Serviço de Gastroenterologia
Serviço de Nutrologia
Serviço de Nutrição

Processo Seletivo
Residência em Gastroenterologia Pediátrica
Hospital Criança Conceição
Grupo Hospitalar Conceição
2025

1.Recém-nascido com 15 dias de vida, admitido na emergência pediátrica por perda de peso e icterícia. Vinha recebendo leite materno exclusivo, com história de perda ponderal (400g em 4 dias) e vômitos. Mãe fez pré-natal sem intercorrências. Bebê nasceu de parto vaginal, bolsa rota na hora, peso ao nascer de 2.825g (AIG), comprimento 47,5 cm, idade gestacional de 39 semanas, perímetro cefálico de 33 cm, Apgar 9/10. Sem história familiar de consanguinidade.

Ao exame apresentava-se em regular estado geral, com peso de 2.500g, comprimento 45cm, ictérico, desidratado, eupneico. Ausculta cardíaca e pulmonar normal, Abdome: RHA+, depressível, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito. Extremidades aquecidas, pulsos periféricos palpáveis e sem déficit neurológico evidente.

Realizou exames: Hematócrito: 60,4%, hemoglobina 21 g/dL, leucócitos 15.780 uL (N49,1 E 0,9 B 1,1 M 13,9 L 35), plaquetas 251.000 /uL, BT 16,3 mg/dl, BD 1,94 mg/dl, PCR 1,45, FA 731 U/l, , GGT 27 U/L, Na 138 mEq/l, K 4,6 mEq/l, Ca 9,6 mg/dl, ureia 16 mg/dl, creatinina 0,3 mg/dl, triglicerídeos 75 mg/dl. Repetido exames em 4 dias: BT 10,64 mg/dl, BD 5,89 mg/dl, TGO 65 U/l, TGP 48 U/l, albumina 3,16 g/dl, EQU sp e urocultura negativa. STORCH: negativo, PCR CMV na urina: negativo.

Ecografia abdominal: Fígado com aumento difuso de sua ecogenicidade. Vesícula biliar contraída, sem imagem compatível com sinal do cordão triangular. Baço sem evidência de alteração ao ultrassom. O rim direito mede cerca de 4,6 cm e o esquerdo 5,4 cm, ambos com contornos e ecogenicidade usuais. RX tórax e de coluna: normais. PCR para vírus respiratórios: negativo.

Realizou avaliação com oftalmologista que demonstrou catarata.

Qual a principal suspeita diagnóstica?

A) Atresia biliar

B) Colestase intra-hepática progressiva familiar do tipo 3

C) Galactosemia

D) Tirosinemia

2.Menino, 12 anos com diagnóstico de Doença de Crohn fistulizante. Interna por recidiva da doença, com emagrecimento importante, diarréia com sangue, inapetência. Vem em uso de azatioprina 2 mg/kg/dia e Infliximabe 5 mg/kg/dose mensal há oito meses. Repetido colonoscopia

com índice endoscópico SES-CD 18. Realizado pesquisa para Clostridium nas fezes e em biópsia colônica, PCR para CMV que foram negativos. Dosado nível sérico do Infliximabe, que se apresentava dentro da faixa de normalidade.

A conduta mais adequada neste caso seria:

A) Induzir a remissão da doença com prednisona e aumentar a dose da azatioprina, já que a dose do Infliximabe já está otimizada.

B) Induzir a remissão da doença com dieta enteral exclusiva.
C) Devido a falha de resposta ao Infliximabe, considerar a troca para USTEQUINUMABE
D) Devido a falha de resposta ao Infliximabe , fazer uso da mesalazina na forma de enemas.

3. Lactente com 18 dias de vida, nasceu com peso de 3.550g, 50cm de comprimento, apgar 9/9, gestação sem intercorrências. Em uso de aleitamento materno exclusivo. Na consulta de revisão com o pediatra, a mãe refere que observou discreto amarelamento de pele e mucosas e fezes de coloração amarelo clara. Ao exame apresentou peso de 4.300g, em ótimo estado geral, hidratado, corado, com icterícia discreta, abdome com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, bordo elástico, macio, baço não palpável, sem outras alterações.

Qual a conduta recomendada neste caso:

A) Tranquilizar os pais, informando que o amarelão é normal para a idade, sendo provavelmente relacionado a icterícia pelo leite materno.
B) Recomendar uso de chá de salsa com retorno em 30 dias, já que o bebê está com ótimo ganho de peso.
C) Solicitar dosagem de bilirrubinas (total e direta) com retorno em 30 dias com o resultado dos exames
D) Solicitar dosagem de bilirrubinas (total e direta) com urgência e recomendar internação hospitalar para investigação se houver aumento de bilirrubina direta

4. Paciente do sexo masculino, seis meses de vida, vem à primeira consulta com o relato de distensão abdominal, dificuldade para evacuar desde o nascimento e episódios de vômitos intermitentes. O RX de abdome simples evidencia distensão importante de alça de sigmóide. Ao ser questionada, a mãe relata retardo na eliminação de mecônio. Diante da história acima qual o diagnóstico mais provável:

A) Constipação intestinal funcional

B) Alergia à proteína do leite de vaca
C) Doença de Hirschsprung
D) Síndrome da Rolha Meconial

5. Menino de quatro anos e cinco meses internada com quadro de diarréia intermitente há cerca de três meses, distensão abdominal importante e emagrecimento. Coletou imunoglobulinas (normais), anti-HIV-NR e anticorpos anti - transglutaminase IgA e anti-Endomísio IgA. Realizado endoscopia digestiva alta, cuja biópsia demonstrou linfocitose intraepitelial, hiperplasia de criptas e atrofia total de vilosidades. Devido a gravidade do quadro foi iniciado com dieta sem glúten e sem lactose e alta hospitalar com retorno para acompanhamento. Na primeira consulta após a internação, já apresentava melhora importante do estado geral e melhora do ganho de peso. Visto resultado dos marcadores sorológicos para Doença Celíaca, que não foram reagentes.

Qual a sua hipótese diagnóstica e conduta:

A) Descartado Doença Celíaca e manter dieta sem lactose e liberar o glúten
B) Descartado Doença Celíaca. Solicitar IgE específico para trigo.
C) Gastroenteropatia ambiental e considerar tratamento para giardíase
D) Doença Celíaca soronegativa e manter a dieta sem glúten

6. Em relação ao tratamento da constipação funcional, todas as alternativas estão corretas, EXCETO:

A) É contra-indicado o uso de óleo mineral abaixo dos dois anos de idade devido ao risco de aspiração pulmonar e consequente pneumonia lipoídica
B) Não existem evidências de que a administração suplementar de fibras tenha eficácia no tratamento da constipação.
C) O medicamento de escolha é o polietilenoglicol (PEG).
D) O tratamento medicamentoso da constipação deve ser o mais curto possível, devido ao risco de "viciar" o intestino.

7. Lactente do sexo feminino, um mês de idade, é levada ao pronto-socorro pelos pais porque não evacua há 6 dias. A criança nasceu de parto normal, a termo, sem intercorrências, teve alta com a mãe aos três dias de vida, evacuou nas primeiras 24 horas e está em aleitamento materno exclusivo. O exame físico é normal e o ganho de peso médio, desde a alta, foi de 20 gramas por dia. Tendo em vista o diagnóstico mais provável, assinale a conduta mais adequada:

A) Solicitar enema opaco devido a suspeita de Doença de Hirschsprung

B) Orientar e tranquilizar a família

C) Prescrever óleo mineral 3 x ao dia

D) Suspender aleitamento materno e iniciar com fórmula semi-elementar

8. Menino com 25 dias de vida veio encaminhado para investigar icterícia e acolia. Realizou exames: TGO 490 mg/dL, TGP 380mg/dL, FA 670 U/L, GGT 480 U/L. BT 5,2 mg/dL; BD 3,7 mg/dL. Ecografia abdominal demonstrou vesícula biliar atrésica. Ecocardiografia demonstrou CIA. Biópsia hepática percutâna demonstrou marcada proliferação ductular associada a colestase intra-hepatocitária e canalicular com formação de plugues biliares e transformação giganto-celular dos hepatócitos e presença de expansão fibrosa dos espaços-porta. A conduta recomendada nesta situação é:

A) Acompanhamento ambulatorial, pois trata-se de hepatite neonatal
B) Usar ácido-ursodesoxicólico 15mg/kg/dia e realizar exames de controle em 3 meses
C) Recomendar dieta sem lactose e galactose, pois o diagnóstico mais provável é galactosemia
D) Realizar colangiografia transoperatória para confirmar atresia biliar e realizar portoenteroanastomose (cirurgia de Kasai) se confirmar ausência de permeabilidade das vias biliares.

9. Gestante portadora do vírus da hepatite B (HbsAg positivo), 34 semanas de idade gestacional, pré-natal sem intercorrências procura orientação para seu filho. A conduta ideal para a prevenção da transmissão vertical da doença é aplicar:

A) Imunoglobulina humana até o 7º dia e vacina até uma hora de vida.

B) Imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) e a 1ª dose do esquema vacinal para hepatite B até 24 horas após o nascimento.

C) Imunoglobulina específica (HBIG) logo ao nascimento e vacina até o 7º dia.

D) Imunoglobulina específica (HBIG) até o 7º dia e vacina aos 30 dias de vida.

10. Em relação a ingestão de corpos estranhos, constitui indicação de remoção IMEDIATA todos os abaixo, EXCETO:

A) Bateria de lítio localizada no esôfago superior
B) Moeda localizada no esôfago superior
C) Palito de dente localizado no estômago
D) Moeda localizada no intestino médio

11. Lactente de 1 ano e 5 meses, masculino, portador de síndrome de Down, comparece a consulta ambulatorial via posto de saúde com história de vômitos frequentes, desde o nascimento. Em uso de fórmula semi-elementar por suspeita de APLV, apresenta peso e estatura dentro do esperado para curva de Down. Mãe refere que come muito pouco sólidos, mas aceita muitas mamadeiras ao dia.

Dentro da investigação inicial, assinale o exame mais importante:

A) Hemograma e plaquetas

B) Anticorpo anti transglutaminase IgA

C) Raio x de esôfago, estômago e duodeno

D) Ecografia para pesquisa de alergia ao leite de vaca (APLV)

12. Menino de 9 meses, veio transferido de hospital do interior do estado devido à desaceleração do peso e fezes pastosas alternadas com fezes diarréicas. Diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca desde o primeiro mês de vida, fazendo uso de fórmula de aminoácidos, leite materno e dieta para a idade. Sua mãe realiza dieta de restrição ao leite de vaca e paciente com pouca aceitação de dieta sólida. Ao exame físico se encontrava com mucosas descoradas, afebril, ativo, sorridente. Peso e estatura no escore Z -2. Exames laboratoriais: proteína C reativa: 87 mg/L; Hb: 8,2 g/dl com hipocromia e microcitose; ferritina: 153,5 ng/ml; IgE para leite de vaca e para caseína: 0,10 kU/L (classe zero); VSG: 40 mm/h; 25-OH-vitamina D: 35,0 ng/ml; albumina;2,5 g/dl; calprotectina: 6.000 mg/Kg. Qual seria a possibilidade diagnóstica e qual a melhor conduta a ser tomada:

A) Alergia à proteína do leite de vaca refratária. Deixar em NPO e nutrição parenteral total (NPT) até melhora do quadro e ganho de peso.
B) Doença Celíaca. Iniciar com dieta sem glúten e suspender o leite materno uma vez que este contém lactose.
C) Diarreia associada à toxina do Clostridium Difficile. Iniciar com metronidazol endovenoso.
D) Doença inflamatória intestinal de início muito precoce. Realizar colonoscopia, endoscopia digestiva alta e ecografia abdominal total para avaliar o intestino delgado.

13. Em relação a Doença Celíaca é CORRETO afirmar:

a) Ao suspeitar-se da doença celíaca deve-se imediatamente suspender o glúten da dieta, devido ao alto risco de neoplasias.
b) As condições associadas são, entre outras: Síndrome de Down, Turner e Williams.
c) A incidência da doença tem se mantido estável durante os últimos 30 anos.
d) Não é necessário o rastreamento entre os familiares de primeiro grau

14. Menino de 2 meses vem à emergência hospitalar com história de vômitos incoercíveis há 15 dias, distensão abdominal e pobre ganho de peso. Segundo filho, nasceu com 3550g, apgar 9 e 10, de parto vaginal. Em uso de leite materno exclusivo. Ao exame físico: peso 3400 g, desidratado de primeiro grau, com alguns movimentos peristálticos visíveis na inspeção do abdômen. De acordo com a hipótese diagnóstica mais provável, qual seria a conduta inicial mais adequada?

a) Trocar dieta para fórmula semi-elementar
b) Internar, realizar exames laboratoriais e ecografia abdominal total.
c) Internar, solicitar apenas exames laboratoriais e iniciar dieta por sonda
d) Solicitar raio x de abdômen agudo

15. Lactente com 31 dias de vida, nasceu com peso de 3.550g, 50cm de comprimento, apgar 9/9, gestação sem intercorrências. Em uso de aleitamento materno exclusivo. Na consulta de revisão com o pediatra, a mãe refere que observou discreto amarelamento de pele e mucosas e fezes de coloração amarelo clara. Ao exame apresentou peso de 3.700g, em regular estado geral, hidratado, corado, ictérico, ausculta cardíaca com sopro sistólico, ausculta pulmonar sem alterações, abdome com fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito, bordo elástico, macio, baço não palpável. No painel genético para colestase constou o gene JAG1 em heterozigose. Ao exame oftalmológico com lâmpada de fenda foi identificado embryotoxon posterior. No caso descrito acima é obrigatório a realização de biópsia hepática?

a) Sim, pois os achados da biópsia hepática fazem parte dos critérios diagnósticos para síndrome de Alagille.
b) Sim, para definir a necessidade de realizar portoenteroanastomose antes de completar sessenta dias de vida.

c) Não, pois o exame genético já define o diagnóstico e pelo maior risco de sangramento em pacientes com síndrome de Alagille
d) Não,pois o achado oftalmológico é patognomônico da síndrome de Alagille

16. Menina com 13 anos de idade, portadora de hipotireoidismo, relato de icterícia e colúria há 30 dias, encaminhada para investigação. Exames na admissão: TGO 1517mg/dL, TGP 1308mg/dL, FA 434 U/L, GGT 200 U/L, BT 7,04 mg/dl e BD 6,70 mg/dl, albumina 4,5mg/dL, TP INR 1,3. Imunoglobulina G (IgG): 1940 mg/dl. Fator anti-nuclear: SNR e anticorpos anti-músculo liso: 1/80 e anti-LKM: SNR. Ecografia de abdome com fígado com contornos regulares, com ecogenicidade finamente heterogênea. Vesícula biliar com paredes finas e conteúdo anecóico homogêneo, sem evidências de cálculos. Sem evidência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas e baço com morfologia, ecogenicidade e dimensões usuais. Realizou biópsia hepática que demonstrou hepatite crônica com mínima colestase, infiltrado linfoplasmocitário em espaços-porta com atividade moderada (lesão de interface), atividade lobular com necrose individual de hepatócitos e formação de rosetas. Presença de muitos septos fibrosos porta-porta (Metavir: F2).

Qual o tratamento de primeira linha preconizado neste caso?

a) Interferon e Ribavirina por 72 semanas

b) Prednisona ou prednisolona 1-2 mg/Kg/dia + Ciclosporina

c) Prednisona ou prednisolona 1-2mg/kg/dia e azatioprina 1-2mg/kg/dia

d) Micofenolato mofetil

17. Lactente de 2 anos, masculino, apresentando quadro de sangramento digestivo retal em moderada quantidade, iniciado há 48 horas, sem febre ou dor abdominal associada. Mãe nega patologias prévias. Peso e estatura entre o escore Z -1 e zero.

Qual seria a conduta inicial MAIS adequada:

a) internação, coleta de exames laboratoriais incluindo provas de coagulação e hemograma;

b) realização de eco abdominal com doppler;
c) realização de ressonância magnética abdominal com tecnécio;
d) Internação, coleta de exames laboratoriais incluindo provas de coagulação e hemograma, realização de cintilografia para pesquisa de Meckel;

18. A deficiência de vitamina D é um distúrbio frequente em todo o mundo.
Assinale a alternativa incorreta:

a) Devemos triar para avaliar deficiência de vitamina D apenas os grupos de risco
b) o leite materno é rico em vitamina D
c) síndromes de má-absorção como doença celíaca, colestase, doença inflamatória intestinal e intestino curto são fatores de risco
d) pele escura, hepatopatia e nefropatias crônicas, obesidade e uso de anticonvulsivantes podem ser considerados fatores de risco

19. São indicações para início de nutrição parenteral, EXCETO:

a) paciente prematuro <= 32 semanas ou <=1500g
b) presença de anomalias congênitas do TGI, sem previsão de progressão de dieta enteral > 72h
c) prematuro <=32 semanas, sem possibilidade de dieta enteral por 48-72h, com instabilidade hemodinâmica
d) paciente desnutrido em pós operatório de cirurgia cardíaca sem condições de dieta enteral por 7 dias.

Processo Seletivo - Residência em Gastroenterologia Pediátrica - GHC –2025

Nome: _____

Assinatura: _____ RG: _____

Data: __/__/___

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Gabarito:

1.C

2.C

3.D

4.C

5.D

6.D

7.B

8.D

9.B

10.D

11. C

12. D

13.B

14.B

15.C

16. C

17. D

18. B

19. C