



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

**EDITAL Nº 03/2021**  
**DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)**

**MISSÃO**

*Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.*

**PS 15 - MÉDICO I**  
**(Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica)**

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

**ATENÇÃO:** transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

**Deus ajuda a quem cedo madruga.**



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

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

Inscrição nº: \_\_\_\_\_

# 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 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, exceto em situações previamente autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei (como o caso presente do uso obrigatório de máscara, em virtude da pandemia do Coronavírus). **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, 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.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

**01.** Durante a avaliação do lactente com colestase, um grande arsenal de exames (imagem, laboratório e histologia) são utilizados com o objetivo de definir a etiologia. Dos exames abaixo listados, qual o considerado, atualmente, como padrão-ouro para o diagnóstico de atresia biliar?

- (A) Ultrassonografia abdominal com visualização do sinal do cordão triangular.
- (B) Cintilografia hepatobiliar sem evidência de excreção intestinal do contraste.
- (C) Colangiorressonância com demonstração de rarefação da árvore biliar intra e extra-hepática.
- (D) Histologia (proliferação ductal, *plugs* biliares, edema e arquitetura lobular preservada).
- (E) Colangiografia transoperatória associada à histologia do ducto remanescente.

**02.** No que diz respeito ao tratamento da ascite cirrótica, é correto afirmar:

- (A) pacientes com o primeiro episódio de ascite grau 2 (moderada) devem iniciar o tratamento com uma droga antimetabólica, associada ao diurético de alça, furosemida.
- (B) terapia diurética não é recomendada em pacientes com encefalopatia hepática crônica, clinicamente evidente.
- (C) paracentese terapêutica (remoção de ascite >50 mL/Kg) associada ao uso combinado de antimetabólica e furosemida é o tratamento de escolha para pacientes com diagnóstico confirmado de ascite refratária.
- (D) em pacientes com ascite grau 3, constituem-se contraindicações à paracentese terapêutica: INR > 1,5 e plaquetas < 50.000.
- (E) expansão plasmática com albumina (coloide), *ringer lactato* ou *plasma lyte* (ambos cristaloides) está indicada na prevenção da disfunção circulatória pós-paracentese terapêutica.

**03.** Considere os quadros clínicos e as suspeitas diagnósticas abaixo.

#### Quadro Clínico

- I - Paciente masculino, dois meses, com história de colestase desde o nascimento, irritabilidade e hepatoesplenomegalia. Em aleitamento materno exclusivo. Os exames laboratoriais evidenciavam: coagulopatia, hipoalbuminemia, transaminases discretamente elevadas, proteinúria, acidose, fósforo baixo e alfafetoproteína elevada.
- II - Paciente feminina, recém-nascida, pretermo, com evidências de sepse nas primeiras duas semanas de vida, hipoglicemia, vômitos e severa instabilidade hemodinâmica, hemocultura positiva para *E. coli*. Em uso de fórmula para prematuro e aleitamento materno. Havia hepatomegalia e ascite grau 2. O exame laboratorial revelou colestase, coagulopatia e hipoalbuminemia.
- III - Paciente masculino, três anos, com história de colestase no período neonatal associado a importante hepatoesplenomegalia. A colestase regrediu espontaneamente. Aos dois anos de idade foi observado atraso nos marcos de desenvolvimento motor e hipotonia. Ao exame físico, observaram-se hepatoesplenomegalia, baixo peso e estatura, hipotonia muscular. As transaminases estavam elevadas e havia discreta hipoalbuminemia.

#### Suspeita Diagnóstica

- a) Tirosinemia tipo I
- b) Frutosemia
- c) Galactosemia
- d) Glicogenose IV
- e) Nieman-Pick C

Assinale a alternativa que associa de forma correta, os quadros clínicos às suspeitas diagnósticas.

- (A) Ia – IIb – IIIc.
- (B) Ic – IIc – IIIa.
- (C) Ia – IIc – IIIe.
- (D) Ie – IIa – IIIb.
- (E) Ib – IIe – IIId.

**04.** Paciente com cirrose secundária à atresia biliar, em lista para transplante hepático, procura a emergência por história de edema generalizado, piora da ascite e da icterícia. Esses sinais clínicos são comprovados ao exame físico. À avaliação laboratorial, observam-se, além da bioquímica hepática alterada e prolongamento do INR, um valor de ureia 1,5 vez acima do valor de referência e creatinina igual a 0,8 mg/dL. Não há relato de uso de drogas nefrotóxicas e há uma discreta melhora da ureia após retirada de diuréticos, hidratação venosa e infusão de albumina; a creatinina se mantém em 0,9 mg/dL. Ao se fazer uma revisão rápida no prontuário do paciente, observa-se que a creatinina anterior dosada há 30 dias (creatinina mais próxima desta admissão) era igual a 0,4 mg/dL. Qual o diagnóstico e conduta imediatos para este caso?

- (A) Lesão renal aguda associada à cirrose estágio 1 (AKI-1). Iniciar midodrine e octreotide.
- (B) Lesão renal aguda associada à cirrose estágio 2 (AKI-2). Iniciar noradrenalina.
- (C) Lesão renal aguda associada à cirrose estágio 3 (AKI-3). Indicar diálise.
- (D) Síndrome hepatorenal não associada à lesão renal aguda (NAKI). Transplante fígado-rim.
- (E) Síndrome hepatorenal. Transplante hepático.

**05.** Considere as afirmações abaixo, no que se refere ao comprometimento hepático associado à infecção pelo SARS-COV2 em crianças.

- I - Há elevação de transaminases, e esta independe da gravidade da apresentação da doença.
- II - A elevação de bilirrubinas, quando ocorre, é habitualmente inferior à elevação de transaminases.
- III- O envolvimento hepático na infecção pelo SARS-COV2 parece estar associado à síndrome inflamatória sistêmica e não é comum no grupo pediátrico.

Quais estão corretas?

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

**06.** Considere os quadros clínicos e as etiologias abaixo.

Quadro Clínico

- 1 - Colestase progressiva, acolia, fácies síndrômica, estenose pulmonar periférica, embriotoxo posterior, vértebras em borboleta e doença renal.
- 2 - Colestase, hipocolia, vômito, diarreia, sepse por bactéria gram-negativa, acidose e coagulopatia.
- 3 - Colestase, acolia, bom estado nutricional, hepatomegalia.
- 4 - Colestase, acolia, pancitopenia, hepatoesplenomegalia.
- 5 - Colestase, hipocolia, hipoglicemia, baixo peso, baixo comprimento, hiponatremia.

Etiologia

- a. Atresia biliar
- b. Infecção congênita
- c. Erro inato do metabolismo
- d. Síndrome de Alagille

Assinale a alternativa que associa, de forma correta, os quadros clínicos às prováveis etiologias de colestase neonatal.

- (A) 1 d – 2 c – 3 a – 4 b.
- (B) 1 c – 2 a – 3 b – 5 d.
- (C) 1 d – 2 b – 3 a – 4 c.
- (D) 1 b – 2 d – 4 a – 5 c.
- (E) 2 a – 3 d – 4 c – 5 b.

**07.** Paciente do sexo feminino, 13 anos, vem transferida para a UTI com história de vômitos, icterícia, colúria e distensão abdominal com evolução de três dias e piora nas últimas 24 horas; recebeu vitamina K no hospital de origem. Familiares negam doença hepática prévia, bem como outras alterações. Sem história de ingestão de medicamentos hepatotóxicos, como acetaminofem. Exames da chegada: Hb 7,8 g/dL, leucócitos 23.360/ $\mu$ L, INR 8,47, TTPA 91 seg, BT 31,4 mg/dL, BD 25,1 mg/dL, TGO 334 U/L, TGP 47 U/L, albumina 1,8 g/dL, FA 46 U/L, GGT 53 U/L, Fator V 9,4%, ceruloplasmina 14mg/dL e Coombs negativo. Sem sinais de encefalopatia. Em relação a esse caso, considere os exames de chegada nos itens abaixo.

- I - Bilirrubina sérica >17,5 mg/dL e Fator V menor que 20%.
- II - INR >6,5, independentemente do grau de encefalopatia.
- III- Idade maior que 10 anos, valor da bilirrubina sérica >17,5 mg/dL e INR >3,5.

Quais preenchem os critérios para entrada em lista de transplante por insuficiência hepática aguda grave conforme Critérios do King's College Hospital?

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

**08.** Considere os itens abaixo, no que se refere ao transplante hepático pediátrico.

- I - Dano neurológico grave irreversível.
- II - Sepses não controlada.
- III- Tumores hepáticos irressuscitáveis.

Atualmente, quais são considerados contra-indicações ao transplante hepático pediátrico?

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

**09.** Considere os itens abaixo sobre avaliação pré-transplante.

- I - Confirmação da indicação do transplante.
- II - Identificação de complicações associadas à doença hepática crônica.
- III- Identificação de contra-indicações ao transplante.

Quais são objetivos deste tipo de avaliação?

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

**10.** Em relação ao transplante de fígado pediátrico, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A falta de doadores falecidos adequados ao tamanho dos receptores é determinante da alta mortalidade de pacientes pediátricos em lista de espera por doador falecido.
- (B) As complicações biliares são as principais complicações cirúrgicas após o transplante de fígado pediátrico.
- (C) Os transplantes com doador vivo relacionado apresentam melhores resultados a longo prazo do que os transplantes com doador falecido.
- (D) Trombose de artéria hepática é uma importante causa de perda de enxerto.
- (E) Rejeição ao enxerto determina perda de enxerto e necessidade de retransplante em menos de 5% dos transplantes.

**11.** Paciente, de oito meses, com história de atresia intestinal ao nascimento, com ressecção extensa intestinal e intestino remanescente de 20 cm de jejuno, dilatado com diâmetro >5cm, anastomosado com cólon transverso, em uso de nutrição parenteral, com acesso em veia subclávia esquerda, sem trombozes. Biópsia hepática com cirrose, Hb 9.0 g/dL, leucócitos 5.500/μL, plaquetas 65.000/μL, bilirrubina total 15.6 mg/dL, bilirrubina direta 13.5 mg/dL, AST 211 U/L, ALT 104 U/L, gamaGT 450 U/L, fosfatase alcalina 750 U/L, INR 1.8, albumina 3.0 g/dL, triglicérides totais 150 mg/dL, creatinina 0.3mg/dL, glicemia 95 mg/dL, eletrólitos normais. Apresentou um episódio de sangramento digestivo alto, em uso de sonda nasogástrica com drenagem contínua, sem dieta enteral. Apresenta infecções recorrentes de corrente sanguínea associada ao uso de cateter venoso central. Com relação ao quadro acima, considere as afirmações abaixo.

- I - O paciente apresenta falência nutricional com indicação de transplante combinado de fígado e intestino.
- II - A cirurgia de alongamento intestinal deve ser a abordagem inicial para reduzir a distensão jejunal e prevenir as infecções de cateter central por translocação bacteriana.
- III- O sangramento digestivo contra-indica o tratamento de supercrescimento bacteriano.

Quais estão corretas?

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

**12.** Paciente, de nove meses, com história de enterocolite necrosante e ressecção intestinal extensa no período neonatal, intestino remanescente jejunal de 20cm com diâmetro de luz intestinal de 2cm, jejunostomia com alto débito, cólon preservado, em uso de nutrição parenteral contínua de 24h, com acesso em veia subclávia direita, apresenta trombose em veia jugular esquerda. Função hepática sem alterações. Apresentou dois episódios de infecções de corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central. Em uso de dieta com fórmula extensivamente hidrolisada 10mL por via oral 3/3h; z-score de peso/idade e estatura/idade -1. A melhor conduta para este caso é

- (A) indicar transplante de intestino isolado.
- (B) reconstruir o trânsito intestinal, aumentar a dieta enteral e ciclar a nutrição parenteral.
- (C) alongar o intestino com técnica de "STEP".
- (D) aumentar dieta e iniciar metronidazol para tratamento de supercrescimento bacteriano.
- (E) reduzir a dieta e iniciar ácido ursodesoxicólico para prevenção de colestatose.

**13.** Em relação aos pacientes com falência intestinal em uso de nutrição parenteral (NP) domiciliar, é correto afirmar que

- (A) portadores de intestino remanescente < 20cm apresentam falência intestinal irreversível.
- (B) apresentam risco aumentado de trombose venosa em sítios de membros superiores.
- (C) apresentam resultados inferiores de sobrevivência de cinco anos em comparação ao transplante intestinal nos países europeus.
- (D) incapacidade de frequentar a escola é frequente nos pacientes em idade escolar.
- (E) complicações do metabolismo ósseo podem ocorrer após o alcance da autonomia enteral plena.

**14.** Em relação à esofagite eosinofílica, é correto afirmar que:

- (A) os sintomas se correlacionam com atividade histológica, por isso há necessidade de monitorar a doença com avaliações histológicas periódicas.
- (B) o tratamento da doença visa limitar a progressão para fibrose esofágica e anormalidades funcionais.
- (C) dilatação esofágica não é recomendada no tratamento da EoE com estenose quando há alto grau de inflamação na mucosa esofágica.
- (D) inibidores de bombas de prótons e dieta de exclusão de alérgenos devem sempre ser indicados como primeira escolha em relação aos corticoides tópicos.
- (E) o grau de inflamação esofágica está relacionado com risco de malignização da doença.

**15.** Menino, de 13 anos, apresenta história de pirose e regurgitação desde os 10 anos, IMC no percentil 75, com melhora dos sintomas após uso de omeprazol 20mg BID, porém com recidiva dos sintomas após duas tentativas de suspensão do omeprazol. Fez endoscopia digestiva alta com resultado normal e histologia esofágica sem alterações; pHmetria esofágica apresentou tempo total de exposição ácida normal e associação positiva com sintomas. O diagnóstico mais provável para este caso é

- (A) hipersensibilidade ao refluxo.
- (B) doença do refluxo não erosiva.
- (C) pirose funcional.
- (D) doença do refluxo erosiva.
- (E) refluxo gastroesofágico funcional.

**16.** Em relação à alergia alimentar, considere as afirmações abaixo e assinale-as com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- ( ) Dermatite de contato e síndrome de alergia oral são manifestações de alergia alimentar mediadas por IgE.
- ( ) Os testes cutâneos não se correlacionam com a real frequência de reatividade cruzada à carne bovina em pacientes com alergia à proteína do leite de vaca.
- ( ) Até 50% dos pacientes alérgicos ao látex apresentam reatividade clínica cruzada a algumas frutas tais como kiwi e abacate.
- ( ) Urticária e anafilaxia são manifestações comuns provocadas por aditivos alimentares.
- ( ) Dieta de exclusão durante a gravidez e lactação não é recomendada para prevenção do desenvolvimento de alergia alimentar.

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

- (A) V – F – F – V – V.
- (B) V – V – V – F – V.
- (C) F – V – V – F – V.
- (D) F – V – F – F – V.
- (E) F – V – V – V – V.

**17.** Menina, de dois anos, com história de diarreia crônica, artralgia, perda de peso e estatura iniciada a partir dos sete meses de idade. IgA sérica normal, antitransglutaminase IgA = 65 AU/mL (não reagente <8,0 AU/mL); primo com doença celíaca. A melhor conduta para este caso é

- (A) pesquisar HLA DQ2 e DQ8 para confirmar o diagnóstico de doença celíaca, independentemente do resultado de outros exames.
- (B) pesquisar anticorpo antiendomísio; se este for positivo, não há necessidade de biópsia duodenal.
- (C) pesquisar anticorpo antiendomísio; se este for negativo, fazer biópsia duodenal.
- (D) iniciar dieta sem glúten.
- (E) fazer biópsia duodenal.

**18.** O tratamento da doença de Crohn é individualizado, devendo-se considerar diversos fatores antes do planejamento da melhor terapia de indução, sendo o ponto-chave a identificação dos pacientes com alto risco de complicações no decorrer da evolução da doença. Com base nisso, assinale as afirmações abaixo com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- ( ) A terapia de indução com corticoide é superior à terapia com dieta enteral exclusiva nas doenças luminais.
- ( ) Na doença penetrante e/ou estenosante, sugere-se terapia de indução com anti-TNF como primeira opção.
- ( ) Nos pacientes com doença inflamatória luminal não penetrante, com retardo de crescimento, sugere-se terapia de indução com corticoide.
- ( ) Na doença perianal fistulizante, recomenda-se terapia de indução com anti-TNF, associada com antibioticoterapia. Sempre considerar avaliação cirúrgica.
- ( ) Na terapia de indução com dieta enteral exclusiva, recomenda-se o uso de fórmula líquida nutricionalmente completa por 6-8 semanas.

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

- (A) F – V – V – F – V.
- (B) V – F – F – V – V.
- (C) F – V – V – V – F.
- (D) F – V – F – V – V.
- (E) V – F – F – F – V.

**19.** Em relação à avaliação e ao tratamento da colite ulcerativa, assinale a alternativa correta.

- (A) A calprotectina fecal não tem valor no acompanhamento do tratamento da colite ulcerativa, sendo válida apenas no diagnóstico.
- (B) Na doença leve a moderada, pode-se indicar terapia de indução e manutenção com mesalazina.
- (C) Para paciente com doença grave em uso de terapia anti-TNF, com nível sérico baixo da medicação, sugere-se troca imediata para outra classe de medicação biológica, como vedolizunabe.
- (D) Em casos de exacerbações agudas, sugere-se troca de medicação em uso, antes de excluir outros diagnósticos, pelo risco de progressão da doença.
- (E) Para os pacientes corticodependentes, é recomendada a redução gradual do corticoide, sem necessidade de associação com imunomodulador.

**20.** Sabe-se que pancreatite crônica e fibrose cística são algumas das principais causas de Insuficiência Pancreática Exócrina (IPE). Assinale a alternativa que apresenta o caso que menos se correlaciona com IPE.

- (A) Ganho de peso insuficiente e esteatorreia.
- (B) Dor abdominal associada com a alimentação.
- (C) Prolapso retal.
- (D) Flatulência e apetite voraz.
- (E) Incontinência fecal retentiva.

**21.** Paciente, de três anos, é trazido à emergência pediátrica por história clínica de ingestão de corpo-estranho (moeda) no dia anterior. Na consulta, encontra-se assintomático. Realiza radiografia de abdômen que identifica moeda na topografia gástrica. Qual deve ser a conduta médica neste caso?

- (A) Remoção endoscópica imediata.
- (B) Tranquilizar familiares e dar alta hospitalar sem necessidade de reavaliação.
- (C) Orientar observação clínica por até 3-4 semanas e, caso radiografia confirme mesma localização, agendar endoscopia para sua retirada.
- (D) Se apresentar vômitos, acalmar os familiares, pois o quadro será transitório e a moeda migrará para o duodeno.
- (E) Manter paciente internado, realizando radiografias diárias e, se a moeda não migrar em 3-4 semanas, removê-la por endoscopia.

**22.** Paciente, de 14 anos, foi submetido a endoscopia digestiva alta devido à clínica de pirose quase diariamente, há cerca de seis meses. Achados endoscópicos: presença de erosão única linear maior que 5mm, em mucosa esofágica no seu terço distal. Junção esôfago-gástrica acima do pinçamento diafragmático.

Diante do quadro acima, qual o diagnóstico/laudo correto a ser apresentado pelo médico?

- (A) Esofagite grau "A" de Los Angeles ou grau 2 de Savary-Miller modificada.
- (B) Hérnia Hiatal + Esofagite grau "B" de Los Angeles ou grau 1 de Savary-Miller modificada.
- (C) Esofagite grau "B" de Los Angeles ou grau 1 de Savary-Miller modificada.
- (D) Hérnia Hiatal + Esofagite grau "A" de Los Angeles ou grau 1 de Savary-Miller modificada.
- (E) Hérnia Hiatal + Esofagite grau "B" de Los Angeles ou grau 3 de Savary-Miller modificada.

**23.** Paciente, de cinco anos, transplantado de medula óssea há dois meses, apresenta clínica de odinofagia, há cerca de uma semana. Foi submetido a endoscopia digestiva alta com o seguinte achado endoscópico: úlcera alongada com bordos bem delimitados e pouco elevados no 1/3 distal do esôfago.

Diante desta descrição, qual a possibilidade diagnóstica e a melhor maneira de confirmá-la?

- (A) Úlcera por herpes vírus confirmada por biópsia do centro da lesão.
- (B) Úlcera por citomegalovírus confirmada por biópsia da borda da lesão.
- (C) Úlcera por citomegalovírus confirmada por biópsia do centro da lesão.
- (D) Úlcera péptica sem necessidade de biópsia.
- (E) Úlcera por candidíase sem necessidade de biópsia.

**24.** Paciente cirrótico, de 12 anos, é submetido a endoscopia digestiva alta para avaliar a presença de varizes esofágicas e/ou gástricas. Achados endoscópicos: presença de varizes tortuosas que ocupam menos de 1/3 do lúmen esofágico e presença de variz gástrica no fundo gástrico, oriunda do esôfago. O diagnóstico mais provável para este caso é:

- (A) varizes esofágicas grandes para esôfago e classificação IGV1 para gástrica.
- (B) varizes esofágicas grandes para esôfago e classificação GOV2 para gástrica.
- (C) varizes esofágicas médias para esôfago e classificação GOV1 para gástrica.
- (D) varizes esofágicas médias para esôfago e classificação GOV2 para gástrica.
- (E) varizes esofágicas pequenas para esôfago e classificação GOV2 para gástrica.

**25.** Paciente, de 12 anos, após o uso por cinco dias de anti-inflamatório não esteroide para pós-operatório de amigdalectomia, chega à emergência com hematêmese. Foi submetido a endoscopia de urgência e apresentou o seguinte diagnóstico endoscópico: úlcera em incisura angular com aproximadamente 2cm de diâmetro, com bordos elevados, fundo recoberto por fibrina e presença de coto de vaso visível.

Diante deste achado endoscópico, qual a correta Classificação de Forrest?

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

## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### EDITAL Nº 03/2021 DE PROCESSOS SELETIVOS

#### GABARITO APÓS RECURSOS

##### PROCESSO SELETIVO 15

##### MÉDICO I

##### (Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica)

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