



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

1. Menino com 14 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn. Apresentou diagnóstico de pancolite aos 9 anos de vida. Fez uso de azatioprina e posteriormente infliximabe a cada dois meses, seguido de doses mensais otimizadas. Nunca apresentou total remissão clínica, endoscópica e histológica.

Realizou dosagem sérica de infliximabe e o nível sérico estava adequado.

Diante do exposto acima, podemos considerar:

- A) Manter o tratamento com infliximabe a cada duas semanas.
- B) Trocar o tratamento para Maralixibat já que o acometimento é colônico.
- C) Considerar o tratamento para Clostridium Difficile empiricamente.
- D) Considerar o uso de Ustekinumabe ou Vedolizumabe e suspender o uso do Infliximabe.

2. Menina de 8 meses, vem a emergência com quadro de dor abdominal, febre há 48 horas, prostração e vômitos. Ao exame físico apresenta discreta taquipneia, tax de 38,7C, icterícia 1+/4+, cicatriz extensa no hipocôndrio direito e fígado 2cm abaixo do RCD, endurecido. Ao ser questionada, a mãe relata ter realizado cirurgia de Kasai aos 56 dias de vida. Também relata fezes mais claras do que o habitual. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) bronquiolite por adenovírus
- b) pneumonia por mycoplasma
- c) colangite por germe gram negativo
- d) sepse por stafilococos

3. Larissa, 7 anos, paciente em acompanhamento no ambulatório de oncologia para tratamento de LLA, chega na emergência com quadro de dor abdominal de forte intensidade, epigástrica, seguida de evacuação de fezes muito escuras, muito malcheirosas, semelhante a piche. Ao exame físico encontra-se pálida, taquicárdica e com pressão arterial dentro dos níveis normais.

Qual a alternativa mais correta de manejo inicial neste caso?

- a) bipar a equipe da oncologia para orientar conduta;
- b) estabilizar, coletar hemograma, coagulograma e plaquetas e transferir para andar da oncologia;
- c) encaminhar para colonoscopia de urgência, sem preparo.

d) coletar hemograma, coagulograma e plaquetas, realizar hidratação, iniciar omeprazol ev, analgesia e deixar em observação.

4. Os seguintes sinais radiológicos são sugestivos de quais patologias cirúrgicas?

1. sinal do bico de pássaro;

2. sinal da dupla bolha;

3. sinal do grão de café

a) invaginação intestinal; atresia biliar; volvo de sigmóide

b) acalasia; atresia de duodeno; volvo de sigmoide

c) pâncreas anular; enterocolite; pneumoperitônio

d) acalasia; doença de Hirschsprung; estenose hipertrófica de piloro

5. Em relação à constipação intestinal 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) RX abdome simples pode eventualmente ser útil para avaliar a presença e a extensão da retenção fecal nos pacientes em que a palpação abdominal é difícil.

C) A manometria anorretal é um exame fundamental na investigação de pacientes com constipação.

D) Não existem evidências de que a administração suplementar de fibras tenha eficácia no tratamento da constipação, quando a ingestão diária de fibras está dentro do recomendado.

6. Menina de 2 anos, previamente hígida, interna com quadro de vômitos iniciados no dia anterior, sibilância e hipersalivação. Chega saturando 95% em ar ambiente, ligeiramente taquipneia, com ausculta pulmonar com murmúrio vesicular grosseiro e roncos difusos.

Seu pai relata trabalhar como funcionário de tele-entrega de sushi e ser obrigado a levar para casa hipoclorito ultra concentrado para higienização de seu uniforme, fornecido pelo empregador em garrafas

pet verdes. Refere ter visto a menina próximo a garrafa, que fica na cozinha.

Diante do quadro acima qual seria sua conduta:

- a) Raio x de tórax e abdômen; sem necessidade de endoscopia pois o hipoclorito não é substância cáustica; observar por 4 horas e liberar dieta;
- b) tc de tórax e nebulização com 5 gotas de berotec; se TC normal alta hospitalar;
- c) encaminhar para sala de observação; passagem de sonda para lavagem gástrica com soro gelado; chamar equipe da gastro e discutir possibilidade de realizar EDA, uma vez que hipoclorito pode ser lesivo ao trato digestivo;
- d) internação; raio x de tórax; endoscopia digestiva alta para avaliar lesões esofágicas;

7. Em relação a fórmulas em pediatria assinale a alternativa INCORRETA:

- a) as fórmulas semi-elementares podem ser utilizadas nos quadros de alergia ao leite de vaca, glicogenose e atresia biliar.
- b) a fórmula de soja (proteína isolada) pode ser utilizada em crianças acima de 6 meses com APLV IgE mediada e em famílias veganas;
- c) as fórmulas espessadas podem ser utilizadas no tratamento da doença do refluxo gastro-esofágico, antes do uso de inibidores de bomba (IBPS) e/ou realização de exames de imagem;
- d) As fórmulas parcialmente hidrolisadas (FpH) são constituídas exclusivamente por oligopeptídeos com peso molecular < 5.000 Da e não são recomendadas para tratamento da APLV.

8. Em relação a introdução alimentar de crianças com APLV é correto dizer:

- a) Na criança com colite alérgica, a introdução de alimentos alergênicos deve se dar em etapas, após a realização de testes de IgEs específicas;
- b) A introdução do amendoim deve ser feita somente após os 2 anos de idade.

- c) para as crianças com FPIES a introdução de alimentos alergênicos deve ser realizada somente após um ano da última reação;
- d) a introdução de alimentos alergênicos deve se dar de preferência dentro dos primeiros 12 meses de vida, respeitando-se a rotina da família.

9. Lucas, 12 anos, vem no ambulatório de gastropediatria com queixas de dificuldade de engolir há 10 meses. Nega vômitos, diarreia ou febre.

Realiza acompanhamento para TOD, TDAH e asma; é obeso, com IMC de 26; Utiliza como medicamento de uso contínuo Risperidona, Atensina e fluticasona spray nasal; Não usa mais profilaxia para asma, apesar de ter apresentado pelo menos duas crises ao ano, nos últimos 2 anos; Sua mãe refere que os sintomas vem piorando há alguns meses, apesar de já ter utilizado inibidores de bomba (IBPs) e domperidona;

assinale a alternativa correta:

- a) a sintomatologia da esofagite eosinofílica é idêntica a da doença do refluxo nesta faixa etária;
- b) é necessário uma avaliação com seu psiquiatra, pois esses sintomas são indicativos de ansiedade; não há indicação de investigação com exames de imagem, pois o paciente é obeso e não teve perda de peso;
- c) o uso do corticoide sistêmico como a prednisolona, ao invés dos deglutidos, como a budesonida, é a primeira escolha para a esofagite eosinofílica;
- d) exame radiológico contrastado é importante para investigar acalasia e outras alterações;

10. Menino de 5 anos, previamente hígido, vem a consulta no ambulatório com história de distensão abdominal há 1 ano; desaceleração da curva de peso há 5 meses e coincidindo com o início de uma diarreia frequente, com fezes claras, brilhantes e com cheiro rançoso. Nega febre, eliminação de parasitas ou dor abdominal. Na história médica pregressa não tem nada digno de nota. Sua mãe usa Puran T4 há 3 anos;

Assinale a alternativa incorreta:

- a) entre os exames devemos incluir eletrólitos no suor e elastase fecal;

- b) dentre os diagnósticos diferenciais devemos incluir fibrose cística, insuficiência pancreática exócrina, abetalipoproteinemia e doença celíaca;
- c) um dos exames que podem auxiliar no diagnóstico é o teste de acantocitose;
- d) a secreção pancreática exócrina em resposta à ingestão de uma refeição é dividida em língual, gástrica e intestinal;

11. qual dos abaixo é compatível com a amamentação e pode ser usada pela mãe sem preocupação?

- a) vacina da hepatite A; zonisamida; amitriptilina;
- b) vacina para hepatite B; carbamazepina; sulfato de magnésio;
- c) vacina da hepatite A; bromocriptina, amitriptilina;
- d) vacina da hepatite A; propranolol; azatioprina;

12. Menina com 4 anos de idade, encaminhada para investigar aumento de transaminases e prurido desde 1 ano de idade. Relato de dermatite atópica e uso de vários tratamentos sem melhora. Pré-natal sem intercorrências, exceto colestase gestacional. Nasceu com peso de 2.900g, 49 cm de comprimento, apgar 9/9. Apresenta dificuldade para ganhar peso. Ao exame apresenta baixo peso e estatura, bom estado geral, hidratada, corada, icterícia discreta, ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar sem alterações, abdome com fígado endurecido palpável a 3cm do rebordo costal direito, baço não palpável. Exames na admissão: TGO 236mg/dL, TGP 124mg/dL, FA 640 U/L, GGT 611 U/L, BT 2,8 mg/dL, BD 1,4mg/dL, albumina 4,1mg/dL, TP INR 1,1, colesterol total 174mg/dL, HDL 15 mg/dL, LDL 133 mg/dL e vitamina D sérica de 12 ng/mL. Sorologias para hepatites virais e STORCH negativos. Nível sérico de alfa-1 antitripsina, ceruloplasmina sérica, cobre em urina de 24 horas, TSH e T4L normais. Ultrassonografia de abdome com hepatomegalia com ecogenicidade heterogênea, sendo identificada litíase biliar. Ecocardio normal. A avaliação oftalmológica foi normal.

Qual(is) a(as) as hipótese(s) diagnóstica(s) mais provável (eis)?

- a. Distúrbio da síntese dos ácidos biliares
- b. Colestase intra-hepática familiar progressiva (PFIC) tipo 1 ou 2
- c. Colestase intra-hepática familiar progressiva (PFIC) tipo 3
- d. Doença de Wilson

13. Menino com 3 meses de idade, primeiro filho de casal não consanguíneo, veio transferido de outro hospital para investigação de icterícia e acolia. Pré-natal e gestação sem intercorrências. Ao exame apresentava baixo peso, em bom estado geral, ausculta cardíaca com sopro sistólico e fígado de consistência macia, palpável a 2cm do rebordo costal direito, sem esplenomegalia. Exames na admissão: Hematocrito 28%, hemoglobina 9,9mg/dL, TGO 255 g/dL, TGP 103 mg/dL, FA 734 U/L, GGT 556 U/L, BT 11,8 mg/dl e BD 7,7 mg/dl, albumina 4,3 mg/dL, TP INR 1,3, colesterol total 261mg/dL, triglicerídeos 243 mg/dL, STORCH negativo, exceto sorologia para CMV IgG reagentes. PCR para CMV na urina negativo. Nível sérico de alfa-1 antitripsina, TSH e T4L normais. Vitamina D 8,7 mg/dL. Ecografia de abdome com fígado com contornos regulares, com ecogenicidade homogênea. Sem evidência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas e baço com morfologia, ecogenicidade e dimensões usuais. Rx coluna demonstrou hemivértebra em região lombar. Ecocardiografia demonstrou estenose pulmonar periférica. Realizou biópsia hepática que demonstrou colestase acentuada, infiltrado inflamatório portal leve, hepatócitos gigantes e fibrose portal com formação de septos. Ausência de ductopenia ou inclusão citomegálica.

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Citomegalovirose
- b) Atresia biliar
- c) Hepatite neonatal
- d) Síndrome de Alagille

14. Menina de 7 anos, encaminhada para investigar diarreia crônica, aumento de transaminases e baixo ganho ponderal. Filha de casal não consanguíneo. Gestação sem intercorrências, nasceu com 2.470g, 47cm, 37 semanas de idade gestacional. Apresentava cardiopatia (persistência do canal arterial) corrigida cirurgicamente e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. Ao exame, apresentava peso e estatura abaixo do percentil 3, fenda palatina corrigida, sopro cardíaco e abdome distendido com fígado palpável cerca de 2 cm abaixo do RCD. Realizado exames: Hct 34%, hemoglobina 10,4, VCM 74, Leucócitos 7.489/uL, neutrófilos 718 U/L (VR >1000), contagem de plaquetas 240.000, ALT 189 U/L, AST 210 U/L, GGT 70 U/L. BT 1,3 mg/dL BD 0,8 mg/dL, lipase 9 U/L, amilase 21 U/L normal. Vitamina D 12 mg/dL. Ultrassonografia de abdome mostrou pâncreas hiperecogênico, sem outras alterações. Tomografia computadorizada abdominal mostrou infiltração gordurosa pancreática difusa. Elastase pancreática fecal: 15 ng/g (VR:>200 ng/g). Ecocardiografia com comunicação interatrial. Rx dos ossos longos demonstrou displasia esquelética. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Fibrose cística

- b) Enteropatia autoimune
- c) Síndrome de Schwachmann-Diamond
- d) Doença de inclusão microvilositária

15) Paciente com 5 meses, masculino, indígena, veio transferido de outro hospital aos 22 dias de vida para investigação de colestase neonatal, diarreia e vômitos. Nasceu a termo com 3.910g, filho de pais não consanguíneos. Recebia leite materno exclusivo, mas a dieta foi trocada para fórmula à base de soja por suspeita de alergia à proteína do leite de vaca. Internou na cidade de origem por sepse neonatal por E.coli, anemia *Coombs* positivo e colestase iniciada no 5º dia de vida. Exames iniciais: BT 5,8 mg/dL, BD 4,8 mg/dL, TGO 140 UI/L, TGP 67 UI/L, FA 349 U/L, GGT 150 U/L, TP INR 1,3. Dosagem de alfa-1 antitripsina sérica normal. Triagem ampliada para erros inatos do metabolismo realizada no hospital de origem demonstrou açúcares redutores na urina (teste de Benedict) positivo. Teste do pezinho básico normal. TSH, T4L, STORCH, PCR para CMV na urina, e sorologias para hepatites virais foram normais. Ultrassonografia abdominal com aumento de ecogenicidade hepática e avaliação oftalmológica: normal.

Qual a melhor conduta neste caso?

- a) Iniciar com ácido ursodesoxicólico 15 mg/kg/dia
- b) Iniciar reposição com ácido cólico
- c) Trocar dieta para Neocate exclusivamente, até confirmação do diagnóstico
- d) Trocar dieta para Neocate e manter aleitamento materno para preservar o vínculo mãe-bebê.

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				

GABARITO:

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