

# CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS

## MISSÃO INSTITUCIONAL

*Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.*

## EDITAL N.º 04/2013 DE PROCESSOS SELETIVOS

### PS 38 - MÉDICO I (Gastroenterologia Pediátrica)

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Inscrição n.º: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### EDITAL N.º 04/2013 DE PROCESSOS SELETIVOS

#### GABARITO APÓS RECURSOS

##### PROCESSO SELETIVO 38

##### MÉDICO I (Gastroenterologia Pediátrica)

01.	B	11.	B	21.	E
02.	B	12.	E	22.	E
03.	C	13.	A	23.	C
04.	E	14.	E	24.	B
05.	E	15.	D	25.	D
06.	D	16.	A		
07.	C	17.	E		
08.	C	18.	D		
09.	D	19.	A		
10.	E	20.	B		



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

# INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 **O candidato deverá responder à Prova Escrita, utilizando caneta esferográfica de tinta azul, fabricada em material transparente. Não será permitido o uso de lápis, lapiseira/grafite e/ou borracha e de caneta que não seja de material transparente durante a realização da Prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 6 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- 7 Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **duas horas e meia (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 **O candidato somente poderá se retirar da sala de Prova uma (1) hora após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de Prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O Candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de Prova.**
- 11 **Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um Fiscal.** (conforme subitem 7.15.7 do Edital de Abertura)
- 12 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

**Boa Prova!**

**01.** Em relação ao tratamento da doença inflamatória intestinal, considere as afirmações abaixo.

- I - A nutrição enteral tem papel terapêutico na doença de Crohn e na colite ulcerativa, podendo ser utilizada de forma exclusiva ou suplementar.
- II - A fórmula polimérica é superior às formulas elementares quando utilizadas por período não inferior a 6 a 8 semanas.
- III- A dieta enteral e o uso de corticoides apresentam resultados semelhantes na indução de remissão da doença de Crohn.

Quais estão corretas?

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

**02.** Criança de 3 anos, sexo feminino, consulta com história de diarreia crônica, perda de peso e artralgia. Possui anticorpo antitransglutaminase positivo e biópsia duodenal, demonstrando presença de linfócitos intra-epiteliais; sem atrofia vilositária. A melhor conduta para o caso é

- (A) iniciar dieta sem glúten e sem proteína do leite de vaca.
- (B) repetir a endoscopia com biópsia de bulbo duodenal e solicitar antígenos de histocompatibilidade DQ2 e DQ8.
- (C) não modificar a dieta e seguir com acompanhamento clínico.
- (D) solicitar anticorpos anti gliadina e antiendomísio.
- (E) repetir a biópsia após 2 anos para controle de seguimento clínico-laboratorial.

**03.** Em relação à alergia alimentar, considere as afirmações abaixo.

- I - O teste de desencadeamento oral, com leite de vaca, é utilizado tanto para o diagnóstico, quanto para a avaliação de tolerância em pacientes com alergia alimentar mediadas e não mediadas por IgE.
- II - A indução de tolerância é influenciada pela dose e frequência da exposição ao alérgeno. A tolerância para baixas doses pode ser mediada pela ativação de células Treg com funções supressoras.
- III- Proctite, proctocolite e síndrome da alergia oral são reações mediadas por IgE.

Quais estão corretas?

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

**04.** Em relação às expressões histológicas ou clínicas das poliposes intestinais, considere as afirmações abaixo.

- I- Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) acomete predominantemente o cólon e associa-se ao risco de câncer de cólon no adulto jovem.
- II - Síndrome de Peutz-Jeghers apresenta pólipos hamartomatosos com predomínio no intestino delgado e associado com hiperpigmentação em lábios, olhos e nariz.
- III- Pólipo juvenil é hamartomatoso e geralmente solitário ou em pequeno número no cólon ou reto.

Quais estão corretas?

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

**05.** Em relação à falência intestinal, considere as afirmações abaixo.

- I - Os cateteres centrais de inserção periférica permitem o uso de soluções hiperosmolares por tempo prolongado.
- II - Idade do paciente, comprimento de intestino delgado remanescente, presença de válvula ileocecal e supercrescimento bacteriano são fatores preditores de prognóstico do paciente com síndrome do intestino curto.
- III- A nutrição parenteral domiciliar é o tratamento de escolha para os pacientes com falência intestinal causada por síndrome do intestino curto.
- IV- São indicações de transplante intestinal: doença hepática associada à complicação de nutrição parenteral e retocolite ulcerativa grave.

Quais estão corretas?

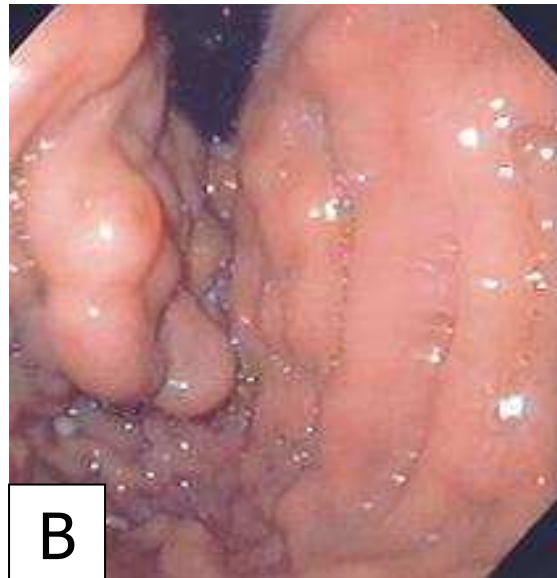
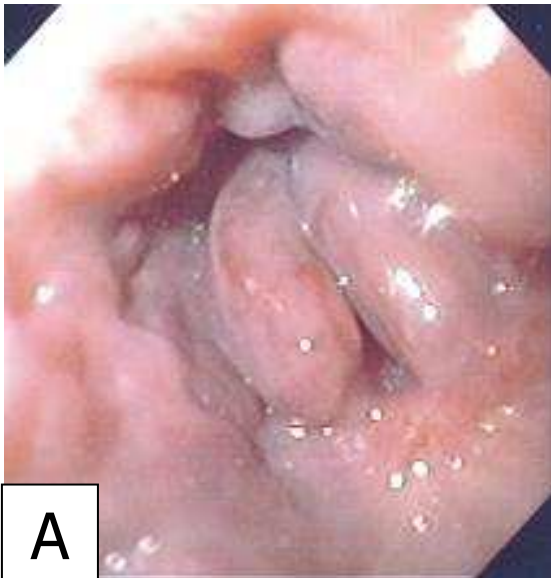
- (A) Apenas II.
- (B) Apenas IV.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e IV.
- (E) Apenas I, II e III.

- 06.** Paciente masculino de 4 anos de idade, em pós-operatório tardio de transplante renal, é internado por quadro clínico de odinofagia e dor epigástrica. Realiza esofagogastroduodenoscopia (EGD) que apresenta lesão em terço distal do esôfago, conforme figura abaixo.



Assinale a alternativa que indica a principal hipótese diagnóstica e local(s) de biópsia(s) para sua confirmação, respectivamente.

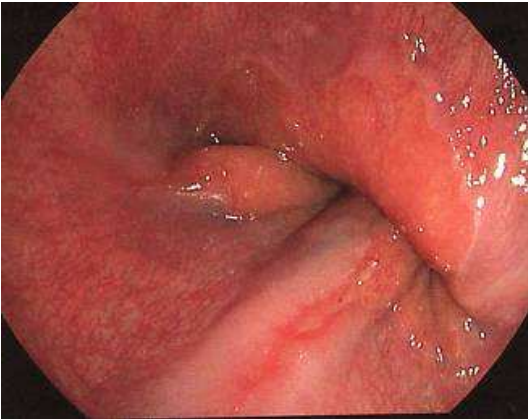
- (A) Esofagite herpética; biópsia apenas da base da lesão.  
 (B) Esofagite herpética; biópsia da base e da borda da lesão.  
 (C) Esofagite por citomegalovírus; biópsia apenas da borda da lesão.  
 (D) Esofagite por citomegalovírus; biópsia da base e da borda da lesão.  
 (E) Esofagite por citomegalovírus; biópsia apenas da base da lesão.
- 07.** Paciente com diagnóstico de hipertensão portal realiza EGD de controle de varizes, conforme imagens abaixo: figura A: esôfago; figura B: estômago.



Assinale a alternativa que indica os diagnósticos endoscópicos, considerando a classificação de varizes esofágicas da Sociedade Japonesa para Hipertensão Portal e a classificação de Sarin para varizes gástricas, respectivamente.

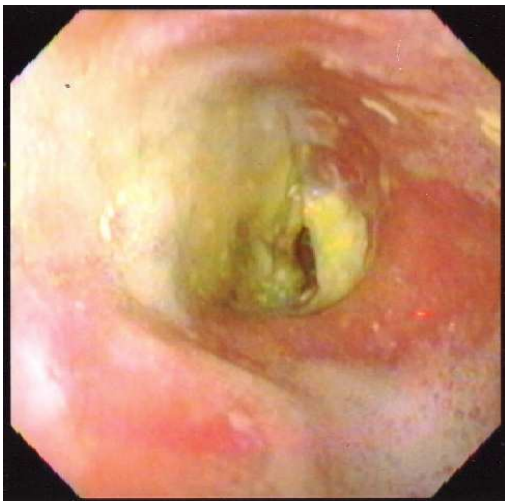
- (A) F1 ; GOV1.  
 (B) F1 ; IGV1  
 (C) F3 ; GOV1.  
 (D) F2 ; IGV1.  
 (E) F3 ; IGV2.

- 08.** Paciente de 12 anos de idade, imunocompetente, apresenta clínica de pirose e epigastralgia, há 18 meses. Realiza, ambulatorialmente, EGD, conforme imagem abaixo.



Assinale a alternativa que indica o diagnóstico endoscópico correto.

- (A) Exame endoscópico normal.  
 (B) Esofagite péptica grau A de Los Angeles.  
 (C) Esofagite péptica grau B de Los Angeles.  
 (D) Esofagite péptica grau C de Los Angeles.  
 (E) Esofagite péptica grau D de Los Angeles.
- 09.** Paciente de 14 anos de idade apresenta disfagia progressiva, há 24 meses, acompanhada de perda de peso, dor retroesternal e um quadro de pneumonia de padrão aspirativo nesse período. Realiza EGD de investigação, com jejum de 24 horas para o exame. Considere a imagem de esôfago abaixo, após a realização do exame endoscópico completo.



Assinale a alternativa que indica a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Estenose péptica.  
 (B) Esofagite eosinofílica com estenose.  
 (C) Esofagite por cândida com estenose.  
 (D) Acalásia.  
 (E) Estenose cáustica.

- 10.** Criança de 6 anos de idade consulta com relato de evacuações de fezes escurecidas com odor fétido, há dois dias, e queixa de dor epigástrica. Na última semana, usou anti-inflamatório não esteroide (AINES), durante 3 dias, para tratamento sintomático de amigdalite. Realiza EGD, cuja imagem está representada na figura abaixo. Considere as classificações de Forrest Modificada (prognóstico de ressangramento) e de Sakita (ciclo vital da úlcera).



Assinale a alternativa que indica o diagnóstico endoscópico para esse caso, considerando ambas as classificações, respectivamente.

- (A) Forrest Ia ; H1 de Sakita.  
 (B) Forrest Ib ; H1 de Sakita.  
 (C) Forrest II ; H2 de Sakita.  
 (D) Forrest IIb ; S2 de Sakita.  
 (E) Forrest III ; A2 de Sakita.
- 11.** Lactente com Síndrome de Alagille apresenta intenso prurido que compromete sua qualidade de vida. Foi iniciado o uso de ácido ursodeoxicólico, há 6 meses, na dose de 20 mg/kg/dia, mas não houve melhora do prurido. Qual a conduta mais adequada para o caso?
- (A) Evitar o uso de rifampicina, devido ao elevado risco de hepatotoxicidade pela droga.  
 (B) Tentar o uso de um quelante de sais biliares, atentando-se para seus paraefeitos em um lactente colestático.  
 (C) Excluir o uso do fenobarbital, pois não há qualquer evidência de sua eficácia no tratamento do prurido na colestase.  
 (D) Aumentar a dose do ácido ursodeoxicólico, desde que o seu uso esteja adequadamente comprovado para o tratamento do prurido.  
 (E) Indicar transplante hepático.

**12.** Relacione a coluna da direita com a da esquerda, associando as condições clínicas aos prováveis diagnósticos etiológicos das doenças colestáticas crônicas de origem familiar.

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| (1) Insuficiência pancreática exócrina                         | ( ) PFIC1             |
| (2) Malignidade extra-hepática                                 | ( ) PFIC2             |
| (3) Há o risco de perda do enxerto hepático devido à esteatose | ( ) Síndrome Alagille |

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, da coluna da direita, de cima para baixo, é

- (A) 1 – 3 – 2.  
 (B) 2 – 3 – 1.  
 (C) 2 – 1 – 3.  
 (D) 3 – 1 – 2.  
 (E) 3 – 2 – 1.

**13.** Em um bebê com atresia biliar, os achados de biópsia, indicadores de obstrução mecânica extra-hepática esperados incluem \_\_\_\_\_. O estudo ecográfico, além de ser método operador-dependente, tende a produzir resultados falsamente \_\_\_\_\_ em relação à presença do cordão triangular fibroso no hilo hepático. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada \_\_\_\_\_ um método diagnóstico a ser amplamente empregado na investigação da colestase neonatal, de modo a evitar a realização da laparotomia exploradora. Idade de 90 dias de vida \_\_\_\_\_ a realização desse último procedimento, bem como a de uma portoenteroanastomose.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do texto acima.

- (A) expansão portal, reação ductular e tampões em ductos neoformados – negativos – não constitui – não contraindica  
 (B) reação ductular, pontes fibrosas e tampões canaliculares – positivos – não constitui – não contraindica  
 (C) reação ductular, pontes fibrosas e pseudoácinos – positivos – constitui – contraindica  
 (D) expansão portal, reação ductular e degeneração hepatocitária – negativos – não constitui – contraindica  
 (E) expansão portal, reação ductular e tampões em ductos neoformados – negativos – constitui – não contraindica

**14.** Paciente de 1 ano de idade, icterico desde os primeiros dias de vida, apresenta desnutrição crônica, esteatorreia e ausência de prurido. Seus exames demonstram: Bilirrubina total: 2 mg/dL (ref: 0 - 1,4 mg/dL); Bilirrubina de reação direta: 1,5 mg/dL (ref: 0 - 0,4 mg/dL); Aspartato aminotransferase: 450 UI/L (ref: 0 - 60 UI/L); Alanina aminotransferase: 350 UI/L (ref: 0 - 50 UI/L); Fosfatase alcalina: 1500 UI/L (ref: 75 - 375 UI/L); Gamaglutamil transpeptidase: 20 UI/L (ref: 0 - 50 UI/L); Colesterol sérico: 200 mg/dL (ref: 80 - 200 mg/dL). Ecografia abdominal demonstra hepatoesplenomegalia e padrão ultrassonográfico heterogêneo no parênquima; biópsia hepática percutânea com características de hepatite neonatal (transformação gigantocelular), com leve reação ductular, porém já evidenciando fibrose moderada.

Considerando a história clínica desse paciente e os exames acima apresentados, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) PFIC1.  
 (B) PFIC2.  
 (C) PFIC3.  
 (D) Síndrome de Alagille.  
 (E) Deficiência de 3-beta-OH-desidrogenase.

**15.** Em relação à deficiência de alfa-1-antitripsina, assinale a alternativa correta.

- (A) A deficiência de alfa-1-antitripsina tem distribuição universal nas diferentes populações e a prevalência da variante PiZ situa-se em torno de 1:1.800.  
 (B) 50% das crianças homozigotas ZZ apresentam manifestações clínicas e laboratoriais sugestivas de doença hepática crônica.  
 (C) As crianças homozigotas ZZ, com manifestações clínicas no período neonatal (colestase), usualmente evoluem com icterícia persistente e hepatopatia crônica.  
 (D) O baixo nível sérico de alfa-1-antitripsina é o resultado da produção de proteínas com alteração na sua estrutura molecular.  
 (E) Lesões hepáticas e pulmonares são resultantes do baixo nível sérico da alfa-1-antitripsina.



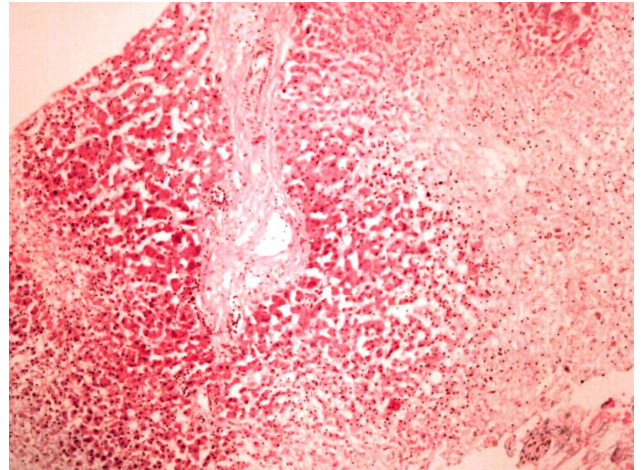
**16.** Paciente feminina, 14 anos, foi encaminhada para avaliação, após detecção de aumento de transaminases, antes da prescrição de antifúngicos. Previamente hígida e aparentemente assintomática. Não há história de transfusão, uso crônico de medicamentos, álcool, drogas ilícitas, *piercing* ou tatuagens. Pais não consanguíneos, dois irmãos hígidos. Ao exame físico, encontra-se anictérica, eutrófica, com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, elástico-resistente, borda romba, indolor. Há esplenomegalia (baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo) e teleangiectasias esparsas. Diante da suspeita de hepatite autoimune, são solicitados exames pré-biópsia, visando probabilidade diagnóstica. Considere os critérios simplificados, cujos resultados estão descritos abaixo.

Variável	Resultado
Fator Antinúcleo (FAN)	Não Reagente
Antimúsculo Liso	1/200
Antimicrosomal Fígado-Rim	1/80
IgG	5 x limite superior de referência
HBsAg	Não Reagente
Anti-HBs	Reagente
Anti-HBc total	Não Reagente
Anti-HVA total	Reagente
Anti-HVC	Não Reagente

Assinale a alternativa que contempla a interpretação dos dados acima.

- (A) Diagnóstico provável de hepatite autoimune.
- (B) Diagnóstico definitivo de hepatite autoimune.
- (C) Diagnóstico improvável de hepatite autoimune.
- (D) Diagnóstico muito provável de hepatite autoimune.
- (E) Diagnóstico indefinido.

**17.** Paciente masculino, 10 anos, consulta por história de aumento abdominal progressivo e discreto edema de membros inferiores. Refere ter observado coloração amarelada de conjuntivas, mas nega colúria, acolia e história de sangramento. Imunizado para hepatite A e B. Sem história de transfusão sanguínea prévia. Informa ainda fadiga, dispneia aos médios esforços e tosse produtiva por mais de 4 semanas. Nega febre. Ao exame físico, está emagrecido, icterico (++/4+), possui fígado palpável a 8 cm do rebordo costal direito, firme, e o baço parece ser palpável. Não há outros sinais periféricos de doença hepática crônica; não há edema escrotal, havendo um discreto edema de tornozelos. A ecografia com *Doppler* evidencia hepatomegalia, sem esplenomegalia, aumento do diâmetro da veia cava inferior, veia porta com fluxo hepatopetal e supra-hepáticas com fluxo hepatofugal, calibres usuais. Esses dados são confirmados pela angiotomografia. A biópsia hepática tem o seguinte aspecto:



Assinale o diagnóstico provável para o caso.

- (A) Síndrome de Obstrução da Veia Cava Inferior.
- (B) Síndrome de Obstrução Sinusoidal.
- (C) Esclerose hepatoportal.
- (D) Fístula Arterioportal Intra-Hepática.
- (E) Pericardite Constrictiva.



**18.** Paciente masculino, 3 anos de idade, cirrótico por atresia biliar, é internado por ascite grau 3 e febre iniciada há 36 horas. Encontra-se abatido, icterico, edemaciado, febril. Na suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE), é feita uma paracentese que confirma esse diagnóstico. Há prolongamento do INR, elevações de bilirrubinas e transaminases, hipoalbuminemia, creatinina sérica 1,5 vezes o valor prévio do paciente e concentrações séricas de sódio e potássio no limite inferior de normalidade. É iniciado uma cefalosporina de 3ª geração, infusão de albumina e diuréticos (espironolactona associada à furosemida, na proporção 4:1). O paciente evolui com melhora dos exames laboratoriais hepáticos, perda ponderal de 400 g/dia e significativa diminuição da ascite; passa a referir sede, com diminuição da diurese. Laboratorialmente, observa-se aumento da creatinina (2 vezes o valor de admissão), hiponatremia (sódio sérico: 125 mEq/L), discreta hipercalemia (potássio sérico: 5,8 mEq/L) e a densidade urinária está aumentada. Assinale a alternativa que contempla, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento específico para este caso.

- (A) Síndrome hepatorenal tipo 1; expansão com albumina humana.
- (B) Síndrome hepatorenal tipo 2; otimização do tratamento da PBE.
- (C) Hiponatremia por diluição; restrição hídrica.
- (D) Hiponatremia hipovolêmica; administração de solução salina.
- (E) Síndrome hepatoadrenal; uso de hidrocortisona.

**19.** Numere a coluna da direita de acordo com a da esquerda, associando os erros inatos do metabolismo aos exames laboratoriais capazes de fazer a triagem ou confirmar cada diagnóstico.

Erros inatos do metabolismo	Exames laboratoriais
I. Glicogenose 1a	( ) Ceruloplasmina sérica
II. Doença de Wilson	( ) Glicose-6-fosfatase tecidual
III. Hipertirosinemia tipo 1	( ) Teste de Filipin em cultura de fibroblastos
IV. Galactosemia	( ) Galactose-1-fosfato-uridiltransferase eritrocitária
V. Nieman Pick C	( ) Succinil acetona urinária

A sequência correta de preenchimento dos parênteses da coluna da direita, de cima para baixo, é

- (A) II – I – V – IV – III.
- (B) II – IV – III – I – V.
- (C) III – V – I – IV – II.
- (D) IV – III – V – I – II.
- (E) I – II – IV – III – V.

**20.** O parágrafo abaixo refere-se à avaliação de pacientes pediátricos com ascite cirrótica.

A paracentese diagnóstica está indicada \_\_\_\_\_, sendo contra-indicações absolutas ao procedimento \_\_\_\_\_. Na avaliação laboratorial da ascite são considerados testes rotineiros: \_\_\_\_\_; testes opcionais: \_\_\_\_\_; e testes pouco úteis: \_\_\_\_\_.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do texto acima.

- (A) aos pacientes febris, admitidos em hospitais – prolongamento do INR e contagem de plaquetas inferiores a 50 mil – contagem total e diferencial de células e cultura – glicose, LDH e amilase – pH e lactato
- (B) aos pacientes com ascite recente, admitidos em hospitais ou em descompensação clínica – fibrinólise e coagulação intravascular disseminada – contagem total e diferencial de células, albumina e proteínas totais – cultura, glicose e amilase – pH, lactato e colesterol
- (C) aos pacientes com ascite recente ou em descompensação clínica – coagulação intravascular disseminada – contagem total e diferencial de células, cultura e proteínas totais – albumina, glicose e amilase – pH, lactato e colesterol
- (D) aos pacientes com ascite recente, admitidos em hospitais ou em descompensação clínica – contagem de plaquetas inferiores a 50 mil e coagulação intravascular disseminada – contagem total e diferencial de células, albumina e proteínas totais – cultura, glicose e amilase – pH, lactato e colesterol
- (E) aos pacientes com ascite e febre, admitidos em hospitais ou em descompensação clínica – fibrinólise e coagulação intravascular disseminada – contagem total e diferencial de células, albumina e proteínas totais – cultura, glicose e amilase – pH, lactato e colesterol

- 21.** Lactente de 27 dias, sexo feminino, é internada para investigação de quadro de irritabilidade e icterícia progressiva. Colúria, hipocolia e anasarca são observadas desde o nascimento. É o primeiro filho de um casal não consanguíneo. A mãe da criança teve duas gestações prévias de outro casamento, sendo que houve um abortamento espontâneo na segunda gestação. O seu primeiro filho é um menino hígido. Criança em uso de fórmula à base de proteína do leite de vaca. Os exames da admissão, solicitados na unidade de emergência, estão listados abaixo, com os valores de referência quando necessário:

Exames laboratoriais	Resultados (valores de referência)
Hemograma	Hb: 8,5 g/dL; Ht:26%, Leucócitos totais: 10.000 (6% bastões, 35% segmentados, 4% eosinófilos, 8% monócitos, 48% linfócitos)
Plaquetas	60.000
INR	3,5
AST	800 (<40 U/L)
ALT	900 (<40 U/L)
Bilirrubinas Totais / Fração Direta	10,5 (mg/dL) / 7,2 (mg/dL)
Albumina	2,5 g/dL (3,5-5,5 g/dL)
Ureia	60 mg/dL (20-40 mg/dL)
Creatinina	1,2 mg/dL (valor basal da criança: 0,3 mg/dL)
Sódio sérico	125 mEq/L (135-140 mEq/L)
Potássio sérico	5,2 mEq/L (3,5-5,5 mEq/L)
Glicose	60 mg/dL
Liquor	Normal, sorologia para vírus herpes negativo
Hemocultura	Sem resultado definitivo

Diante de um quadro de insuficiência hepática aguda em um lactente, algumas medidas podem ser salvadoras. No caso dessa criança, que medidas poderiam ser tomadas, após coleta de exames complementares apropriados?

- (A) N-acetil cisteína em bolus, endovenosa e transfusão de plasma fresco.
- (B) N-acetil cisteína em infusão venosa contínua e infusão de albumina.
- (C) N-acetil cisteína venosa, a cada 12 horas, prescrição de fórmula sem lactose.
- (D) N-acetil cisteína em bolus, endovenosa, transfusão de plasma, prescrição de fórmula sem lactose.
- (E) N-acetil cisteína em infusão venosa contínua, transfusão de imunoglobulina, prescrição de fórmula sem lactose.

- 22.** A infecção por CMV, no paciente transplantado de fígado, está associada a uma pior sobrevida. Quando a criança receptora apresenta sorologia negativa para o CMV, no momento do transplante, e o órgão recebido é proveniente de um doador falecido CMV positivo, qual a conduta mais adequada?

- (A) O órgão não deve ser utilizado porque o risco de infecção aguda pelo CMV é muito grande.
- (B) O órgão deve ser utilizado e a profilaxia feita com Aciclovir IV e doses menores de corticoesteroides.
- (C) Se o receptor tiver antigenemia positiva para CMV, o transplante pode ser feito sem necessidade de tratamento profilático.
- (D) O transplante deve ser feito e o tratamento com Ganciclovir IV iniciado, quando a antigenemia positivar.
- (E) O transplante deve ser feito e há indicação de tratamento profilático com Ganciclovir ou Valganciclovir por, pelo menos, 100 dias.

- 23.** Observe as afirmações abaixo sobre transplante hepático.

- I - A indicação mais frequente de transplante hepático pediátrico é a atresia biliar.
- II - A trombose da artéria hepática precoce é a complicação cirúrgica de maior mortalidade pós-transplante.
- III - A técnica de redução hepática é ideal para adequar tamanho do enxerto de pacientes adultos para crianças, sendo essa a primeira escolha, mesmo quando for possível a bipartição (*Split*).
- IV - A terapia de indução com timoglobulina deve ser utilizada de forma rotineira no transplante de fígado pediátrico.
- V - A presença de esteatose hepática moderada e tempo de isquemia fria prolongado aumenta o risco de não funcionamento primário do enxerto.

Quais estão corretas?

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

**24.** A portaria de n.º 1.160, de 29 de maio de 2006, modificou os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade do estado clínico do paciente. Nos candidatos a receptor com idade menor de 12 anos, o valor do PELD (*pediatric end stage liver disease*) é multiplicado por três ("PELD ajustado"). Essa medida tem o objetivo de harmonização com os valores do MELD (*model end stage liver disease*), uma vez que a lista dos candidatos a receptor é única, tanto para crianças quanto para adultos. Em algumas situações, o valor mínimo do PELD ajustado será 30. Assinale a alternativa abaixo cujo quadro clínico **NÃO** se enquadra no critério especial.

- (A) Tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado e sem doença extra-hepática detectável.
- (B) Hepatoblastoma e/ou hepatocarcinoma e/ou carcinoma fibrolamelar, de qualquer tamanho, desde que irressecável.
- (C) Síndrome hepatopulmonar – PaO<sub>2</sub> menor que 60mm/Hg em ar ambiente.
- (D) Hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental.
- (E) Doenças metabólicas.

**25.** Paciente com 1 ano e 8 meses, pesando 8.400g, submetido a transplante hepático com doador vivo (segmento lateral esquerdo), apresenta, no 5º dia pós-operatório, irritabilidade, febre, icterícia e aumento significativo das aminotransferases e do nível sérico de tacrolimus (18 ng/dL). A conduta mais adequada nesta situação é

- (A) suspender a próxima dose do tacrolimus e aguardar evolução clínica.
- (B) solicitar culturas do sangue e urina, repetir nível sérico do tacrolimus e manter o paciente hidratado.
- (C) iniciar com antibioticoterapia de amplo espectro e reduzir pela metade a dose do tacrolimus.
- (D) fazer uma ecografia com *Doppler* de urgência, pois a primeira hipótese é suspeita de trombose da artéria hepática.
- (E) suspender a dieta do paciente pelo risco de aspiração e suspender o tacrolimus.