



Serviço de Gastroenterologia
Serviço de Nutrologia
Serviço de Nutrição

**Processo Seletivo
Residência em Gastroenterologia
Pediátrica
Hospital Criança Conceição
Grupo Hospitalar Conceição
2024**

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, icterico, 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. Prematuro de 35 semanas de vida, com um mês de vida, recebendo fórmula para prematuro e está internado em UTI neonatal.

Apresenta distensão do abdome, diminuição dos ruídos hidroaéreos e hematoquezia. Dentre os achados radiológicos, verifica-se no RX de abdome agudo, alças distendidas, pneumatose e ar no sistema porta. Hemograma com leucocitose e queda do hematócrito. Entre as alternativas a seguir, qual seria o diagnóstico mais provável?

- A) Sepsis precoce no recém nascido
- B) Alergia à proteína do leite de vaca
- C) Enterocolite Necrosante
- D) Invaginação intestinal

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) Síndrome da Rolha Meconial
- D) Doença de Hirschsprung

5. Paciente com 4 anos e 7 meses, previamente hígida, peso e estatura no escore Z zero, apresentou quadro de diarreia durante 12 dias, febre nos dois dias iniciais e alguns episódios de vômitos. Vem à consulta com seu pediatra 15 dias após com relato de estar apresentando dor abdominal, assaduras e eventualmente fezes mais amolecidas.

Qual a sua hipótese diagnóstica?

- A) Alergia ao leite de vaca
- B) Intolerância primária à lactose
- C) Doença inflamatória intestinal
- D) intolerância secundária à lactose

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) Prescrever óleo mineral 3 x ao dia
- C) Suspender aleitamento materno e iniciar com fórmula semi-elementar
- D) Orientar e tranquilizar a família

8. Menina de 2 anos e 8 meses, apresentando quadro de distensão abdominal, dor abdominal eventual e discreta elevação de transaminases. Para investigar doença celíaca, é correto afirmar que:

- A) A retirada imediata do glúten é fundamental para o correto diagnóstico da doença celíaca;
- B) A história familiar de doença celíaca não é importante;
- C) O exame de HLA é obrigatório, junto com todos os marcadores sorológicos, dos tipos IgA, IgG e IgM (painel celíaco)
- D) O marcador sorológico mais utilizado para triagem é o anti-transglutaminase do tipo IgA.

9. 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 percutânea 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.

10. 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 específica (HBIG) logo ao nascimento e vacina até o 7º dia.
- C) Imunoglobulina específica (HBIG) até o 7º dia e vacina aos 30 dias de vida.
- D) Imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) e a 1ª dose do esquema vacinal para hepatite B até 24 horas após o nascimento.

11. Paciente com 10 dias de vida, veio transferida de hospital do interior para investigação de hiperbilirrubinemia. Nasceu com 1.815g, idade gestacional de 34,5 semanas, 42cm de comprimento, apgar 7/9. Mãe refere icterícia desde a primeira semana de vida, sem acolia ou hipocolia. Pré-natal sem intercorrências. A mãe apresentou pré-eclâmpsia no final da gestação.

Exames laboratoriais demonstraram hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta, hipertransaminasemia, albumina e TP normais. Sorologias positivas para citomegalovírus IgG em altos títulos e negativa para IgM. Demais exames sem particularidades.

Qual a resposta correta?

- A) Afastada infecção por citomegalovírus
- B) Confirmada infecção por citomegalovírus pois tem sorologia positiva
- C) Possível infecção por citomegalovírus mas necessita confirmação com exame de PCR na urina coletado até o 21º dia de vida.
- D) Citomegalovírus não é causa de colestase neonatal.

12. 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

13. 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 gliadina IgA
- C) Raio x de esôfago, estômago e duodeno
- D) Ecografia para pesquisa de alergia ao leite de vaca (APLV)

14. Menino com 6 anos de idade consultou na emergência pediátrica por cansaço, inapetência, icterícia e prurido há 3 meses. Relato de fezes claras e urina escura. Sem história doenças prévias, hospitalizações ou cirurgias. Nega consanguinidade entre os pais. Ao exame apresentava baixa estatura, múltiplas pequenas escoriações lineares no tronco e lesões impetiginizadas, icterícia escleral acentuada, baço palpável a 4 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Não apresentava aranhas vasculares ou eritema palmar. Exames laboratoriais foram obtidos e revelaram hemograma e plaquetas normais. Os testes de função hepática revelaram bilirrubina total e bilirrubina conjugada elevadas, em 17,7 mg/dL e 11,1 mg/dL, respectivamente. Os níveis de alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) estavam elevados em 140 U/L e 149 U/L, respectivamente. Fosfatase alcalina de 728 e gama glutamiltransferase (GGT) de 579 U/L. Albumina estava dentro da normalidade e tempo de protrombina com discreto alargamento (INR 1,3). Estudos laboratoriais adicionais demonstraram sorologias negativas para hepatite A, B e C e autoanticorpos anti-LKM, anti-músculo liso e fator antinuclear (FAN) eram negativos. O fenótipo da alfa-1-antitripsina era normal. Ultrassonografia abdominal mostrou fígado com ecogenicidade homogênea, contornos regulares e dimensões dentro da normalidade e baço aumentado (11,6 cm). A biópsia hepática revelou colestase crônica associada à reação ductular.

Quais as possibilidades diagnósticas:

- A) Hepatite autoimune

B) Colestase intra-hepática progressiva familiar (PFIC) tipo 1

C) Esquistossomose

D) Colestase intra-hepática progressiva familiar (PFIC) tipo 3

15. Menino de 9 meses, veio transferido de hospital do interior do estado devido à desaceleração do peso e fezes pastosas alternadas com fezes diarreicas. 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.

Gabarito:

1.C

2.C

3.D

4.D

5.D

6.D

7.D

8.D

9.D

10.D

11. C

12. D

13.C

14.D

15.D

Processo Seletivo - Residência em Gastroenterologia Pediátrica - GHC -2024

Nome: _____

Assinatura: _____ RG: _____

Data: __/__/__

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