

0/0

RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

F21 F21

1
1/100

RESIDÊNCIA MÉDICA
Áreas de Atuações
Transplante de Fígado
(Cirurgia Pediátrica)



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F21**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R – até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>
<p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p>



01

Homem de 30 anos, no pós-operatório imediato de segmentectomia lateral esquerda para transplante hepático intervivos (filho receptor), apresenta durante a noite sudorese e palidez. Ao exame físico, observa-se frequência cardíaca de 140 bpm, pressão arterial de 10x6 mmHg e abdome levemente distendido e doloroso. O dreno abdominal apresenta débito pequeno, sanguinolento e há um coágulo no trajeto do dreno. Foi realizada então expansão com soro fisiológico e solicitados exames, que revelam Hb de 5g/dL. Após transfusão de 2 unidades de concentrado de hemácias; a frequência cardíaca é de 120 bpm e a pressão 11x7mmHg. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Encaminhar para a UTI e solicitar mais concentrados de hemácias.
- (B) Indicar exploração cirúrgica imediata.
- (C) Realizar uma arteriografia para tentar embolizar o ponto de sangramento.
- (D) Solicitar uma angiogramografia.

02

Menina de 12 anos, submetida a transplante hepático por hepatite autoimune, apresenta elevação persistente de enzimas canaliculares a partir do 6º mês de pós-operatório. Refere ainda episódios esporádicos de acolia fecal. O exame ultrassonográfico revela discreta a moderada dilatação das vias biliares. O que está mais indicado nesta situação?

- (A) Angiorressonância.
- (B) Colangiografia transparietoepática.
- (C) Exploração cirúrgica.
- (D) Biópsia hepática aberta.

03

Criança de 4 anos está sendo atendida em uma UPA no interior de Minas Gerais e apresenta quadro de icterícia há 10 dias, evoluindo atualmente com sonolência. Exames laboratoriais revelam TGO/AST: 2.800 U/L, TGP/ALT: 2.500 U/L, bilirrubina total: 22 mg/dL, bilirrubina direta: 17 mg/dL, amônia: 170 µmol/L, INR: 5,4, glicemia: 69 mg/dL. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Internação em UTI local para administração de plasma.
- (B) Correção da glicemia e aguardar de 12 a 24 horas para a melhora da sonolência.
- (C) Transferência imediata para centro de transplante hepático pediátrico.
- (D) Hemodiálise.

04

Criança de 4 anos foi submetida a transplante hepático com doador cadavérico por hepatite fulminante. Evoluiu bem, hemodinamicamente estável, sendo extubada no segundo dia de pós-operatório. No quarto dia pós-transplante, apresenta

enterorragia maciça com queda importante do nível sérico de hemoglobina. Os drenos abdominais têm débito seroso, o coagulograma está quase normal e o exame ultrassonográfico com Doppler revela fluxos bons no enxerto. Apresenta, nas 48 horas seguintes, mais 5 episódios de enterorragia maciça. Qual a melhor conduta?

- (A) Refazer a enteroenteroanastomose.
- (B) Refazer a anastomose biliodigestiva.
- (C) Solicitar uma cintilografia com hemácias marcadas.
- (D) Solicitar uma angiografia para embolizar o foco de sangramento.

05

Criança de 2 anos apresenta episódios de icterícia com acolia fecal que revertem espontaneamente. A investigação diagnóstica revela importante dilatação fusiforme da via biliar extra-hepática sem fatores obstrutivos. O parênquima hepático é discretamente heterogêneo e a função hepática é normal. Qual deve ser a conduta neste momento?

- (A) Transplante hepático.
- (B) Derivação biliar externa.
- (C) Derivação biliodigestiva cirúrgica.
- (D) Colocação de prótese biliar endoscópica.

06

Criança de 3 anos, com situação social e familiar instáveis, é trazida ao ambulatório por icterícia persistente. Foi submetida a transplante hepático por atresia de vias biliares há 1 ano, com boa evolução no pós-operatório precoce. Havia faltado nas últimas consultas, e a avó (que a trouxe e é quem cuida da criança) não sabe quais medicações a criança toma nem as doses. Os exames comprovam bilirrubina total: 18 mg/dL, Bilirrubina direta: 15 mg/dL, TGO/AST: 67 U/L, TGP/ALT: 94 U/L, GGT: 980 U/L. A ultrassonografia com doppler é normal. O achado mais provável de sua biópsia é:

- (A) Hepatite auto-imune de novo.
- (B) Ductopenia.
- (C) Padrão reacional.
- (D) Hepatite medicamentosa.

07

Criança de 7 meses, portadora de atresia de vias biliares com Kasai prévio sem sucesso, foi submetida a transplante Inter vivos. Apresenta, a partir do terceiro dia de pós-operatório, episódios de vômitos em grande quantidade, além de distensão abdominal e dor importante à palpação difusa. Nota-se hiperemia em região periumbilical. Para esse caso, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Reexploração cirúrgica.
- (B) Tomografia de abdome.
- (C) Punção abdominal.
- (D) Ampliação da antibioticoterapia e observação em unidade de terapia intensiva.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 08 A 10

Lactente de 15 meses, submetido a transplante hepático intervivos por síndrome de Alagille há 8 meses, é trazido ao ambulatório com história de febre intermitente, anorexia e emagrecimento há 3 semanas. Ao exame físico, nota-se linfonodo cervical endurecido de 3 cm de diâmetro.

08

Pensando na principal hipótese diagnóstica, qual a melhor conduta neste momento?

- (A) Colonoscopia e endoscopia digestiva alta.
- (B) Biópsia excisional do linfonodo cervical.
- (C) Punção aspirativa por agulha fina do linfonodo cervical.
- (D) Coleta de sorologias, tomografia de corpo inteiro e suspensão da imunossupressão.

09

Nesta criança, obrigatoriamente, deve ser coletado PCR para qual vírus?

- (A) CMV.
- (B) HSV-8.
- (C) EBV.
- (D) HZV.

10

Qual a medida terapêutica mais importante neste momento?

- (A) Suspender o tacrolimus.
- (B) Introduzir aciclovir.
- (C) Introduzir ganciclovir.
- (D) Administrar pulso de corticoide.

11

O principal mecanismo de ação do tacrolimus é:

- (A) Inibição do linfócito B.
- (B) Inibição do TNF.
- (C) Estimulação dos linfócitos T helper.
- (D) Inibição da interleucina-2.

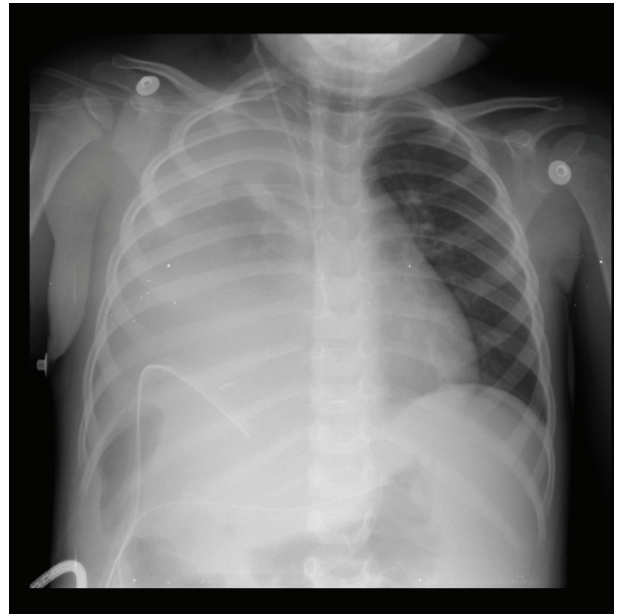
12

Dentre os parâmetros histológicos a seguir, qual deles NÃO é critério utilizado para avaliação e classificação da rejeição celular aguda?

- (A) Lesão endotelial.
- (B) Lesão ductular.
- (C) Infiltrado inflamatório.
- (D) Contagem de ductos biliares no espaço porta.

13

Criança de 4 anos, no 3º dia de pós-operatório de transplante hepático, apresenta dispneia progressiva, mantendo bom estado geral e afebril. Foi realizada radiografia de tórax, que revela a seguinte imagem:



Qual a melhor conduta para o caso descrito?

- (A) Toracotomia.
- (B) Drenagem torácica com *pig tail*.
- (C) Intubação endotraqueal imediata e assistência respiratória.
- (D) Ampliação da antibioticoterapia

14

Criança portadora de hepatoblastoma PRETEXT IV realizou avaliação por exames de imagem que não revelou metástases à distância. O pai, então, foi preparado para transplante intervivos. Iniciou-se o procedimento com a laparotomia da criança, sendo então observada presença de tumor aderido à parede abdominal, roto e com ascite hemorrágica em moderada quantidade. Ademais, observou-se linfonodo no hilo hepático endurecido de aproximadamente 4 cm de diâmetro. Qual a melhor opção neste momento?

- (A) Ressecar o linfonodo, retirar o fragmento de parede abdominal acometida com margens e realizar o transplante.
- (B) Enviar o líquido para análise histológica e aguardar o resultado.
- (C) Não realizar o transplante.
- (D) Realizar o transplante normalmente e logo depois encaminhar a criança à realização de quimioterapia.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 15 E 16

Adolescente de 14 anos, portador de atresia de vias biliares operada com sucesso, apresenta, na consulta ambulatorial, cianose de extremidades. Refere ainda cansaço progressivo aos esforços. A ausculta cardiopulmonar é normal, não tem ascite e apresenta bilirrubina baixa, coagulograma e níveis séricos de albumina normais.

15

Qual o exame mais elucidativo a ser realizado no momento?

- (A) Tomografia de tórax.
- (B) Ecoendoscopia.
- (C) Ecodopplercardiograma com microbolhas.
- (D) Tromboelastografia.

16

Qual deve ser a conduta em caso de confirmação da principal suspeita diagnóstica?

- (A) Transplante hepático.
- (B) Transplante pulmonar.
- (C) Transplante cardíaco.
- (D) Derivação porto-sistêmica.

17

Criança de 3 anos está sendo submetida a transplante hepático intervivos por hepatite fulminante. Foram realizadas as anastomoses da veia hepática e veia porta sem intercorrências, com ótima reperfusão do enxerto. No momento de preparo da artéria hepática direita do receptor, percebe-se que o endotélio da mesma está destacado e gravemente lesado. O mesmo ocorre na artéria hepática esquerda da criança, e o endotélio está destacado até a artéria hepática comum. Qual seria a melhor opção neste momento?

- (A) Deixar o fígado sem arterialização e observar a evolução.
- (B) Dissecar a artéria mesentérica superior do receptor e anastomosá-la com a artéria do enxerto.
- (C) Utilizar um enxerto de artéria ilíaca de cadáver como ponte entre a aorta e a artéria do enxerto.
- (D) Utilizar a veia jugular interna da criança como ponte entre a artéria hepática comum e a artéria do enxerto.

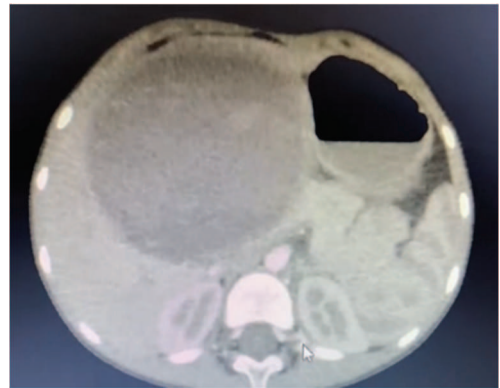
18

Dentre as alternativas a seguir, qual apresenta a complicação mais frequente no pós-operatório de transplante hepático?

- (A) Trombose de veia porta.
- (B) Trombose de artéria hepática.
- (C) Estenose de veia hepática.
- (D) Estenose biliar.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 19 E 20

Criança de 5 anos apresenta tumoração em região epigástrica notada pelos pais. Apresenta níveis séricos de alfafetoproteína e beta-HCG normais. A imagem tomográfica é apresentada a seguir.



19

Qual a principal hipótese?

- (A) Hepatocarcinoma.
- (B) Hepatoblastoma.
- (C) Sarcoma indiferenciado.
- (D) Rabdomiossarcoma de vias biliares.

20

O laudo da tomografia revela volumosa lesão expansiva no lobo hepático esquerdo, sem acometimento do hilo nem das veias hepáticas, estendendo-se até parte dos segmentos V e VIII. Neste caso, a melhor conduta é:

- (A) Lobectomia direita.
- (B) Lobectomia esquerda.
- (C) Trissegmentectomia esquerda.
- (D) Transplante hepático.

21

Criança de 3 anos foi submetida a transplante hepático intervivos por atresia de vias biliares aos 7 meses e estava bem clinicamente, quando apresentou episódio de sangramento digestivo alto. A endoscopia revelou a presença de varizes de esôfago de médio calibre. Ao exame físico, apresenta esplenomegalia. O exame ultrassonográfico revela fígado de consistência homogênea com diminuição expressiva do calibre da veia porta na altura da anastomose, alterando significativamente a velocidade do sangue. A melhor conduta é:

- (A) Reexploração cirúrgica.
- (B) Portografia transparietoepática e dilatação endovascular da região anastomótica.
- (C) Confecção de TIPS.
- (D) Derivação mesentérico-cava.



22

Qual dentre os níveis séricos dos eletrólitos a seguir é o mais importante na avaliação de potencial doador cadavérico para transplante hepático?

- (A) Potássio.
- (B) Sódio.
- (C) Cálcio.
- (D) Magnésio.

23

A secção do parênquima hepático para redução do fígado de um doador cadavérico de 85 kg que será implantado num lactente de 7 kg deve seguir qual reparo anatômico?

- (A) Leito da vesícula biliar.
- (B) Ligamento falciforme.
- (C) Leito da veia hepática média.
- (D) Leito da veia hepática direita.

24

Qual das estruturas a seguir geralmente é canulada para perfusão do sistema portal na captação de fígado de doador cadavérico?

- (A) Veia mesentérica superior.
- (B) Veia esplênica.
- (C) Veia mesentérica inferior.
- (D) Veia renal direita.

25

Lactente de 2 meses apresenta icterícia persistente às custas de bilirrubina direta. Realiza ecodopplercardiograma, que revela estenose da artéria pulmonar. Todas as alterações a seguir são também esperadas neste paciente, EXCETO:

- (A) Embriotoxon posterior.
- (B) Vértebra em asa de borboleta.
- (C) Facies característica.
- (D) Rim em ferradura.

26

Lactente de 12 semanas, portador de icterícia e acolia fecal, é submetido a exploração cirúrgica. No intra-operatório, observa-se fígado endurecido, vesícula e vias biliares atrésicas, ascite em moderada quantidade e baço aumentado. A melhor conduta é:

- (A) Realizar portoenteroanastomose.
- (B) Realizar biopsia hepática e fechar a cavidade.
- (C) Realizar colangiografia e drenagem biliar externa.
- (D) Realizar um transplante hepático de urgência.

27

Lactente de 8 meses portadora de atresia de vias biliares submetida a Kasai sem sucesso apresenta quadro de febre, piora da icterícia e queda do estado geral. É internada para receber antibioticoterapia endovenosa. Na investigação, realiza exame ultrassonográfico que revela vários lagos biliares intra-hepáticos. Após 21 dias, apresenta melhora importante do estado geral e dos exames, mas apresenta episódios esparsos de febre intermitente. O pai está pronto para o transplante intervivos. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Adiar o transplante.
- (B) Realizar o transplante.
- (C) Drenar os lagos biliares.
- (D) Introduzir antivirais.

28

Criança de 2 anos, submetida a transplante intervivos por atresia de vias biliares há 6 meses, apresenta aumento persistente de gama-GT. Além disso, a mãe refere discreto prurido. Nega icterícia, acolia fecal ou colúria. Na investigação, realiza-se biopsia hepática que revela intensa proliferação ductular. O próximo passo é:

- (A) Administrar pulso de corticoide endovenoso.
- (B) Realizar uma colangiografia transparietohepática.
- (C) Solicitar uma tomografia computadorizada.
- (D) Indicar uma reexploração cirúrgica.

29

Durante o primeiro mês pós transplante hepático em crianças são predominantes infecções de qual etiologia?

- (A) Virais.
- (B) Bacterianas.
- (C) Fúngicas.
- (D) Por protozoários.

30

Lactente de 7 meses submetido a transplante intervivos por atresia de vias biliares apresenta, a partir do 7º dia de pós-operatório, saída de líquido bilioso pelo dreno subfrênico. O débito diário é de aproximadamente 500 mL de bile por 5 dias seguidos, e a criança começa a apresentar acolia fecal, que se mantém por vários episódios. O que deve ser feito?

- (A) Colangiografia transparietoepática.
- (B) Biopsia hepática.
- (C) Colangiorressonância.
- (D) Reexploração cirúrgica.



RASCUNHO



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1
1/100

