

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA (ATGASPEDT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Gastroenterologia

1

Paciente de 25 anos, proveniente de Pernambuco, procura o gastroenterologista devido a hemorragia digestiva alta (HDA). Na EDA, verifica-se a presença de varizes de esôfago de médio e grosso calibres; no exame físico, constata-se a presença de esplenomegalia e plaquetopenia.

No caso de diagnóstico de hipertensão porta por esquistossomose mansônica, está será classificada como:

- (A) sinusoidal;
- (B) pós-sinusoidal;
- (C) pré-sinusoidal;
- (D) supra-hepática;
- (E) perissinusoidal.

2

Mulher de 30 anos apresenta quadro de dor em QSD, com sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. A ultrassonografia mostrou a presença de litíase biliar e parede biliar espessada.

A litogênese biliar é favorecida pelas condições abaixo citadas, EXCETO:

- (A) uso de anticoncepcionais;
- (B) cirrose hepática;
- (C) microesferocitose;
- (D) policitemia vera;
- (E) obesidade.

3

Mulher obesa, de 30 anos, múltipara, procura a emergência com quadro de dor em QSD. Ultrassonografia de abdômen revela a presença de colelitíase e dilatação da via biliar extra-hepática com colédoco medindo 15 mm.

A melhor conduta terapêutica é:

- (A) colecistectomia laparoscópica;
- (B) ecoendoscopia;
- (C) colecistectomia por laparotomia;
- (D) ecoendoscopia seguida de CPER e papilotomia;
- (E) colangioressonância magnética.

4

Paciente jovem soropositivo para os vírus HBV (HBsAg reativo, HBeAg) e HIV apresenta manifestações extra-hepáticas do vírus da hepatite B.

NÃO é considerada manifestação extra-hepática do HBV a seguinte condição:

- (A) poliarterite nodosa;
- (B) síndrome do tipo soro-like;
- (C) glomerulonefrite membranosa;
- (D) artralgias e artrite;
- (E) gastrite crônica.

5

Mulher jovem em uso de anticoncepcional oral procura a ginecologista para a realização de exames periódicos. Na ultrassonografia de abdômen, percebe-se a presença de lesão hiperecogênica, de 2,5 cm em segmento VI. Na ressonância magnética de abdômen, verifica-se aspecto globuliforme e realce periférico de contraste. A alfafetoproteína é normal, assim como as enzimas hepáticas TGO e TGP.

A lesão nodular hepática descrita nesse caso é o(a):

- (A) hiperplasia nodular focal;
- (B) adenoma hepático;
- (C) carcinoma hepatocelular;
- (D) hemangioma hepático;
- (E) lipoma.

6

Mulher de 55 anos, com história de fadiga, prurido e elevação das enzimas canaliculares, apresenta hipotireoidismo e osteopenia.

O marcador laboratorial mais característico da colangite biliar primária é a presença de:

- (A) FAN (fator antinuclear);
- (B) antímúsculo liso;
- (C) antimicrosossomal;
- (D) antiactina;
- (E) antimitocôndria.

7

Paciente jovem de 30 anos com histórico de uso de drogas ilícitas injetáveis procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido que revela positividade para o HBsAg. É encaminhado pelo Sisreg para serviço especializado em hepatologia.

O melhor marcador de replicação viral na infecção pelo vírus B da hepatite é:

- (A) HBsAg;
- (B) HBeAg;
- (C) Anti-HBc (total);
- (D) Anti-HBc (IGM);
- (E) Anti-HBe.

8

Jovem de 17 anos procura a unidade básica de saúde por causa de icterícia, colúria e fadiga. Apresenta transaminases superiores a 2000, bilirrubina total de 10 mg/dl e história epidemiológica de contato sexual não protegido recente, embora em uso de PREP com o emprego de lamivudina e emtricitabine.

O tipo de hepatite de que se suspeita e seu período de incubação são, respectivamente:

- (A) hepatite B, 2 a 4 semanas;
- (B) hepatite A, 2 a 4 semanas;
- (C) hepatite C, 12 a 15 semanas;
- (D) hepatite delta, 4 a 6 semanas;
- (E) hepatite E, 14 a 16 semanas.

9

Paciente com histórico de hemotransusão no passado procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido para HBV e HCV, sendo o anti-HCV reativo. Encaminhado para serviço especializado em hepatologia, realiza pesquisa de carga viral para o HCV-RNA e genotipagem, com títulos elevados superiores a 1.000.000 UI/ml e genótipo 1. O estadiamento da doença confirma a presença de fibrose avançada com grau 3 (fibrose F3).

No tratamento atual da hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, recomenda-se:

- (A) gamaglobulina hiperimune (HBIG);
- (B) lamivudina;
- (C) tenofovir + lamivudina;
- (D) interferon + ribavirina;
- (E) sofosbuvir + velpatasvir.

10

Paciente com história de síndrome dispéptica com queixas de azia, plenitude prandial e náuseas. Na EDA percebe-se a presença de gastrite erosiva plana enantematosa em antro. A endoscopista realiza a coleta de fragmentos de biópsia.

O método padrão-ouro para o diagnóstico da infecção pelo *Helicobacter pylori* é:

- (A) teste respiratório "(breath test)";
- (B) sorologia para *Helicobacter pylori*;
- (C) teste da urease;
- (D) cultura;
- (E) exame histopatológico.

11

A causa mais frequente de hemorragia digestiva alta é:

- (A) varizes de esôfago;
- (B) angiodisplasia;
- (C) síndrome de Mallory-Weiss;
- (D) doença ulcerosa péptica;
- (E) gastrite aguda erosiva.

12

Paciente jovem, do sexo feminino, procura a unidade de gastroenterologia com quadro de dor na fossa ilíaca esquerda (FID), emagrecimento e alternância do ritmo intestinal. Colonoscopia revela a presença de ileíte erosiva com diagnóstico histológico e radiológico de doença de Crohn.

Nesse caso de ileíte, pode haver dificuldade de reabsorção de:

- (A) cobre;
- (B) ferro;
- (C) zinco;
- (D) sais biliares;
- (E) magnésio

13

Há cerca de 6 meses, Sandra, 50 anos, procurou atendimento médico trazendo os seguintes exames:

- EDA: varizes esofágicas de grosso calibre, sem sinais de cor vermelha;
- USG de abdômen total: hepatopatia crônica e hipertensão portal.

A conduta mais adequada para o tratamento dessa paciente é:

- (A) lactulona + espironolactona;
- (B) propranolol + espironolactona;
- (C) lactulona + furosemide;
- (D) lactulona + propranolol;
- (E) carvedilol + ligadura elástica de varizes de esôfago.

14

Uma paciente do sexo feminino, 40 anos, apresentou colelitíase no passado e precisou realizar colecistectomia laparoscópica, seguida de coledocolitíase.

Em relação à síndrome da colelitíase associada a baixa concentração de fosfolípideo (LAPC), é correto afirmar que:

- (A) a evolução clínica é geralmente assintomática;
- (B) geralmente não é acompanhada de litíase intra-hepática;
- (C) cursa com títulos de Gama-GT baixo;
- (D) cursa com disfunção da proteína MDR3, que reduz a concentração de fosfatidilcolina na bile;
- (E) na ausência de colangite, geralmente não há agressão ao epitélio biliar.

15

Márcia, 38 anos, comparece à emergência devido a quadro de dor abdominal há 3 dias, de localização epigástrica, que é acompanhada de náuseas e vômitos pós-alimentares e irradia para hipocôndrio direito. Ao exame, apresenta febrícula, regular estado geral e interrupção brusca da inspiração profunda enquanto se palpa o hipocôndrio direito.

Sobre o caso em questão, a alternativa diagnóstica mais provável e o respectivo exame complementar que confirmaria tal hipótese são:

- (A) pancreatite: dosagem de fosfatase alcalina e Gama-GT;
- (B) colangite: dosagem de amilase e lipase;
- (C) apendicite: TC de abdômen superior;
- (D) colecistite: USG de abdômen superior;
- (E) coledocolitíase: CPRE.

16

Paciente com quadro clínico sugestivo de pancreatite aguda grave necro-hemorrágica apresenta-se na emergência com presença de manchas equimóticas em região de flancos.

Esse sinal, indicativo de hemorragia retroperitoneal, é denominado:

- (A) Laffont;
- (B) Gray-Turner;
- (C) Fox;
- (D) Courvoisier-Terrier;
- (E) Blumberg.

17

Paciente de 40 anos, emagrecido, procura a unidade de gastroenterologia com queixa de aumento de volume abdominal, sugestiva de ascite.

Uma etiologia de ascite com GASA (Gradiente Albumina Soro-Ascite) aumentada (> 1.0 gr/dl) é:

- (A) ascite biliar;
- (B) ascite quilosa;
- (C) infarto intestinal;
- (D) síndrome Budd-Chiari;
- (E) peritonite tuberculosa.

18

Homem de 65 anos realizou revascularização do miocárdio há mais de 35 anos, com necessidade de hemotransfusão. Cerca de 20 anos depois, foi diagnosticado com hepatite C crônica, que evoluiu para cirrose hepática, com ascite discreta e albumina < 3.0 gr/dl, sendo classificado como Child-Pugh B8. Procura o hepatologista, desejoso de tratar a hepatite crônica C.

Considerando o estágio atual da sua doença hepática, a opção terapêutica mais adequada é:

- (A) pibrenstavir + glecaprevir por 12 semanas;
- (B) boceprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (C) telaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas;
- (D) sofosbuvir + velpatasvir por 12 semanas;
- (E) faldaprevir + peg-interferon e ribavirina por 24 semanas.

19

Homem jovem de 25 anos procura o serviço de saúde por causa de teste rápido positivo para hepatite B (HBsAg +) e HIV positivo. Apresenta títulos de CD4 inferiores a 350 células/mm³ e carga viral elevada para o HBV-DNA ($> 3.000.000$ UI/ml). Iniciou terapia antirretroviral com lamivudina, tenofovir e Kaletra (lopinavir). Passados 12 meses, encontra-se bem, com carga viral indetectável tanto do HIV quanto do HBV-DNA. Cerca de 10 anos depois, permanece em uso de terapia antirretroviral com o mesmo esquema, mas começa a apresentar elevação de creatinina e redução do clearance de creatinina (< 50 ml/min).

Para o manuseio da disfunção renal, a opção mais adequada é:

- (A) trocar o tenofovir por adefovir;
- (B) trocar o tenofovir por entecavir;
- (C) trocar o tenofovir por tenofovir alafenamida (TAF);
- (D) trocar o esquema de tenofovir e lamivudina por telbivudine;
- (E) manter o esquema terapêutico acima e monitorar a função renal.

20

Mulher de 65 anos procura o gastroenterologista com queixas de astenia, prurido palmar e plantar e elevação de fosfatase alcalina (1005 UI/ml) e Gama GT (1200 UI/ml). As enzimas hepáticas TGO e TGP estão elevadas (300 e 250 UI/ml, respectivamente) e a bilirrubina total é de 6,0 mg/dl, às custas da bilirrubina direta. Apresenta plaquetopenia de 85.000/mm³, e a ultrassonografia de abdômen aponta alterações compatíveis com doença parenquimatosa crônica do fígado, sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar anecoica.

A principal hipótese diagnóstica para o caso e o exame complementar a ser solicitado são, respectivamente:

- (A) hepatite colestática autoimune; FAN e antímúsculo liso;
- (B) colangite esclerosante primária; CPER e P-Anca;
- (C) colangite biliar primária; anti-LKM1;
- (D) colangite biliar primária; antimitocôndria;
- (E) hepatite medicamentosa; FAN e antímúsculo liso.

21

Paciente de 65 anos, com história de hemotransfusão no passado há mais de 35 anos, durante acidente automobilístico, procura o serviço de gastroenterologia com teste positivo para o anti-HCV, com queixas de fadiga, emagrecimento e ultrassonografia de abdômen com aspecto sugestivo de doença parenquimatosa crônica e nódulo de 2.5 cm em segmento IV. Após a realização de ressonância nuclear magnética, percebe-se que o nódulo apresenta captação de contraste e com *wash-out* rápido, classificado como LIRADS-5. Alfafetoproteína normal e Child A5.

A opção terapêutica mais adequada no manejo do paciente é:

- (A) acompanhar e monitorar o paciente com US de abdômen e alfafetoproteína;
- (B) indicar tratamento sistêmico com sorafenibe;
- (C) Indicar tratamento sistêmico com atezolizumabe e bevacizumabe;
- (D) indicar resseção cirúrgica da lesão hepática;
- (E) quimioembolização com pérolas de doxorubicina.

22

Mulher jovem apresenta-se com quadro de síndrome colestática a esclarecer com Gama GT normal.

A causa mais provável desse quadro é:

- (A) hepatite colestática de etiologia viral;
- (B) colangite biliar primária;
- (C) colangite esclerosante primária;
- (D) colestase aguda benigna da gravidez;
- (E) colestase crônica medicamentosa por anabolizantes.

23

Paciente de 55 anos com queixas de refluxo gastroesofágico procura o serviço de gastroenterologia. Ao realizar endoscopia digestiva alta, é diagnosticado com úlceras de Cameron.

Estas lesões ulcerativas são habitualmente encontradas no(na):

- (A) região anal;
- (B) válvula íleo-cecal;
- (C) parede anterior do bulbo duodenal;
- (D) região de antro e corpo gástrico;
- (E) saco herniário de uma hérnia hiatal.

24

Paciente de 50 anos, sexo masculino, dá entrada na emergência do pronto-socorro com queixa de dor epigástrica de forte intensidade e melena há 24 horas. Submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou úlcera bulbar ativa com sangramento em babação, referia uso recente de anti-inflamatório não esteroideal para tratamento de dor lombar.

Com relação ao aspecto endoscópico, a classificação da lesão segundo os critérios de Forrest e seu risco de sangramento são, respectivamente:

- (A) 1a e 20-30%;
- (B) 1b e 10-30%;
- (C) 1a e 100%;
- (D) 2a e 8-35%;
- (E) 3 e < 3%.

25

J.E., sexo feminino, 29 anos, comparece ao gastroenterologista com queixa de hematoquezia e dor abdominal há 4 meses. No exame físico, foi possível observar lesões pigmentadas na pele, principalmente na região perioral. Nos exames de endoscopia digestiva alta (EDA), enteroscopia e colonoscopia, foram visualizados múltiplos pólipos hamartomatosos em todo o trato gastrointestinal.

O diagnóstico provável para esse caso clínico é:

- (A) doença de Lynch;
- (B) doença de Crohn;
- (C) síndrome de Gardner;
- (D) síndrome de Mallory-Weiss;
- (E) síndrome de Peutz-Jegher.

26

Homem de 25 anos é encaminhado para investigação de hepatopatia crônica devido ao achado de fígado de contorno irregular na ultrassonografia de abdômen. Endoscopia digestiva alta (EDA) identificou varizes esofágicas de grosso calibre com "red spots", e o paciente foi submetido a ligadura elástica. Exame oftalmológico foi compatível com a presença de anéis de Kayser-Fleischer.

Com relação ao caso clínico, é correto afirmar que:

- (A) a doença tem caráter adquirido e não genético;
- (B) o cobre urinário nessa condição é geralmente elevado;
- (C) a dosagem da ceruloplasmina nessa condição é geralmente elevada;
- (D) a doença em questão é provocada por acúmulo de chumbo;
- (E) o tratamento da doença em questão é realizado com sangrias.

27

Mulher de 39 anos encontra-se icterícia e com dor abdominal em quadrante superior direito. No exame, identifica-se um sinal propepêutico em que o examinador consegue sentir, próximo à confluência entre o rebordo costal direito e a linha hemiclavicular direita, uma víscera palpável e indolor.

Com base nessa situação hipotética, é provável que o sinal mencionado e a correlação com esse caso clínico sejam:

- (A) sinal de Courvoisier-Terrier, neoplasia de vias biliares;
- (B) sinal de Murphy, colecistite aguda;
- (C) sinal de Murphy, colangite biliar primária;
- (D) sinal de Lemos-Torres, hérnia diaphragmática;
- (E) sinal de Joubert, pneumoperitônio.

28

Paciente com cirrose por hepatite C foi à consulta de rotina. Paciente e familiares negam confusão mental, relatam leve icterícia e levaram exame de ultrassonografia com sinais de hepatopatia crônica, ausência de nódulos hepáticos e líquido ascítico peri-hepático. Exames laboratoriais: bilirrubina sérica de 2,5 mg/dL, albumina sérica de 3,0 g/dL e INR de 1,31.

O escore de Child-Pugh desse paciente é:

- (A) A6;
- (B) B7;
- (C) B8;
- (D) B9;
- (E) C10.

29

Mulher de 35 anos se queixa de disfagia persistente para alimentos sólidos e frequentes impactações alimentares. Ela relata que evita consumir refeições sólidas, que tem alergia alimentar a frutos do mar e que melhora pouco com o uso inibidores de bomba de prótons (IBP). A endoscopia revela presença de anéis concêntricos no esôfago fixos, exsudato granular e sulcos verticais.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) divertículo de esôfago;
- (B) câncer escamoso de esôfago;
- (C) espasmo esofageano difuso;
- (D) esofagite eosinofílica;
- (E) refluxo gastroesofágico.

30

Paciente portador de retocolite ulcerativa vinha em uso de mesalazina 2,4 g/dia, quando foi internado com piora do quadro clínico. Apresentava mais de 15 evacuações/dia, cerca de 50% delas sanguinolentas, taquicardia e febre baixa. A radiografia panorâmica de abdômen não mostrou dilatação colônica.

A melhor conduta nesse momento é:

- (A) associar azatioprina;
- (B) iniciar vedolizumabe;
- (C) aumentar a dose da mesalazina para 4,8 gr/dia;
- (D) iniciar corticosteroides com metilprednisolona, 1 mg/kg dia;
- (E) iniciar infliximabe.

31

Paciente de 25 anos, do sexo masculino, apresenta vômitos repetidos após libação alcoólica. Procura a emergência com sangramento vermelho vivo em pequena quantidade. A endoscopia revela lacerações longitudinais no esôfago.

O diagnóstico mais provável é de:

- (A) varizes de esôfago;
- (B) síndrome de Mallory-Weiss;
- (C) lesão de Dieulafoy;
- (D) lesão de Cameron;
- (E) angiodisplasia.

32

Homem de 65 anos apresenta quadro de alteração do nível de consciência, confusão mental e tremores de extremidades.

Essa síndrome neuropsiquiátrica, que pode ocorrer como complicação de doença hepática crônica, é denominada:

- (A) síndrome de portossistêmica aguda;
- (B) síndrome de Shuan;
- (C) encefalopatia mínima;
- (D) encefalopatia hepática portossistêmica;
- (E) transtorno de déficit atencional.

33

Em aproximadamente um terço dos pacientes com doença de Crohn, ocorrem fístulas intestinais.

A forma mais comum de fístula intestinal em pacientes com doença de Crohn é a fístula:

- (A) ileovesical;
- (B) ileossigmoidea;
- (C) enterocutânea;
- (D) enterovaginal;
- (E) perianal.

34

Paciente AJN, 53 anos, sexo feminino, procura atendimento médico relatando que, há cerca de 1 ano, vem apresentando episódios de diarreia muco-pio-sanguinolenta, associada a dor abdominal, inapetência e perda ponderal de 7 kg no período. A colonoscopia revela colite severa à esquerda, enterotomografia normal e dosagem da calprotectina fecal: 1000 (VR: < 50mcg/g fezes).

Em relação ao caso acima, o diagnóstico e a classificação correta são, respectivamente:

- (A) doença de Crohn de cólon esquerdo, classificação de Montreal E2;
- (B) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E1;
- (C) colite microscópica, classificação E1;
- (D) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E2;
- (E) retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), classificação de Montreal E3.

35

Paciente do sexo feminino, 35 anos, comparece ao consultório com queixa de diarreia persistente, dor abdominal, febre, náuseas e perda de apetite.

O exame histológico evidenciou colite pseudomembranosa, o que pode ser indicativo de:

- (A) gastroenterite viral;
- (B) gastroenterite por rotavírus;
- (C) gastroenterite por *Clostridium difficile*;
- (D) síndrome do intestino irritável;
- (E) colite microscópica.

36

Homem de 30 anos com histórico de libação alcoólica de longa data procura a emergência do hospital com quadro de icterícia e elevação de enzimas hepáticas, sendo a TGO maior que a TGP. Pelo critério de Maddrey, a pontuação do paciente é superior a 32.

A melhor opção terapêutica para a hepatite alcóolica grave nesse caso é:

- (A) propiltiouracil;
- (B) SAME (S-adenosilmetionina);
- (C) ácido obeticólico;
- (D) corticosteroides;
- (E) ácido ursodesoxicólico.

37

Homem de 45 anos apresenta diagnóstico de colangite esclerosante, com episódios de colangite de repetição. Apresenta também diarreia crônica com presença de muco e sangue, elevação de CA 19,9 superior a 1000 e RNM com imagem sugestiva de lesão infiltrante em segmento VI.

A provável condição médica desse paciente é:

- (A) retocolite ulcerativa;
- (B) pancreatite crônica;
- (C) neoplasia de cólon;
- (D) colangiocarcinoma;
- (E) hepatite crônica ativa.

38

Jovem com história de promiscuidade sexual procura a unidade básica de saúde com febre, tosse produtiva, queda do estado geral e icterícia. Apresenta teste rápido positivo para HIV, carga viral do HIV-RNA elevada e títulos de CD4 inferiores a 250 células/mm³. Apresenta transaminases elevadas, sendo a TGO maior que a TGP.

A causa mais frequente de lesão hepática nos pacientes com aids é:

- (A) álcool;
- (B) infecção por *Isospora belli*;
- (C) infecção por *Micobacterium tuberculosis*;
- (D) infecção por *Pneumocystis carinii*;
- (E) infiltração gordurosa do fígado.

39

A doença celíaca (DC) é uma enteropatia provocada pela exposição às proteínas do glúten em indivíduos geneticamente susceptíveis.

O antígeno leucocitário humano (HLA) presente em mais de 95% dos casos de pacientes com DC é o:

- (A) B8;
- (B) DQ2;
- (C) B27;
- (D) B1;
- (E) B2.

40

Paciente procurou o hepatologista com queixa de desconforto em hipocôndrio direito. Apresenta IMC de 30, circunferência abdominal de 98 cm³, disglucemia, com HbA1c de 6.8% e dosagem de insulina de 20. Na ultrassonografia de abdômen, percebe-se fígado hiperecogênico e aumentado de volume. A elastografia hepática foi de 5.5 KPa (fibrose F0 – ausente) e CAP de 289 dB/m, compatível com esteatose moderada. A doença hepática gordurosa não alcoólica é entidade frequentemente associada à síndrome metabólica.

Nesse caso, a melhor conduta terapêutica é:

- (A) silimarina;
- (B) ácido ursodesoxicólico;
- (C) D-penicilamina;
- (D) vitamina D + zinco;
- (E) modificação do estilo de vida com dieta e atividades físicas.

Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

42

Um lactente de 9 meses, com fácies síndrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

43

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

44

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatra;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pômbero-estatural.

45

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

46

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

47

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

48

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

49

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de "tamanco holandês".

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

50

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

51

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

52

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

53

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

54

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingestão de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

55

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular (“olhos vermelhos”) com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

56

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

57

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

58

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

59

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

60

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

61

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

62

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

63

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

64

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitanes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

65

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

66

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

67

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

68

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

69

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

70

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

71

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrole de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

72

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

73

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

74

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

75

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

76

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

77

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

78

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

79

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

80

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

