo menos 6 meses, tomografia de abdome com contraste há pelo menos 6 meses, tomografia de tórax há pelo menos 1 ano
  - c. Hepatite C tratada, tomografia de abdome com contraste há pelo menos 6 meses, tomografia de tórax há pelo menos 1 ano
  - d. Abstenção ao etilismo há pelo menos 6 meses, tomografia de abdome com contraste há pelo menos 4 meses, tomografia de tórax há pelo menos 6 meses, cintilografia óssea há pelo menos 1 ano.
  
3. **Mulher, 17 anos, com dor e distensão abdominal quando come pizza, lasanha e misto quente há 2 anos. A investigação mostrou: anemia ferropriva, hipogamaglobulinemia, antitransglutaminase-IgA negativo, calprotectina fecal normal; coprológico com gordura++ e cistos de *Giardia lamblia*. Teste oral de tolerância à lactose: glicemia de jejum= 70, após 30min= 75, após 60min= 74, após 90min= 75. Qual alternativa mostra a conduta correta?**
  - a. Endoscopia digestiva alta, secnidazol via oral e suspensão da lactose da dieta
  - b. Dosagem das imunoglobulinas, suspensão do glúten da dieta, metronidazol via oral
  - c. Endoscopia digestiva alta, suspensão do glúten e da lactose da dieta
  - d. Metronidazol via oral, suspensão da lactose da dieta, repetir exames em 1 mês

4. Mulher, 35 anos, queixa-se de dores abdominais em cólica, difusas, moderada intensidade há uns 2 anos, intensificadas nos últimos 3 meses, 2 a 3 episódios por semana, com alívio após evacuações. As cólicas incomodam muito e pioram em momentos de descarga emocional ou ingestão de alimentos gordurosos e fermentativos. O aspecto das fezes é variável, sendo frequentemente pastosas ou líquidas, sem sangue. Nega sintomas noturnos e perda de peso. Já tomou probióticos, escopolamina, otilônio, pinavério e mesalazina. A colonoscopia é normal. Das opções de medicações abaixo, qual pode ser indicada para melhora dos sintomas da paciente?

- Prucaloprida
- Lubiprostone
- Mebeverina
- Racecadotril

5. Considere uma população de pacientes com hepatite B crônica que, com o passar do tempo, todos são submetidos ao transplante hepático, com administração correta da imunoglobulina para hepatite B. No gráfico abaixo, qual seria a curva esperada do valor médio do HBsAg quantitativo (qHBsAg) dos pacientes em relação ao tempo?



- curva A
- curva B
- curva C
- curva D

6. **Marque a alternativa correta sobre diarreia crônica:**

- As causas mais comuns de diarreia crônica em países desenvolvidos são as doenças inflamatórias intestinais e colites indeterminadas
- O cálculo do gap osmolar fecal é importante para diferenciação entre diarreias infecciosas disentericas e não-disentericas
- Diarreia secretora pode ser causada por colites microscópicas, tumores neuroendócrinos e laxantes e geralmente os episódios de dejeção não estão relacionados com períodos de alimentação
- Em pacientes diabéticos, para o diagnóstico de intolerância à lactose secundária à doença celíaca, o teste oral não deve ser realizado, sendo útil o teste genético para hipolactasia

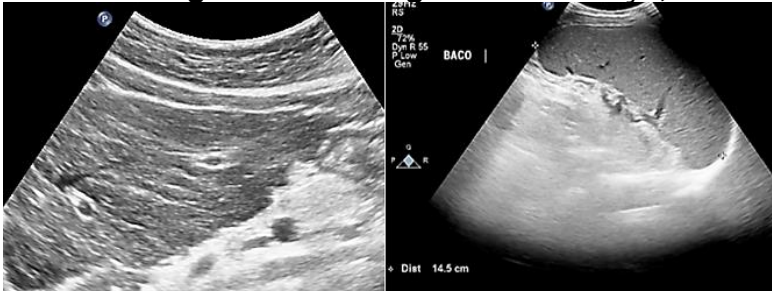
**7. Homem, 49 anos, pesando 60kg, tem cirrose hepática e é admitido com ascite volumosa, febre e dor abdominal. Está consciente e eupneico. PA= 100x50mmHg, FC= 100bpm. Ureia= 140mg/dL, Creatinina= 2,6mg/dL, INR= 2,0, Albumina= 3,0g/dL. Estava em uso de norfloxacin 400mg/dia desde 2 anos atrás. Qual das alternativas apresenta a melhor conduta? (EV: via endovenosa).**

- a. Paracentese diagnóstica e alívio (10L), albumina 20% EV 8 frascos, terlipressina EV, ceftriaxone EV
- b. Paracentese diagnóstica e alívio (8L), octreotide EV, meropenem EV
- c. Paracentese diagnóstica, ceftriaxone EV, albumina 20% EV 6 frascos
- d. Paracentese diagnóstica, albumina 20% EV 6 frascos, terlipressina EV, meropenem EV.

**8. Mulher, 28 anos, com doença do refluxo gastroesofágico e dispepsia. Endoscopia digestiva alta: esofagite erosiva grau B de Los Angeles, gastrite endoscópica erosiva leve de antro e pequenos pólipos gástricos em corpo alto e fundo (<0,5cm). Histopatológico: pólipos de glândulas fúndicas; gastrite crônica levemente ativa em antro com atrofia moderada associada à infecção pelo H. pylori, com metaplasia intestinal incompleta. Foi realizado tratamento do H. pylori, além de orientações para melhorar dieta e hábitos, mantido esomeprazol por 12 semanas e a paciente retornou assintomática. Sobre o caso, quais condições requerem obrigatoriamente realização de nova endoscopia em algum momento?**

- a. Controle de erradicação do H. pylori e gastrite atrófica com metaplasia intestinal
- b. Controle de erradicação do H. pylori e esofagite erosiva grau B de Los Angeles
- c. Esofagite erosiva grau B de Los Angeles e pólipos gástricos
- d. Apenas a gastrite atrófica com metaplasia intestinal requer obrigatoriamente uma nova endoscopia

9. **Paciente com hepatite C não tratada mostra duas imagens da sua ultrassonografia de abdome. A primeira é do fígado, lobo esquerdo, corte longitudinal. A segunda é do baço, corte oblíquo, na altura do hilo.**



**As alternativas abaixo mostram resultados de outros exames realizados pelo mesmo paciente. Qual dos resultados não é esperado/compatível com esse caso?**

- Elastografia hepática transitória (Fibroscan®) = 10,5 kPa
- Varizes esofágicas na endoscopia digestiva alta
- Gradiente de pressão venosa hepático = 12mmHg
- Escore FIB-4 = 4,3

10. **Homem, 35 anos, refere diarreia há 4 dias, 5 episódios diários com fezes líquidas e sem sangue. Relata também febre com temperatura axilar 38 graus há 3 dias. Na avaliação diagnóstica, testou positivo para COVID-19 e foi detectada elevação de enzimas hepáticas. Sobre o caso, é correto:**

- O acometimento gastrointestinal na COVID-19 é incomum e está associado a uma boa evolução dos pacientes com sintomas respiratórios
- Apesar da maior expressão dos receptores ACE-2 nos colangiócitos, é mais comum haver elevação de AST e ALT nos pacientes com SARS-Cov2
- O teste positivo para COVID-19 foi um achado incidental, já que a sintomatologia apresentada pelo paciente não tem relação com manifestações clínicas da infecção pelo novo coronavírus
- É esperado que esse paciente tenha aumento de enzimas hepáticas canaliculares e a positividade do anticorpo anti-GP210 após 3 meses fecha o diagnóstico de colangiopatia pós-COVID

11. **Mulher, 35 anos, vem com ultrassonografia de abdome mostrando colelitíase, sem dilatação de vias biliares e sem sintomatologia associada. Refere não ter interesse em se submeter a uma cirurgia. Que alternativa mostra duas condições em que você obrigatoriamente deve convencê-la a procurar o cirurgião?**

- Portadora de colangite esclerosante primária / síndrome do intestino irritável tipo diarreia
- Gestante / enxaqueca com uso crônico de dipirona
- Diabética / doença do refluxo gastroesofágico
- Presença concomitante de pólipos de vesícula biliar / cálculos maiores que 3 cm

**12. Paciente com 35 anos refere distensão abdominal há vários anos após consumo de certos alimentos, como feijão, lentilha, grão-de-bico, aveia, centeio, nozes e granola. Nega dor abdominal, perda de peso, náusea, vômitos e diarreia. Ao retirar tais alimentos da dieta, melhorou a distensão, porém notou piora do hábito intestinal: fezes mais endurecidas e evacuações a cada 2 dias. Realizou endoscopia digestiva alta: pangastrite enantematosa leve. H. pylori negativo. Duodeno endoscopicamente normal, sem biópsias. Colonoscopia era normal. Antitransglutaminase IgA negativo, IgA sérica normal.**

**Qual alternativa mostra respectivamente o diagnóstico e tratamento neste caso?**

- Síndrome do Intestino Irritável / probióticos + trimebutina se ingerir os alimentos citados
- Intolerância ao glúten não celíaca / manter os alimentos citados fora da dieta
- Intolerância a carboidratos complexos / alfa-galactosidase se ingerir os alimentos citados
- Dispepsia funcional / esomeprazol + domperidona antes de ingerir os alimentos citados

**13. Paciente com constipação há vários anos realizou exame de tempo de trânsito colônico, que foi compatível com inércia colônica. Traz uma lista extensa com tratamentos já realizados. Qual alternativa reúne medicamentos usados no manejo da constipação crônica?**

- Lubiproston, lactulose, racecadotril, escopolamina, loperamida
- Prucaloprida, lubiproston, lactulose, policarbofila cálcica
- Lactulose, colestiramina, policarbofila cálcica, subcitrate de bismuto
- Subcitrate de bismuto, lactulose, lubiproston, racecadotril

**14. Paciente com síndrome do intestino irritável vem com dúvidas sobre substâncias que aceleram ou retardam o trânsito intestinal. Assinale a alternativa que mostra relação correta entre a ação das substâncias e hábito intestinal**

	ACELERAM		RETARDAM	
a.	cafeína	metformina	carbonato de cálcio	olanzapina
b.	carbonato de cálcio	sulfato de magnésio	amitriptilina	azitromicina
c.	orlistat	olanzapina	hidróxido de alumínio	tramadol
d.	polietilenoglicol	hidróxido de alumínio	tramadol	sertralina

**15. Homem, 59 anos, tem cirrose hepática Child-Pugh C, hipovitaminose D, osteopenia, redução da testosterona total e livre, aumento de SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais), LH (hormônio luteinizante) normal e FSH (hormônio folículo-estimulante) normal. Que alternativa resume essas complicações da doença hepática nesse caso?**

- a. Osteodistrofia hepática / hipogonadismo hipogonadotrófico
- b. Osteodistrofia hepática / hipogonadismo hipergonadotrófico
- c. Osteomalácia hepática / hipogonadismo normogonadotrófico
- d. Osteomalácia hepática / hipogonadismo hipergonadotrófico

**16. Um paciente enviou seus exames para o médico avaliar antes da realização de uma teleconsulta. O médico observou anemia macrocítica e deficiência de vitamina B12. Em qual alternativa abaixo todas as condições podem estar associadas aos achados laboratoriais desse paciente?**

- a. Infecção por *Helicobacter pylori*, gastroplastia redutora, homocisteína reduzida, uso crônico de omeprazol
- b. Homocisteína elevada, infecção por *Helicobacter pylori*, anticorpo antifator intrínseco positivo, gastrina reduzida
- c. Homocisteína reduzida, anticorpo antitransglutaminase positivo, gastrina reduzida, pancreatite crônica
- d. Gastroplastia redutora, homocisteína elevada, anticorpo anticélula parietal positivo, gastrina elevada

**17. Sobre um paciente com resposta insatisfatória ao tratamento padrão para doença do refluxo gastroesofágico, marque a opção correta.**

- a. Pode ser um metabolizador rápido do IBP ou portador de esofagite eosinofílica, sendo indicada pHmetria esofágica para esclarecimento
- b. Se houver escape ácido noturno, pode ser benéfica a adição de um bloqueador do receptor H<sub>2</sub> da histamina (famotidina), mas é comum haver taquifilaxia relacionada a essa medicação
- c. Hérnia hiatal por deslizamento pode estar associada à resposta insatisfatória ao tratamento padrão para DRGE, mas é ruim a resposta ao tratamento cirúrgico nesses casos
- d. Escape ácido noturno ou refluxo não ácido são causas de resposta insatisfatória ao tratamento padrão para DRGE, sendo indicado manometria esofágica



**18. No ambulatório multidisciplinar pré-transplante hepático serão discutidos 4 pacientes:**

1	Child A, MELD 7, diabético, cardiopatia isquêmica com revascularização, CHC: 20mm (SVI)
2	Child B, MELD 18, CHC: 2 lesões 23mm (SV) e 28mm (SVIII)
3	Child A, MELD 8, CHC: 30mm (SVI)
4	Child B, MELD 12, CHC: 8 lesões entre 20 e 30mm, com trombose portal tumoral

**CHC: Carcinoma hepatocelular**

**Marque a alternativa que mostra a modalidade de tratamento indicada para cada caso, respectivamente:**

- Radiofrequência / transplante hepático / ressecção cirúrgica / sorafenibe
- Ressecção cirúrgica / ressecção cirúrgica / transplante hepático / sorafenibe
- Alcoolização / transplante hepático / radiofrequência / atezolizumabe-bevacizumabe
- Alcoolização / ressecção cirúrgica / ressecção cirúrgica / atezolizumabe-bevacizumabe

**19. Paciente com hepatite autoimune (pesando 60kg) estava em uso de azatioprina 100mg/dia e prednisona 10mg/dia. A doença não estava em remissão bioquímica, sendo optado por aumentar a dose de azatioprina para 125mg/dia, sem modificação na dose de prednisona. Na consulta seguinte, observou-se aumento das enzimas hepáticas (2x o limite superior), sem aumento de gamaglobulinas.**

**Diante disso, três perguntas foram feitas: 1) Qual a provável causa de aumento das enzimas hepáticas? 2) Quais alterações no hemograma falam a favor da sua hipótese? 3) Qual conduta pode ser tomada agora? Marque a alternativa que contém as respostas corretas para as perguntas 1, 2 e 3.**

	1	2	3
a.	6-metil-mercaptopurina elevada	Macrocitose e linfopenia	Reduzir dose de azatioprina
b.	6-metil-mercaptopurina elevada	Microcitose e anemia	Aumentar dose de prednisona
c.	6-tioguanina elevada	Microcitose e linfopenia	Reduzir dose de azatioprina
d.	6-tioguanina elevada	Macrocitose e anemia	Aumentar dose de prednisona

**20. Mulher de 20 anos, com quadro de retocolite ulcerativa desde os 17 anos de idade, com acometimento do cólon esquerdo. Clinicamente bem, sem queixas. HI=2-3 x ao dia, fezes sem sangue. Em tratamento com Mesalazina 4,8g oral ao dia. Traz colonoscopia com mucosa edemaciada, friável, com erosões em cólon descendente, sigmoide e reto. Na histologia: colite inespecífica, com microabscessos neutrofílicos. Em relação à conduta neste caso, podemos afirmar:**

- a. O tratamento deve ser mantido. A paciente deve ter retornos trimestrais com calprotectina fecal e PCR sérico.
- b. Deve-se manter a mesalazina oral na dose atual e associar mesalazina via retal.
- c. Deve-se iniciar outra classe de medicamento, sendo a primeira escolha o inibidor seletivo de Interleucina-12 e 23.
- d. Não há evidências que favoreçam o uso de Metotrexato para o tratamento da patologia em questão.

**21. No laboratório de patologia clínica, foram recebidas amostras de sangue para realização de exames raramente solicitados. O preceptor separou o resumo clínico dos casos e o nome dos exames solicitados para testar seus residentes. Qual alternativa mostra uma associação lógica entre exames e casos clínicos?**

**Exame I)** Pesquisa de mutação do gene HFE,

**Exame II)** Pesquisa dos anticorpos Anti-GP210 e Anti-SP100,

**Exame III)** Dosagem da enzima conversora de angiotensina,

**Exame IV)** Dosagem sérica do glucagon

**Caso 1)** Homem, 60 anos, com diarreia, perda de peso, humor deprimido há 1 ano, quando teve o diagnóstico de diabetes. Iniciou antidiabéticos orais, porém sem melhora; desenvolveu trombose venosa profunda bilareral em MMII e tomografia de abdome mostra diversas imagens arredondadas e irregulares no fígado com hipercaptação periférica na fase arterial e centro hipodenso.

**Caso 2)** Mulher, 59 anos, queixando-se de fraqueza, desconforto abdominal sem alteração do hábito intestinal há 4 meses. Tinha elevações de enzimas hepáticas: ALT 80 / AST 73 / FA 100 / GGT 80. Função hepática normal. Sorologias virais negativas, FAN, antimitocôndria, AML negativos, imunoglobulinas normais. Biópsia hepática evidenciou hepatite granulomatosa, sem infecção, sem agressão biliar.

**Caso 3)** Homem, 50 anos, com hepatopatia crônica e biópsia mostrando exuberantes impregnações na lâmina quando usada Coloração de Perls (Azul da Prússia).

**Caso 4)** Mulher, 62 anos, com astenia e prurido em palma das mãos e planta dos pés, aumento de fosfatase alcalina e gamaGT 2x o limite superior, FAN(+)

1:320 citoplasmático pontilhado reticular e biópsia hepática mostrando reação ductal florida.

	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
a.	Exame I	Exame II	Exame III	Exame IV
b.	Exame I	Exame II	Exame IV	Exame III
c.	Exame IV	Exame III	Exame I	Exame II
d.	Exame IV	Exame III	Exame II	Exame I

22. Médico do pronto-socorro é informado que receberá três pacientes: 1) imunocompetente com hepatite aguda grave por vírus A, plaquetas 250mil/mm<sup>3</sup> 2) ACLF grau 3, consciente, orientado, sem suporte ventilatório, sem droga vasoativa, plaquetas 50mil/mm<sup>3</sup> e 3) cirrose com hepatite alcoólica com indicação de tratamento com corticoide, plaquetas 100mil/mm<sup>3</sup>. Que alternativa mostra alterações clínicas/laboratoriais compatíveis com os três casos? (ACLF: acute-on-chronic liver failure)

- a. Flapping e enzimas hepatocelulares (AST e ALT) < 1000 UI/L
- b. Enzimas hepatocelulares (AST e ALT) > 1000 UI/L e hepatomegalia
- c. INR > 1,5 e icterícia
- d. Ascite e INR > 3,5

23. Paciente com hepatite C crônica em fase de cirrose hepática já realizou 2 tratamentos para o vírus: interferon-peguilado alfa-2A + ribavirina (por 48 semanas) há 8 anos e sofosbuvir + daclatasvir + ribavirina (por 12 semanas) há 4 anos, ambos sem resposta virológica sustentada. USG de abdome não evidencia lesões focais hepáticas e nem ascite (US-LIRADS 1A). Está assintomático e não faz uso de medicações no momento. Exames: PCR-HCV 4 milhões UI/mL, genótipo 3a, albumina= 3,8 g/dL, bilirrubina total= 1,2 mg/dL, INR= 1,2, ALT= 190U/L (<35), AST 100U/L (<35), alfafetoproteína 20ng/dL (<7), creatinina= 0,8mg/dL (<1,0). Qual é a conduta correta neste momento?

- a. Tratar o vírus C com glecaprevir + pibrentasvir + sofosbuvir + ribavirina por 12 semanas
- b. Realizar ressonância magnética com contraste hepatoespecífico
- c. Não tratar o vírus C agora e realizar tomografia de abdome com contraste iodado em 3 meses
- d. Tratar o vírus C com sofosbuvir + ledipasvir + ribavirina por 24 semanas

**24. Analise os 2 pacientes:**

- 1. Homem, 69 anos, com cardiopatia dilatada chagásica e insuficiência cardíaca congestiva há vários anos, dilatação de veia cava inferior e veias hepáticas, causando hepatomegalia e ascite nos últimos meses**
- 2. Mulher, 59 anos, obesa, diabética, com dislipidemia e ultrassonografia de abdome evidenciando esteatose hepática há vários anos, com elevação de ALT e GGT**

**Sobre esses casos, é correto afirmar:**

- a. Edema, balonização e inclusões citoplasmáticas são achados histológicos esperados nos dois casos
- b. Nos dois casos, as alterações histológicas hepáticas geralmente têm início na zona 3 (perivenular)
- c. Progressão para cirrose hepática só é possível em um dos casos
- d. Nos dois casos, a evolução natural da doença sem tratamento pode causar ascite, mas um deles tem tipicamente gradiente de albumina soroascite < 1,1g/dL

**25. Paciente com colestase intra-hepática familiar progressiva refere prurido importante em palmas e plantas, principalmente à noite. Faz uso de ácido ursodesoxicólico, colestiramina, sertralina, desloratadina. Marque a alternativa com opções terapêuticas efetivas contra o prurido nesse caso.**

- a. Fenobarbital e rifaximina
- b. Ranitidina e fenofibrato
- c. Rifampicina e naltrexona
- d. Rifaximina e naloxona

**26. Sobre o acometimento hepatobiliar na gestante assinale a alternativa correta:**

- a. Elevações de AST e ALT (<10x o limite superior) falam contra o diagnóstico de hiperêmese gravídica na paciente com vômitos no primeiro trimestre
- b. O hiperestrogenismo da gestação aumenta o risco de formação de cálculos nas vias biliares
- c. Na colestase intra-hepática gestacional o ácido ursodesoxicólico está indicado apenas quando os níveis de ácidos biliares são maiores que 40-50 micromol/L
- d. A causa mais comum e mais grave de elevação de enzimas hepáticas na gestação é a síndrome HELLP

**27. Paciente de 18 anos, previamente hígido, nega uso de medicações. Há 3 meses apresentando quadro de melena intermitente, associada à dor abdominal. Traz endoscopia digestiva alta mostrando gastrite enantematosa leve de antro (teste de urease negativo) e colonoscopia normal. Qual alternativa representa a hipótese diagnóstica mais provável e exame a ser solicitado:**

- a. Divertículo de Meckel e cintilografia com hemáceas marcadas com tecnécio-99.
- b. Linfoma intestinal e cintilografia com albumina marcada com tecnécio-99.
- c. Doença de Crohn e enterorressonância.
- d. Angiectasia intestinal e cápsula endoscópica.

**28. Homem, 50 anos, com dor abdominal, náusea vômitos, perda de 2kg por 1 mês. Refere episódios de febre, mas sem aferição da temperatura. Tomografia de abdome, corte axial, fase venosa, está demonstrada abaixo. É alérgico a penicilina benzatina e dipirona. Qual é a conduta correta? (EV: via endovenosa, VO: via oral, USG: ultrassonografia)**



- a) Metronidazol EV / paracetamol VO / não realizar punção da lesão
- b) Meropenem EV / tramadol EV / punção guiada por USG
- c) Ceftriaxone + Clindamicina EV / paracetamol VO / não realizar punção da lesão
- d) Amoxicilina-Clavulanato EV / tramadol EV / punção guiada por USG

**29. Médico, 25 anos, percebeu que estava icterico após um plantão de 24h bastante conturbado. Não tinha história de hepatopatia e não ingeria álcool. Realizou exames e detectou hiperbilirrubinemia indireta, com enzimas hepáticas normais e provas de hemólise negativas. USG de abdome era normal. Sobre a principal hipótese diagnóstica, é verdadeiro:**

- a. É mais comum em mulheres e em pessoas com diabetes mellitus tipo 2
- b. Para o diagnóstico, realiza-se o estudo molecular do gene SERPINA 1
- c. Existe menor risco de intoxicação por paracetamol, bem como de miopatia por fibrato + estatina
- d. Isotretinoína e fenobarbital geralmente normalizam os níveis de bilirrubina indireta

30. **Qual sua orientação em relação ao intervalo adequado para a próxima colonoscopia nas seguintes situações:**

**Caso 1)** Homem, 45 anos, sem histórico familiar ou pessoal de CCR. Colonoscopia com 8 pólipos, tamanhos variando de 1 a 5 mm, localizados em reto e sigmoide distal. Histologia: Pólipos hiperplásicos.

**Caso 2)** Mulher, 62 anos, sem histórico familiar ou pessoal de CCR. Colonoscopia com lesão de crescimento lateral medindo 25 mm, localizada em cólon ascendente, ressecada em “piecemeal”, 3 fragmentos. Histologia: Adenoma tubular com neoplasia intra-epitelial de baixo grau.

**Caso 3)** Mulher, 55 anos, sem histórico familiar ou pessoal de CCR. Colonoscopia com pólipo pediculado único de 15 mm, localizado em cólon descendente, ressecado com alça em monobloco. Histologia adenoma tubuloviloso com neoplasia intra-epitelial de baixo grau.

**Caso 4)** Homem, 57 anos, sem histórico familiar ou pessoal de CCR. Colonoscopia com pólipo sésil único de 15 mm, localizado em cólon ascendente, ressecado com alça em monobloco. Histologia adenoma sésil serrilhado.

**CCR: Câncer colorretal**

	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>
a.	5 anos	3 meses	1 ano	3 anos
b.	10 anos	6 meses	3 anos	3 anos
c.	5 anos	1 ano	3 anos	1 ano
d.	10 anos	3 meses	1 ano	1 ano

