

INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
-----------	-------	-------------------

ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:	ORDEM
---	-------

## 106 – Gastroenterologia

### Áreas com Pré-Requisito

#### INSTRUÇÕES

- Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
- Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
- A prova é composta de 50 questões objetivas.
- Nesta prova, as questões objetivas são de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
- A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
- Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso corresponde ao seu. Caso haja irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
- O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica de tinta preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
- Não será permitido ao candidato:
  - Manter em seu poder relógios e qualquer tipo de aparelho eletrônico ou objeto identificável pelo detector de metais. Tais aparelhos deverão ser DESLIGADOS e colocados OBRIGATORIAMENTE dentro do saco plástico, que deverá ser acomodado embaixo da carteira ou no chão. É vedado também o porte de armas.
  - Usar boné, gorro, chapéu ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas, ressalvado o disposto no item 4.3.3 do Edital.
  - Usar fone ou qualquer outro dispositivo no ouvido. O uso de tais dispositivos somente será permitido quando indicado para o atendimento especial.
  - Levar líquidos, exceto se a garrafa for transparente e sem rótulo.
  - Comunicar-se com outro candidato, usar calculadora e dispositivos similares, livros, anotações, régua de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
  - Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
  - Usar óculos escuros, exceto quando autorizado por meio de solicitação de Atendimento Especial.
  - Emprestar ou tomar emprestados materiais para a realização das provas.
  - Ausentar-se da sala de provas sem o acompanhamento do fiscal, conforme estabelecido no item 7.11, nem antes do tempo mínimo de permanência estabelecido no item 7.14, ou ainda não permanecer na sala conforme estabelecido no item 7.15 do Edital.
  - Fazer anotação de informações relativas às suas respostas (copiar gabarito) fora dos meios permitidos.

**Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído deste processo seletivo.**

- Será ainda excluído deste Processo Seletivo o candidato que:
  - Lançar mão de meios ilícitos para executar as provas.
  - Ausentar-se da sala de provas portando o cartão-resposta e/ou o caderno de prova, conforme os itens 7.14 e 7.16.b do Edital.
  - Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos e/ou agir com descortesia em relação a qualquer dos examinadores, executores e seus auxiliares, ou autoridades presentes.
  - Não cumprir as instruções contidas no caderno de prova e no cartão-resposta.
  - Não permitir a coleta de sua assinatura.
  - Não se submeter ao sistema de identificação por digital e detecção de metal.
  - For surpreendido sem o correto uso de máscara (boca e nariz cobertos) durante o período de aplicação da prova.
- Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
- Após a entrega do material ao aplicador de prova, você deve dirigir-se imediatamente ao portão de saída e retirar-se do local de prova, sob pena de ser excluído do processo seletivo.
- Se desejar, anote as respostas no quadro disponível no verso desta folha, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

Conhecimentos Específicos

**DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS**



.....

**RESPOSTAS**

01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

**01 - Em relação aos *GIST* localizados no estômago, é correto afirmar:**

- a) Trata-se da segunda localização mais comum, perdendo somente em prevalência para as lesões do intestino delgado.
- b) A positividade para os marcadores BCL2, KRas e c-KIT ocorre entre 80 e 95% dos casos.
- c) Biópsias realizadas por meio de ecoendoscopia são capazes de afastar componente de malignidade.
- ▶ d) A ressecção ampla do tumor é suficiente como tratamento de escolha para esse subgrupo de sarcomas.
- e) A terapia com imatinibe e sunitinibe revolucionou a conduta dessas neoplasias, descartando a necessidade de cirurgia e proporcionando sobrevida de 5 anos em 90% dos casos.

**02 - O Consenso de Baveno VI aborda a hemorragia digestiva alta de origem varicosa. De acordo com as informações desse consenso, é correto afirmar:**

- a) A elastografia hepática transitória com valores > 10 Kpa seria suficiente para suspeitar de doença hepática crônica avançada compensada, desde que em pacientes assintomáticos e com etiologia da doença hepática conhecida.
- b) As graduações Child-Pugh e Meld não são preditores de mortalidade.
- ▶ c) Há indicação de uso de betabloqueadores em cirróticos Child B e C com varizes, visando profilaxia primária.
- d) A ligadura elástica de varizes é mais efetiva do que os betabloqueadores na prevenção do primeiro sangramento varicoso e aumenta a sobrevida.
- e) Os antibióticos profiláticos devem ser introduzidos nos pacientes cirróticos tão logo tenham realizado o exame de endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica.

**03 - Sobre as lesões cáusticas do trato gastrointestinal superior, é correto afirmar:**

- ▶ a) No atendimento inicial, deve-se verificar a natureza da solução cáustica ingerida, apesar de não haver indicação de se tentar diluí-la ou neutralizá-la.
- b) A presença de alimentos no estômago impede que ocorram lesões extensas que afetem o piloro.
- c) No caso do estômago vazio, mais contraído e verticalizado, as lesões mais graves verificam-se no fundo gástrico.
- d) O carvão ativado deve ser usado terapeuticamente no manejo inicial da ingestão de substâncias ácidas.
- e) A classificação endoscópica mais utilizada é a de Zargar, que subdivide as lesões em 6 graus diferentes de achados, entre os quais as lesões do tipo IIb têm índice de complicações (estenose) em 70% dos casos.

**04 - A respeito das características do câncer gástrico, assinale a alternativa correta.**

- a) O câncer gástrico do tipo difuso (classificação de Lauren) é, do ponto de vista etiopatogênico, associado a fatores ambientais, principalmente hábitos dietéticos adquiridos na infância e juventude.
- b) Cerca de 90% dos adenocarcinomas gástricos são do tipo difuso e altamente agressivos, ou seja, metastatizam precocemente.
- c) A mucosectomia possui critérios absolutos e capacidade curativa para lesões do tipo tumor plano (IIb) ou deprimido (IIc) com até 2,5 cm de diâmetro.
- d) O ultrassom endoscópico tornou-se o método de escolha para estadiamento do câncer gástrico, pois consegue distinguir os linfonodos com neoplasia dos que se apresentam infartados.
- ▶ e) O câncer gástrico precoce localiza-se na mucosa ou no máximo na submucosa, podendo ou não ter envolvimento das cadeias de linfonodos.

**05 É correto afirmar que a medicação anestésica propofol:**

- a) possui um rápido início de ação (aproximadamente 30 segundos), uma rápida taxa de distribuição (meia-vida 2-4 minutos), um efeito hipnótico que independe da dose e uma rápida meia-vida de eliminação.
- b) possui metabolismo renal com a formação e excreção urinária de substâncias conjugadas inativas.
- c) apresenta reações durante a infusão, como dor no local de aplicação, hipotensão, taquicardia, movimentos/abalos epileptiformes, taquipneia e desinibição sexual.
- ▶ d) tem apresentado efeitos adversos em decorrência do seu uso disseminado, com destaque para a PRIS (*propofol infusion syndrome*), que se caracteriza por acidose metabólica severa, rabdomiólise, hipercalemia, falência renal, hepatomegalia e colapso cardiovascular.
- e) a recuperação da anestesia geralmente é rápida, mas existem efeitos residuais que geram sintomas como dor de cabeça, náusea e vômitos nos pós-operatórios.

**06 - Paciente 71 anos, sexo masculino, com história de IAM e arritmia, fazendo uso crônico de dupla antiagregação plaquetária, apresenta enterorragia importante. O exame de endoscopia digestiva alta foi normal. Não houve sucesso em realizar uma colonoscopia, tendo em vista o preparo inadequado. É indicada uma cintilografia com hemáceas marcadas. Qual é o fluxo sanguíneo (mL por minuto) mínimo no local do sangramento para que esse teste seja positivo?**

- a) 0,01 mL/min.
- ▶ b) 0,5 mL/min.
- c) 1,0 mL/min.
- d) 1,5 mL/min.
- e) 5,0 mL/min.

**07 - Assinale a alternativa que apresenta o fator encontrado na síndrome de Plummer-Vinson.**

- a) Baixa incidência de carcinoma de esôfago.
- b) Glossite hipertrófica.
- c) Deficiência de ácido fólico.
- ▶ d) Anemia hipocrômica microcítica.
- e) Alargamento das glândulas salivares.

**08 - Os anticorpos mais prevalentes nas pancreatites autoimunes são:**

- a) antianidrase carbônica II e antimúsculo liso.
- ▶ b) FAN e antilactoferrina.
- c) p-ANCA e FAN.
- d) antimúsculo liso e c-ANCA.
- e) antilactoferrina e p-ANCA.

**09 - O achado de pneumoperitônio após a realização de gastrostomia endoscópica percutânea representa:**

- ▶ a) um evento comum.
- b) indicação para cirurgia de urgência.
- c) necessidade de repetição urgente do exame endoscópico.
- d) presença de fístula gastrocólica.
- e) um evento raro, mas sem significado clínico.

**10 - O ponto anatômico de maior estreitamento esofágico é:**

- a) esfíncter esofágico inferior.
- b) impressão do arco aórtico.
- c) impressão do brônquio fonte esquerdo.
- d) impressão da carina.
- ▶ e) músculo cricofaríngeo.

**11 - Paciente de 35 anos, com quadro de disfagia após a ingestão de líquidos iniciada há vários meses, evoluiu com regurgitação de alimentos não digeridos, perda de peso e infecções pulmonares de repetição. Alivia-se da disfagia com elevação do queixo e extensão do pescoço. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é:**

- a) acalasia.
- b) câncer do esôfago.
- c) esofagite de refluxo.
- ▶ d) divertículo de Killian-Jamieson.
- e) monilíase esofágica.

**12 - O corante de contraste na cromoscopia endoscópica é:**

- a) azul de toluidina.
- b) verde janus-B.
- c) azul de metileno.
- d) azul de Evans.
- ▶ e) índigo carmim.

**13 - A cromoscopia é uma ferramenta auxiliar muito útil no rastreamento do câncer do aparelho digestório. Sobre a funcionalidade dos corantes, é correto afirmar:**

- a) O corante mais utilizado para a detecção de displasia no esôfago é o azul de metileno.
- b) As áreas "coradas" pelo lugol são representações da mucosa esofagiana com atividade inflamatória ou displásica.
- ▶ c) O NBI (*narrow band imaging*) utiliza comprimentos de onda específicos, realçando os vasos superficiais em marrom e os profundos em azul/verde.
- d) A magnificação de imagem associada à cromoscopia com azul de toluidina permite o estudo do padrão de abertura das criptas dos pólipos colorretais.
- e) A classificação de Kudo tipo III apresenta alta correlação com o diagnóstico histológico de adenoma viloso colorretal.

**14 - Sobre a doença de Wilson (DW), cujo grau de manifestação interfere diretamente no equilíbrio corporal do elemento cobre no organismo humano, é correto afirmar:**

- a) Os efeitos tóxicos do acúmulo de cobre acontecem em vários locais, mas não se manifestam nos rins e nas células sanguíneas.
- b) O cobre deposita-se nos tecidos orgânicos, onde promove lesão por diminuição da produção de radicais livres e aumento das defesas antioxidantes.
- c) O anel de Kaiser-Fleisher está presente na grande maioria dos pacientes acometidos pela doença hepática.
- d) O acúmulo de cobre pode extrapolar os limites do fígado e os efeitos tóxicos manifestam-se no sistema nervoso central, afetando a substância branca do cérebro e do cerebelo.
- ▶ e) Mutações no gene ATP7B acarretam defeito no transporte do íon do sangue para a bile, em nível de complexo de Golgi dos hepatócitos.

**15 - Sobre a litíase intra-hepática, assinale a alternativa correta.**

- a) A litíase intra-hepática está associada, na maioria das vezes, com litíase extra-hepática e obstrução da via biliar principal.
- b) No Ocidente, a litíase intra-hepática isolada é mais comum em mulheres.
- ▶ c) A doença parece ser secundária a anomalias ou lesão das vias biliares, tanto de origem congênita quanto adquirida (neoplasias, iatrogenia), podendo resultar de cálculos que migraram da vesícula ou do colédoco para a árvore intra-hepática.
- d) A doença é sintomática, manifesta-se com quadro de icterícia, dor ou colangite, apresenta aumento de fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase e, em casos de colangite, observa-se leucocitose.
- e) O tratamento clínico é o indicado.

**16 - Sobre o vírus da hepatite B, considere as seguintes afirmativas:**

1. As vias parenteral e sexual são altamente efetivas para a transmissão.
2. O vírus é estável em superfícies inanimadas e pode persistir viável no meio ambiente por cerca de setenta dias sem perder sua infectividade.
3. O vírus da hepatite B (VHB) é passível de infecção quando localizado em soro, sêmen, secreção vaginal, exsudatos, serosas e liquor.
4. O risco de infecção por contato com saliva, urina, fezes, lágrima, suor e bile é alto.
5. Apesar de o vírus ser detectado em leite materno, a transmissão pela amamentação não se mostra efetiva.

**Assinale a alternativa correta.**

- a) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- b) Somente as afirmativas 2 e 5 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- ▶ d) Somente as afirmativas 1, 3 e 5 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3, 4 e 5 são verdadeiras.

**17 - Radiografias simples de abdome em posição supina e em pé fornecem informações precoces para o diagnóstico de:**

- ▶ a) perfuração de víscera oca.
- b) pancreatite aguda.
- c) colecistite.
- d) rotura de aneurisma.
- e) cisto hepático.

**18 - Colangiocarcinoma é uma neoplasia maligna que se desenvolve no epitélio do ducto biliar. A respeito do diagnóstico e aspectos clínicos desse tipo de câncer, é correto afirmar:**

- a) A tríade de Virchow é umas das características clínicas do colangiocarcinoma intra-hepático.
- b) No diagnóstico, em pacientes com colangiocarcinoma peri-hilar e colangiocarcinoma intra-hepático, a icterícia obstrutiva é evidente, com níveis séricos de bilirrubina, fosfatase alcalina, gama-glutamil transpeptidase (GGT) e, muitas vezes, transaminases elevadas.
- c) Os pacientes com colangite esclerosante primária e colangiocarcinoma não apresentam icterícia.
- ▶ d) Os aspectos clínicos são semelhantes aos do carcinoma hepatocelular, incluindo mal-estar, perda de peso, dor abdominal e icterícia.
- e) A apresentação clínica do colangiocarcinoma intra-hepático se traduz por icterícia indolor progressiva, fezes acólicas, prurido com ou sem perda de peso e, raramente, colangite.

**19 - A respeito dos tumores hepáticos benignos, é correto afirmar:**

- a) O uso de anticoncepcionais hormonais orais ou outras terapias hormonais está contraindicado em pacientes com hemangiomas.
- b) Na ultrassonografia, os três tipos de tumores benignos (hemangiomas, hiperplasia nodular focal e adenomas) têm sinais hipoeoicos.
- c) Na tomografia computadorizada de abdome, a hiperplasia nodular focal apresenta fase de captação arterial intensa e os adenomas apresentam fase venosa retardada.
- d) Nos hemangiomas, os exames de imagem não são suficientes para diagnóstico, portanto a biópsia hepática percutânea deve ser indicada de imediato.
- ▶ e) A gestação não parece influenciar a evolução de hemangiomas ou da hiperplasia nodular focal, mas pode desencadear aumento no volume do adenoma hepático.

**20 - Paciente com 25 dias de vida é trazido ao pronto-socorro pela mãe devido à coloração dos olhos e da pele muito amarelada. Nenhum problema ao nascimento está registrado no cartão infantil e a mãe refere que a criança nasceu com 3.250 g, tem ganho de peso dentro do previsto e está em aleitamento materno exclusivo. Ao ser examinado, nota-se bom estado geral, bom desenvolvimento neurológico, icterícia 3+/4+, hepatomegalia com aumento de consistência, baço percutível e palpável e fraldas com presença de acolia e colúria. Os exames iniciais foram: TGO: 116 U/L; TGP: 120 U/L; fosfatase alcalina: 765 U/L; GGT: 1.200 U/L; BT: 8,8; BC: 6,6; e BI: 2,2; coagulograma normal e dosagem de albumina 4,3 mg/dL. Além da colestase neonatal, a principal hipótese diagnóstica e o tratamento mais adequado são, respectivamente:**

- ▶ a) atresia de vias biliares – cirurgia de Kasai.
- b) galactosemia – retirada de lactose da dieta.
- c) síndrome de Alagille – transplante hepático imediato.
- d) tirosinemia – transplante hepático.
- e) sífilis congênita – penicilina cristalina endovenosa por 14 dias.

**21 - Na histopatologia da esteato-hepatite não alcoólica em adultos, o achado observado é:**

- a) esteatose nos espaços-porta.
- b) depósito de lipofuscina intranuclear.
- c) lesão de ductos biliares.
- d) necrose centrolobular focal.
- ▶ e) infiltrado inflamatório portal discreto.

**22 - O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular é o tumor hepático primário maligno mais comum e a terceira causa de morte por neoplasia no mundo. Sobre esse tumor, é correto afirmar:**

- a) A cirrose e as hepatites agudas pelos vírus hepatotrópicos possuem relação de causa e efeito com o hepatocarcinoma.
- b) Doenças crônicas raras, como deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson e hemocromatose não estão associadas ao desenvolvimento desse tipo de carcinoma, mas sim ao adenoma.
- ▶ c) Cirrose hepática de qualquer etiologia está associada ao desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.
- d) A infecção crônica pelo vírus da hepatite C é a causa mais comum de desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.
- e) A doença hepática alcoólica crônica isoladamente não leva ao desenvolvimento do hepatocarcinoma, mas, associado à infecção viral, o desenvolvimento desse tipo de carcinoma fica mais provável.

**23 - Os aparelhos e acessórios usados em endoscopia digestiva são classificados em três tipos quanto à sua capacidade de desinfecção e risco funcional. Assinale a alternativa que apresenta somente objetos críticos nesses tipos de aparelhos.**

- a) Alça de polipectomia reutilizável, endoscópio flexível e pinça de biópsias.
- b) Pinça de biópsias, bocais e cateter injetor reutilizável.
- c) Colonoscópio, fio guia de via biliar e pinça de biópsias.
- d) Duodenoscópio, fio guia de via biliar e balão extrator de cálculos em colédoco.
- ▶ e) Cateter injetor reutilizável, pinça de biópsias e agulhas de ecoendoscopia para punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

**24 - Paciente de 71 anos, sexo feminino, sem comorbidades, veio encaminhada para avaliação especializada com gastroenterologista após ter realizado ultrassom de abdome de rotina no qual foi identificado imagem cística em pâncreas. Sem queixas. Exame físico sem alterações. Trouxe também tomografia de abdome total contrastada descrevendo cisto na região de cabeça pancreática de 4,3 cm, com cicatriz central, e resultado de punção ecoguiada do conteúdo do cisto que mostrou baixos níveis de antígeno carcinoembrionário (CEA < 5 nanograma/mL). A hipótese diagnóstica e a conduta são, respectivamente:**

- ▶ a) cistoadenoma seroso – tratamento conservador.
- b) cistoadenoma mucinoso – tratamento conservador.
- c) cistoadenoma seroso – exérese cirúrgica.
- d) cistoadenoma mucinoso – exérese cirúrgica.
- e) cistoadenocarcinoma mucinoso – exérese cirúrgica e quimioterapia.

**25 - Paciente de 57 anos, sexo feminino, portadora de cirrose por álcool, abstêmia há 11 meses, aguardando avaliação de inclusão em lista de transplante hepático, procura o pronto-socorro com dor abdominal e febre. Realizado punção do líquido ascítico com os seguintes resultados: leucócitos: 6.230/mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 6.039/mm<sup>3</sup>, proteína: 1,0 g/dL, albumina: 0,4 g/dL, glicose: 92 mg/dL, lactato desidrogenase: 117 UI/L, cultura: em andamento. O diagnóstico e a conduta adequados nesse momento são, respectivamente:**

- a) peritonite bacteriana espontânea – introdução de antibiótico de acordo com resultado de cultura e infusão de albumina endovenosa.
- b) peritonite bacteriana secundária – introdução de antibiótico de amplo espectro e avaliação da equipe de gastrocirurgia.
- c) peritonite bacteriana espontânea – introdução de antibiótico empírico e infusão de soro fisiológico pela disfunção renal.
- ▶ d) peritonite bacteriana espontânea – introdução de antibiótico empírico e infusão de albumina endovenosa.
- e) peritonite bacteriana secundária – introdução de antibiótico de acordo com resultado de cultura e reposição de albumina.

**26 - Paciente de 54 anos, sexo masculino, portador de cirrose por vírus da hepatite C + álcool, procura a emergência do hospital com dor abdominal, febre, astenia e queda do estado geral. Em uso domiciliar diário de furosemida 60 mg, espironolactona 200 mg e lactulona 10 mL 3x ao dia. Exames séricos realizados no pronto-socorro: hemoglobina 10,1 g/dL (normal: 12-16 g/dL), leucócitos 18.050/mm<sup>3</sup> (normal: 4.200-10.200/mm<sup>3</sup>), plaquetas 66.000/mm<sup>3</sup> (normal: 150.000-450.000/mm<sup>3</sup>), ureia 92 mg/dL (normal: 16-40 mg/dL), creatinina: 2,8 mg/dL (normal: 0,6-1,2 g/dL) [resultado da creatinina da semana anterior de 1,3 mg/dL], sódio 131 mEq/L (normal: 135-145 mEq/L), potássio 3,6 mEq/L (normal: 3,5-5,0 mEq/L), bilirrubinas totais: 2,3 mg/dL (normal: 0,2-1,1 mg/dL), albumina 3,1 g/dL (normal: 3,5-4,7 g/dL), RNI 1,5 (normal: 0,8-1,0), lactato desidrogenase: 168 UI/L (normal: 115-225 UI/L).**

**De acordo com a classificação de ICA-AKI (*International Club of Ascites – Acute Kidney Injury*) de 2015, o estadiamento da lesão renal aguda desse paciente é:**

- a) 1a.
- b) 1b.
- ▶ c) 2.
- d) 3.
- e) 4.

**27 - Paciente com cirrose por hepatite C, genótipo 3, Child-Pugh A, vem à consulta para realizar novo tratamento da hepatite C. Fez uso de sofosbuvir + daclatasvir + ribavirina por 12 semanas sem sucesso. Não apresenta outras comorbidades. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde do Brasil, qual é a opção terapêutica adequada nesse caso?**

- ▶ a) glecaprevir + pibrentasvir + sofosbuvir com ribavirina por 12 semanas.
- b) ombitasvir/veruprevir/ritonavir + dasabuvir com ribavirina por 12 semanas.
- c) sofosbuvir + daclatasvir com ribavirina por 24 semanas.
- d) elbasvir + grazoprevir com ribavirina por 12 semanas.
- e) alfapeginterferona + ribavirina + sofosbuvir por 48 semanas.

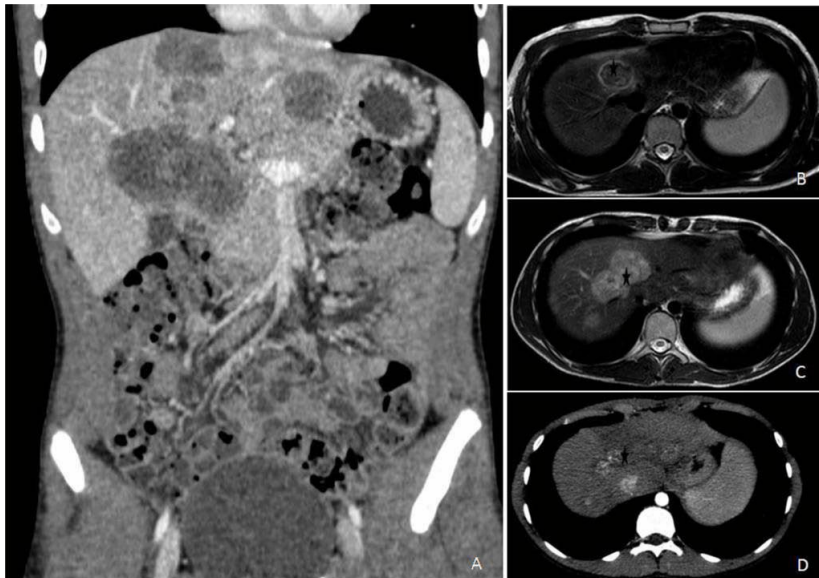
**28 - Paciente de 49 anos, sexo feminino, em acompanhamento regular por doença de Crohn há 8 anos, em uso adalimumabe há 21 meses. Antes da última avaliação, realizou rastreio para tuberculose latente, com resultado de teste intradérmico (PPD) de 12 mm, tendo feito uso de isoniazida por 6 meses. Há 3 semanas, iniciou quadro de tosse produtiva, febre vespertina e sudorese noturna. Investigação resultou positividade em escarro para bacilo álcool ácido resistente. A conduta diante do quadro dessa paciente é:**

- a) manter o anti-interleucina e iniciar tratamento com rifampicina + pirazinamida + etambutol.
- b) suspender o anti-TNF e realizar novo tratamento com isoniazida por 9 meses.
- ▶ c) suspender o anti-TNF e iniciar tratamento com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.
- d) manter o tratamento com o anti-interleucina e iniciar tratamento com estreptomicina + etambutol + levofloxacino + pirazinamida + terizidona.
- e) trocar o anti-interleucina em uso por um antimetabólico e iniciar tratamento com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.

**29 - Paciente de 64 anos, sexo feminino, vem ao consultório com queixa de diarreia há 14 meses, com piora progressiva nos últimos 50 dias. Refere entre 8 e 11 episódios por dia, com fezes líquidas, sem sangue ou muco. Refere alguns eventos nos quais sua face fica muito avermelhada, acompanhados de tontura e “quase desmaio”. Num desses episódios, teria ido a um hospital, onde foi constatado que ela estava com “pressão baixa”. Tem antecedente de hipertensão bem controlada com losartana 50 mg isoladamente. Nega outras doenças. Nega tabagismo, etilismo ou drogadição. Exame físico: corada, eupneica e em bom estado geral e nutricional. Ausculta pulmonar normal, ausculta cardíaca com sopro diastólico em foco tricúspide. Exame abdominal com ruídos hidroaéreos aumentados, sem outras alterações. Os exames complementares para confirmar o diagnóstico são:**

- a) balanço de gordura nas fezes e dosagem de enzimas pancreáticas.
- b) colonoscopia longa e biópsia de mucosa intestinal.
- ▶ c) dosagem de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) urinário e tomografia de abdome total.
- d) dosagem de catecolaminas urinárias e colonoscopia virtual.
- e) dosagem de catecolaminas séricas e tomografia de abdome total.

**30 - Paciente de 45 anos, sexo masculino, conta história de dificuldade de evacuar completamente e necessidade de tentar evacuar quatro a cinco vezes ao dia, em pequena quantidade, sem sangue, muco ou alteração no formato das fezes, há cerca de um mês e meio. Há 10 dias, iniciou dor abdominal difusa em cólica e alguns episódios de vômitos. Perdeu 5 kg no último mês. Refere ser constipado de longa data. Nega doenças prévias. É tabagista ativo (40 anos-maço). Exame físico: estado geral preservado, descorado (++)/4, anictérico, afebril. Palpação do abdômen: fígado palpável a 14 cm do rebordo costal direito e 9 cm do rebordo costal esquerdo, endurecido e aparentemente irregular; baço não palpável. Exames laboratoriais: hemoglobina 10,1 g/L; TGO 58 UI/L; TGP 52 UI/L; fosfatase alcalina 287 UI/L, gama GT 274 UI/L; bilirrubina: total 1,4 mg/d; indireta 0,5 mg/dL e direta 0,9mg/d, RNI 1,42. Tomografia computadorizada de abdômen com imagem abaixo.**



**Em relação a esse paciente, a hipótese diagnóstica e a conduta são, respectivamente:**

- a) carcinoma hepatocelular – solicitar alfa-fetoproteína e sorologias para hepatite B e C.
- ▶ b) metástases hepáticas de neoplasia primária do trato digestório – solicitar endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
- c) metástases hepáticas de neoplasia maligna de mama – solicitar ultrassonografia e ressonância magnética de mamas.
- d) metástases hepáticas de neoplasia maligna de pulmão – solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- e) linfoma difuso – solicitar biópsia guiada para obter material para estudo histopatológico.

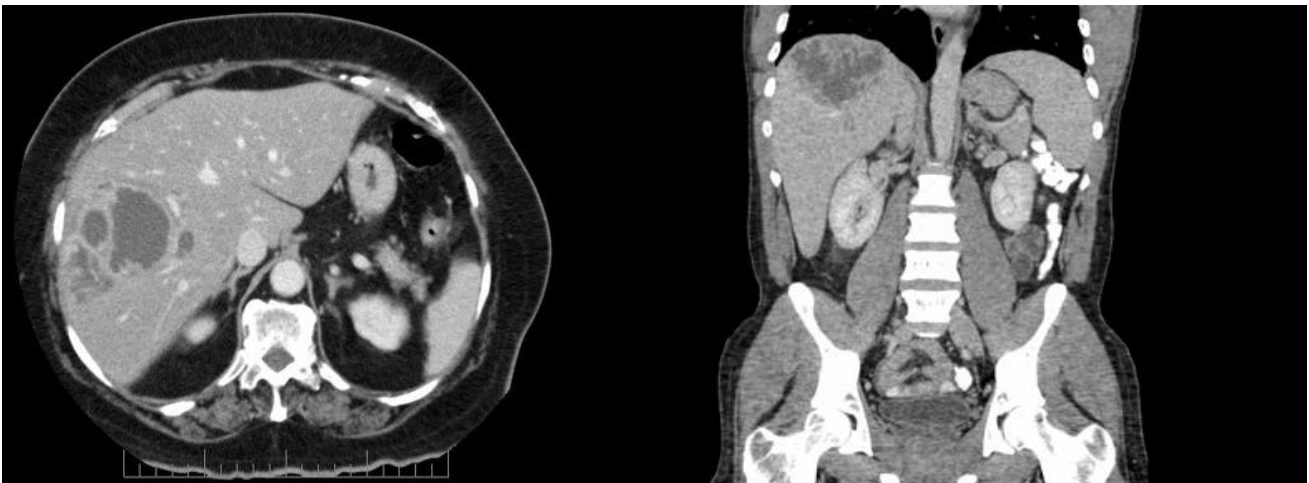
31 - No ambulatório de hepatologia, o médico assistente solicita ao residente que encaminhe o paciente com cirrose para inclusão em lista de transplante hepático. Os parâmetros utilizados na classificação de MELD (*Model for End stage Liver Disease*) para alocação em lista de transplante de fígado são:

- ▶ a) RNI e bilirrubinas séricas.
- b) albumina e creatinina sérica.
- c) ascite e RNI sérico.
- d) encefalopatia e creatinina sérica.
- e) ascite e bilirrubinas séricas.

32 - Paciente de 65 anos, sexo feminino, interna na enfermaria da Medicina Interna para investigação de aumento de volume abdominal iniciado há 7 meses associado à queda do estado geral e emagrecimento de 13 kg no período. Apresenta diabetes tipo 2 e dislipidemia, em uso domiciliar de insulina glargina, empaglifozina e pitavastatina. Nega uso de álcool. Exame físico: descorada +/4+, emagrecida; orientada; anictérica; afebril; abdome globoso, ascítico, com piparote presente; edema de membros inferiores ++/4+. Exames laboratoriais: hemoglobina 10,7 g/dL; plaquetas 196.000/mm<sup>3</sup>; creatinina 0,9 mg/dL; glicemia 171 mg/dL; bilirrubinas totais 0,9 mg/dL; albumina 3,1 g/dL, RNI 1,2. Realizado punção do líquido ascítico: leucócitos 252 /mm<sup>3</sup> (92% de linfócitos); proteínas 3,9 g/dL; albumina 2,9 g/dL. Diante desse caso, é correto afirmar que a paciente apresenta:

- a) cirrose e quadro de PBE.
- b) ascite de origem cardiogênica.
- c) varizes de esôfago.
- d) cirrose por esteato-hepatite não alcoólica.
- ▶ e) doenças peritoneais.

33 - Paciente de 32 anos, sexo feminino, procurou o pronto-socorro por fraqueza, febre vespertina de até 39 °C e dor em hipocôndrio direito há 4 semanas. Retornou da viagem de 1 semana ao Pará (proximidades de Santarém) 2 dias antes dos sintomas iniciarem. Exame físico: bom estado geral; anictérica; febril; hidratada; ausculta cardíaca e pulmonar normais; abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito; fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito; baço não palpável; algumas lesões de pele nas pernas. Exames laboratoriais: hemoglobina 11,9 g/dL; leucócitos 19.000/mm<sup>3</sup>; TGO 45UI/L; TGP 38UI/L; fosfatase alcalina 304 UI/L; gama-glutamyltransferase 268 UI/L; proteína C reativa 135. Tomografia computadorizada de abdômen apresentando a imagem a seguir:



Em relação ao caso, além de coletar hemoculturas, a conduta adequada é:

- a) drenar os abscessos e iniciar vancomicina para cobrir *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina.
- ▶ b) drenar os abscessos e iniciar ceftriaxona e metronidazol para cobrir bactérias anaeróbias, *Streptococcus* e bacilos Gram-negativos.
- c) iniciar metronidazol para tratar *Entamoeba histolytica* e repetir tomografia em 7 dias.
- d) iniciar vancomicina e metronidazol para cobrir *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina e *E. histolytica*.
- e) Iniciar metronidazol 15 mg/kg EV seguida de 7,5 mg/kg a cada 6 horas por mais 10 dias.

34 - Paciente de 55 anos, sexo masculino, com cirrose por álcool compensada, sem comorbidades, realizou endoscopia digestiva alta, com descrição de varizes de esôfago de grosso calibre com sinais de cor vermelha. Baseado nas diretrizes e informações do Consenso de Baveno VI, é correto afirmar:

- a) Na profilaxia primária de hemorragia digestiva alta por hipertensão portal, está indicado realização de escleroterapia endoscópica de varizes de esôfago.
- b) Ligadura elástica de varizes de esôfago é a única terapia eficaz nesse contexto.
- c) Propranolol não está indicado isoladamente devido ao calibre das varizes e à presença de sinais vermelhos.
- ▶ d) O uso de carvedilol deve ser a opção terapêutica nesse contexto.
- e) Valores de elastografia hepática superiores a 25 Kpa provavelmente não seriam encontrados nesse paciente.



**35 - Paciente de 67 anos, sexo feminino, refere quadro de dor torácica intermitente com duração < 1 minuto após deglutição de alimentos sólidos associada a episódios de disfagia há alguns meses. Trouxe avaliação cardiológica incluindo ecocardiodoppler de estresse e angiotomografia de coronárias sem nenhuma anormalidade. Endoscopia digestiva alta normal. Realizou manometria esofágica convencional: presença de 30% de contrações simultâneas em esôfago com amplitude > 30 mmHg, sem alteração da pressão ou do relaxamento do esfíncter inferior esofágico. Presença de algumas ondas com peristalse normal. Com relação ao caso apresentado, o diagnóstico é:**

- a) esôfago hipercontrátil (quebra-nozes).
- ▶ b) espasmo esofageano distal.
- c) esôfago hipocontrátil.
- d) distúrbio motor esofágico inespecífico.
- e) acalasia idiopática.

**36 - Cinco pacientes foram encaminhados para o ambulatório de hepatologia devido a aumento sérico de enzimas hepáticas e de níveis de ferritina. Assinale a alternativa cujo paciente apresente resultados compatíveis com a suspeita de hemocromatose hereditária.**

Valores de referência: TGO < 42 UI/L; TGP < 42 UI/L; Ferritina 20-250 µg/L; Ferro 65-180 µg/dL; TIBC 250-350 µg/dL.

Abreviaturas: TGO=AST: aspartato aminotransferase; TGP=ALT: alanina aminotransferase; TIBC: capacidade total de ligação do ferro.

	TGO	TGP	Ferritina	Ferro	TIBC
a) Paciente A	89	75	900	150	400
▶ b) Paciente B	79	120	1250	170	200
c) Paciente C	115	80	1300	120	450
d) Paciente D	550	600	1800	80	350
e) Paciente E	43	56	400	80	400

**37 - No que diz respeito ao estudo da constipação intestinal, é correto afirmar:**

- a) O tempo de trânsito colônico, apesar de contribuir para a sua classificação, pouco auxilia no seu tratamento.
- b) Laxativos de ação irritativa não são considerados agravantes da constipação intestinal.
- ▶ c) A pseudo-obstrução intestinal tem características clínicas de cronicidade com períodos de exacerbação.
- d) Essa condição é mais frequente nos indivíduos do sexo masculino após 55 anos de idade.
- e) O tratamento deve ser sempre medicamentoso, não dependendo da causa da constipação, gravidade dos sintomas e comprometimento da qualidade de vida.

**38 - A respeito da doença celíaca (DC), é correto afirmar:**

- ▶ a) A tipificação negativa dos HLA-DQ2 e DQ8 exclui o diagnóstico de DC com confiança de 99%.
- b) Quanto maior o tempo da doença, maior a incidência de adenocarcinoma de intestino delgado (razão de chance de 4) em relação ao restante da população não portadora de doença celíaca.
- c) Devido à baixa prevalência conhecida de doença celíaca em parentes de primeiro grau, não há indicação para triagem dessa doença nos familiares imediatos.
- d) A biópsia da mucosa do bulbo e duodeno ou do jejuno proximal por endoscopia fica dispensada para diagnóstico nos pacientes com antitransglutaminase tecidual e antiendomísio positivos.
- e) Alterações macroscópicas encontradas durante a realização de endoscopia digestiva alta em pacientes com sintomas típicos descartam a necessidade de realização de biópsias para estudo histológico.

**39 - Sobre o diagnóstico diferencial das icterícias, é correto afirmar:**

- a) Na síndrome de Mirizzi do tipo I, a icterícia ocorre como consequência de uma fístula colecistobiliar.
- b) A hiperbilirrubinemia direta resulta de um desbalanço entre a massa de bilirrubina produzida a partir do heme e seu ritmo de conjugação em nível hepático.
- c) No Brasil, malária e calazar são causas prevalentes de icterícia associadas a anemia, hemólise e Coombs reagente.
- ▶ d) As síndromes de Gilbert e de Crigler-Najjar tipos 1 e 2 são formas hereditárias de icterícia por bilirrubina indireta, que resultam de diferentes mutações no gene *UGT1A1*.
- e) A colestase intra-hepática familiar progressiva tipo 1 (PFIC-1) está relacionada a mutações no gene *FIC1* e se manifesta com colestase durante o início da vida adulta.

**40 - Sobre a esofagite eosinofílica, é correto afirmar:**

- a) O desenvolvimento de gastroenterite eosinofílica está relacionado à esofagite eosinofílica.
- ▶ b) A eliminação empírica dos seis alimentos alergênicos mais comuns é opção de dieta, com remissão de aproximadamente 3/4 dos pacientes tratados.
- c) O uso de corticoides tópicos, ou seja, inalatório ou na forma de solução viscosa, apresenta ótima resposta terapêutica com baixa possibilidade de recorrência dos sintomas.
- d) A biópsia de esôfago deve ser realizada sempre que houver suspeita clínica, seguida da contagem de eosinófilos intraepiteliais em campo de grande aumento (CGA) (400x), utilizando-se coloração de hematoxilina-eosina, que permite o diagnóstico de esofagite eosinofílica quando a contagem de eosinófilos/CGA é maior que 25.
- e) História familiar, especialmente em indivíduos do sexo feminino, aumenta em 80 vezes o risco de os irmãos serem acometidos.

**41 - Sobre as úlceras gástricas, é correto afirmar:**

- a) Na fase H1 da classificação de Sakita, a base da úlcera é limpa, clara e com fibrina espessa.
- b) É recomendado que sempre sejam realizadas múltiplas biópsias para distinguir lesões benignas de malignas, tendo em vista que o câncer gástrico pode mimetizar lesão benigna em até 50% dos casos.
- c) Recomenda-se que o primeiro fragmento seja coletado na margem distal da lesão, para que o sangramento pós-biópsia não dificulte a retirada das amostras subsequentes.
- d) O corante azul de metileno é muito útil para o diagnóstico de lesões malignas com alterações mínimas da mucosa gástrica e realça a convergência e alterações na ponta das pregas.
- ▶ e) A estenose pilórica benigna é um tipo de complicação dos processos ulcerosos, sendo que a dilatação com balão endoscópico tem sido utilizada como tratamento com bom a excelente alívio de sintomas em curto prazo em até 80% das vezes.

**42 - A descoberta do *Helicobacter pylori* pode ser considerada o maior evento da história da medicina relacionado à gastroenterologia no século XX, rendendo a Warren e Marshall, em 2005, o Premio Nobel de Medicina. Sobre essa bactéria, é correto afirmar:**

- a) Trata-se de uma bactéria Gram-positiva espiralada que coloniza a mucosa gástrica dos seres humanos, desencadeando um processo inflamatório agudo (gastrite aguda) e, posteriormente, inflamação crônica, caracterizada como gastrite crônica.
- b) De modo geral, até 2/3 dos adultos que residem em países desenvolvidos albergam o *H. pylori*, enquanto em países pobres as taxas são bem inferiores a 30% na população adulta.
- ▶ c) Teste respiratório com ureia contendo carbono marcado ( $^{14}\text{C}$ , fracamente radioativo, ou  $^{13}\text{C}$ , isótopo estável não radioativo) é considerado “padrão-ouro” para diagnóstico e, especialmente, para o controle da erradicação do *H. pylori*.
- d) As alterações macroscópicas da mucosa gástrica visualizadas no exame endoscópico são confiáveis para o diagnóstico dessa infecção.
- e) O III Consenso Brasileiro sobre *H. pylori* recomendou que os fragmentos para o teste da urease (antro e corpo) devam ser colocados em frascos separados.

**43 - Sobre as terapias medicamentosas utilizadas nas doenças inflamatórias intestinais, é correto afirmar:**

- a) O metotrexato e a leflunomida são as drogas de uso oral com melhor resultado na manutenção da remissão na doença de Crohn.
- ▶ b) O infliximabe é um anticorpo do tipo IgG1, que pode atravessar a placenta no terceiro trimestre, recomendando-se a prática de interromper a administração desse agente de 6 a 8 semanas antes do dia previsto do parto.
- c) Pacientes com história de malignidade (com exceção de neoplasia de pele, que não melanoma maligno), doença linfoproliferativa, insuficiência cardíaca congestiva grave ou, ainda, doença desmielinizante, podem fazer utilização de terapia biológica.
- d) O uso concomitante de imunossupressores associados aos biológicos leva à redução da possibilidade de formação de anticorpos HACA (antiquíméricos) contra o vedolizumabe.
- e) A reativação do vírus da hepatite B é situação rara em doentes que utilizam infliximabe e, portanto, não há necessidade de acompanhamento especial a esses pacientes.

**44 - A respeito da diverticulose colônica, é correto afirmar:**

- ▶ a) Na região compreendida entre a tênia mesentérica e a tênia antimesentérica, nos locais onde as arteríolas penetram na parede muscular para se dirigirem à mucosa e submucosa, formam-se zonas de menor resistência na parede cólica.
- b) O cólon descendente é o local mais comum de acometimento de divertículos em pessoas dos países do Ocidente.
- c) A associação dos divertículos com síndrome de Marfan, de Cronkhite-Canada e de Ehler-Danlos indica o envolvimento de tecido conjuntivo e uma possível predisposição genética para o desenvolvimento da diverticulose.
- d) A complicação mais comum da doença diverticular é a perfuração.
- e) A calprotectina fecal foi preconizada inicialmente como uma ferramenta laboratorial capaz de diferenciar a doença diverticular dos cólons da síndrome do intestino irritável (SII), mas seu uso foi abandonado por não predizer sua gravidade ou intensidade.

**45 - Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, foi submetida à colonoscopia de rastreio. No exame, foram realizadas polipectomia no ceco (diagnóstico histológico: adenoma tubular sem displasia de alto grau) e mucosectomia de uma lesão de crescimento lateral no cólon transverso distal, próximo ao ângulo esplênico, com 15 mm em peça única (diagnóstico histológico: adenoma túbulo-viloso com focos de displasia de alto grau). Também foi realizada tatuagem com nanquim abaixo da lesão neoplásica no cólon transverso. A partir das informações do caso e dos conhecimentos sobre neoplasias colorretais, é correto afirmar:**

- a) O intervalo para seguimento com novo exame de colonoscopia deve ser de 6 meses, pois a paciente apresenta uma lesão do tipo adenoma avançado.
- b) Invasão de até 3 mm, a partir da *muscularis mucosae*, da submucosa, permitirá considerar a ressecção endoscópica de uma lesão plana como curativa.
- ▶ c) As lesões do tipo V de Kudo devem ser biopsiadas para confirmação de seu diagnóstico e encaminhadas para realização de tratamento cirúrgico, já que normalmente são lesões invasivas e apresentam alta probabilidade de disseminação linfonodal.
- d) No acompanhamento das lesões colorretais, a presença de uma ou duas situações de risco concomitantes não modifica os critérios de seguimento.
- e) Os pacientes com polipose adenomatosa familiar, quando não tratados, têm a probabilidade de progressão para malignidade em metade das vezes.

**46 - Sobre as doenças inflamatórias pancreáticas, é correto afirmar:**

- a) Na pancreatite crônica de origem alcoólica, é incomum ter-se calcificação pancreática.
- b) O tratamento da pancreatite crônica tipicamente inclui o controle da dor com opioides.
- c) A trombose de artéria esplênica é uma complicação secundária a episódios de pancreatite.
- ▶ d) Diarreia, esteatorreia e azotorreia ocorrem quando a secreção exócrina das enzimas pancreáticas fica abaixo de 10%, sendo sinais e sintomas que surgem tardiamente durante a evolução da pancreatite crônica.
- e) A cirurgia de Puestow é indicada nos casos de esteatorreia refratária.

**47 - Sobre as lesões císticas pancreáticas, é correto afirmar:**

- a) Os pseudocistos são mais frequentes na doença pancreática aguda alcoólica (30 a 40% dos pacientes) do que na crônica.
- b) A ultrassonografia endoscópica e a ressonância magnética com sequência colangiopancreática têm a mesma acurácia e sensibilidade para o diagnóstico de lesões císticas menores que 2 cm de diâmetro.
- c) A maioria dos pseudocistos pancreáticos resolve-se espontaneamente, sendo o tamanho e o tempo do diagnóstico pobres preditores do potencial de resolução ou do risco de complicações.
- d) Os cistoadenomas serosos ocorrem com maior frequência em mulheres após a sexta década de vida e, em 1/3 das vezes, localizam-se no corpo ou na cauda do pâncreas, sendo consenso a realização de punção para diferenciar do padrão mucinoso.
- ▶ e) O encontro da mutação *K-ras* no material obtido por punção confirma a etiologia mucinosa, porém não confirma a malignidade.

**48 - Em pacientes com hepatoesplenomegalia, hipercogenidade periportal e sinais de circulação colateral de pequeno calibre, é correto afirmar:**

- a) As anormalidades em exames de bioquímica e função hepática se iniciam em curto período após o início da doença.
- b) Caso se opte por realizar biópsia hepática, o estudo histológico demonstrará que a doença é essencialmente parenquimatosa, a arquitetura dos lóbulos hepáticos é alterada, há hiperplasia nodular regenerativa e os sinusoides hepáticos estão colapsados.
- c) O envolvimento esplênico em pacientes com essa doença é frequentemente sugerido pela aparência característica do órgão nos exames de imagem abdominal.
- ▶ d) Na hipertensão portal relacionada a essa doença, há necessidade de doses máximas de betabloqueadores não seletivos para alcançar 20 a 25% de redução na frequência cardíaca basal visando a prevenção de hemorragia digestiva por varizes.
- e) O controle de varizes nos portadores dessa doença pode ser obtido com poucas sessões de ligadura elástica.

**49 - Sobre as dilatações endoscópicas, é correto afirmar:**

- ▶ a) A regra do 3 foi preconizada para as dilatações esofágicas com sondas rígidas e foi extrapolada para as dilatações com balões na prática clínica, mesmo havendo maior segurança para dilatações superiores a 3 mm por sessão com esses últimos.
- b) A forma mais comum de estenose esofagiana é a estenose cáustica, sequela da ingestão de produtos químicos como a soda.
- c) As estenoses secundárias ao de Anel de Schatzki respondem melhor ao tratamento com estenostomia isoladamente.
- d) As estenoses refratárias são aquelas em que não existe sucesso em manter diâmetro luminal adequado após intervalo de 4 semanas da última sessão, após se atingir o diâmetro-alvo.
- e) Nas estenoses da anastomose gastrojejunal pós-gastroplastia redutora em Y-Roux, a dilatação com balões do tipo OTW resulta em resolução do problema em 95% dos casos.

**50 - Sobre os acessos nutricionais, é correto afirmar:**

- ▶ a) Nos pacientes com necessidade de posicionamento pós-pilórico da sonda nasoenteral, a passagem às cegas é bem sucedida em pouco mais de 50% das vezes.
- b) A sonda nasoenteral deve ser utilizada como via de alimentação e administração de medicamentos por prazo máximo de 90 dias.
- c) Constituem contraindicações absolutas para a realização de gastrostomia endoscópica percutânea: diálise peritoneal, esplenomegalia, paciente com doença em fase terminal e cirurgia abdominal prévia.
- d) Entre as técnicas endoscópicas de gastrostomia endoscópica percutânea, a mais adequada é a técnica de tração.
- e) A infecção periestomal após a gastroplastia endoscópica percutânea ocorre em até 3% dos casos e se caracteriza por eritema, endurecimento e saída de secreção purulenta no local da gastrostomia.