



Edital N° 03/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: GASTROENTEROLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de Atuação Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia (R3) em Hepatologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

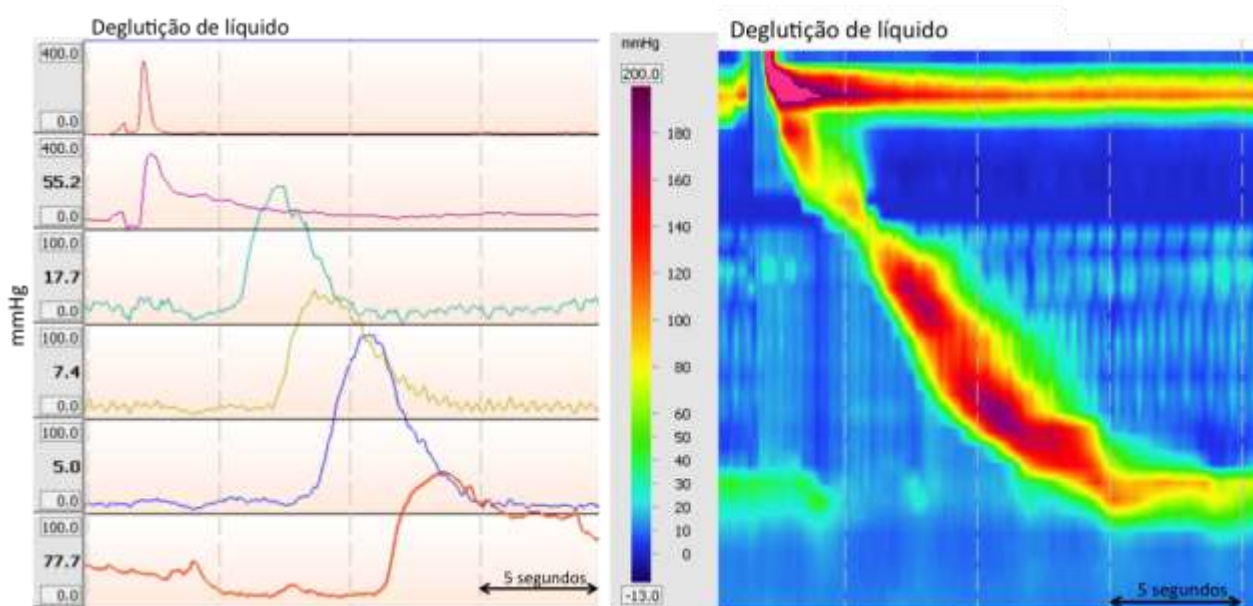
PSU-RESMED/CE - 2018

01. Uma mulher de 46 anos com queimação retroesternal há 2 anos, 2 a 3 vezes por semana, principalmente após as principais refeições, associada a empachamento. Nega regurgitação. Os sintomas pioram em períodos de maior ansiedade. Faz uso de pantoprazol 40 mg antes do café da manhã, com melhora parcial. Uma endoscopia digestiva alta mostrou esofagite com erosão de 4 mm junto a linha Z (esofagite grau A de Los Angeles). Realizou uma monitorização ambulatorial de refluxo gastroesofágico sem inibidor de bomba de prótons há 3 meses, cujo resultado segue: Tempo de exame: 23 h, com 6 eventos de pirose. Índice de sintomas: 100% Número de refluxos ácidos: 25 (normal < 50) Percentagem do tempo com pH < 4: 2,1% (normal < 4,2%).

Qual o melhor diagnóstico para esta paciente?

- A) Pirose funcional.
- B) Dispepsia funcional.
- C) Hipersensibilidade ao refluxo.
- D) Doença do refluxo gastroesofágico.

02. Um homem de 37 anos, natural e procedente da zona rural de Russas-CE, queixa-se há 6 meses que durante a ingestão alimentar sente alimentos sólidos e eventualmente líquidos passar com dificuldade na topografia da região retroesternal. Refere sensação de regurgitação 1-2 vezes/semana. Nega pirose ou perda de peso. Não faz uso de medicações exceto omeprazol, que não alivia os sintomas. Relata asma que melhorou na idade adulta. Pai falecido de miocardiopatia por Doença de Chagas. O exame físico é normal. Hemograma é normal. Imunofluorescência para *T. cruzi* não reagente. Endoscopia digestiva alta normal, com histologia gástrica apresentando infiltrado misto com *Helicobacter pylori*, e histologia esofágica normal. A manometria esofágica mostrou 10 deglutições de água com o padrão da figura seguinte:



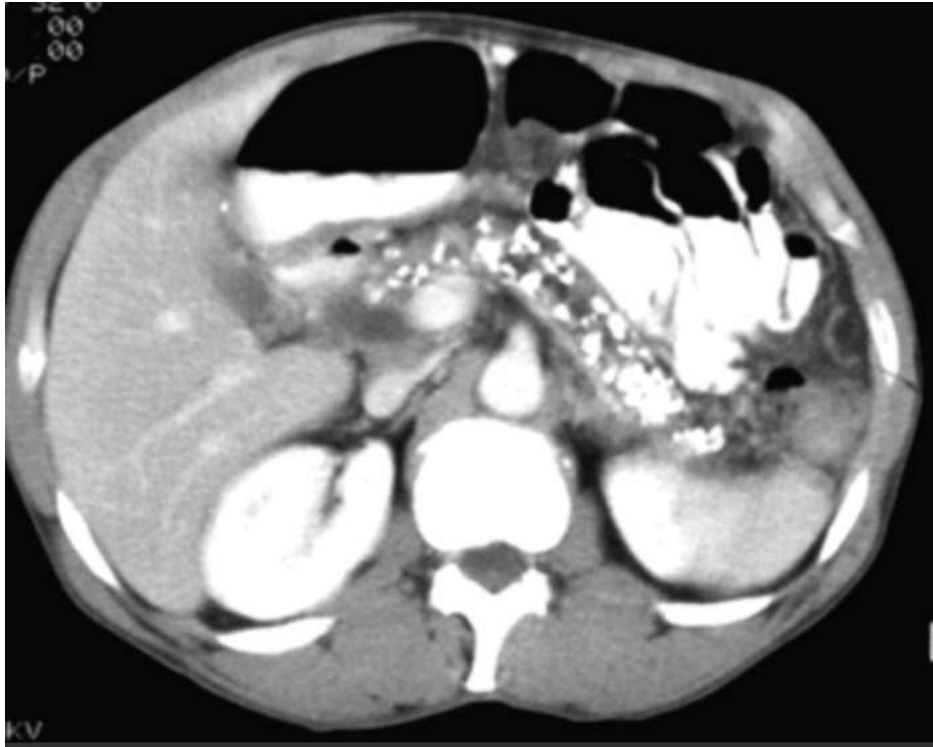
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Qual o diagnóstico mais compatível com esse quadro clínico?

- A) Acalasia.
- B) Disfagia funcional.
- C) Esofagite eosinofílica.
- D) Espasmo esofágico difuso.

03. Um homem de 45 anos apresenta dor retroesternal em aperto que dura poucos minutos, durante decúbito pós-prandial, 1 vez por semana, há 2 meses. Relata também pirose 3-4 vezes por semana e regurgitação menos que uma vez por semana há 5 anos. Vem encaminhado do cardiologista após avaliação coronariana normal. Hemograma normal. Fez uma endoscopia 40 dias atrás, que mostrou uma gastrite leve associada a *Helicobacter pylori*. Há 1 mês está em uso de 1 drágea de IBP (inibidor da bomba de prótons) pela manhã, com melhora da pirose apenas. Qual a melhor conduta para os sintomas deste paciente, nesse momento?
- A) Pantoprazol 40 mg duas vezes ao dia.
 - B) Manometria esofágica com teste provocativo.
 - C) Terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*.
 - D) Monitorização de 24 h do pH esofágico em IBP.
04. Mulher, 46 anos, refere que há 8 meses vem apresentando dor epigástrica em queimação, associada com empachamento pós-prandial, com piora nos últimos 4 meses. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais, Diabetes mellitus. Procurou atendimento médico tendo sido realizada uma endoscopia digestiva alta, que foi normal com teste da urease negativo. A paciente deseja saber porque ela apresenta esses sintomas. Qual das alterações seguintes está mais provavelmente associada aos sintomas desta paciente?
- A) Deve-se a uma hipersensibilidade esofágica.
 - B) Deve-se a infecção pelo *Helicobacter Pylori*.
 - C) Deve-se a um deficit de acomodação do antro.
 - D) Deve-se a uma infiltração de eosinófilos no duodeno.
05. Mulher, 30 anos, procurou atendimento médico ambulatorial por quadro de dor epigástrica em queimação e empachamento há 12 meses. Trouxe uma endoscopia digestiva alta que mostrava gastrite antral enantemática e a biopsia apresentava gastrite crônica associada a presença de *Helicobacter pylori*, com áreas de metaplasia intestinal e atrofia. Refere que é bastante ansiosa e ficou muito preocupada após ter procurado mais informações. Em relação ao caso da paciente, marque o item correto.
- A) O tratamento do *Helicobacter pylori* produz um alívio de longo prazo da dispepsia na maioria dos pacientes.
 - B) O tratamento do *Helicobacter pylori* resulta em melhora significativa da gastrite crônica, da atrofia gástrica e da metaplasia intestinal.
 - C) O tratamento do *Helicobacter pylori* está indicado nos paciente com a relação Pepsinogênio I / Pepsinogênio II alta devido ao risco aumentado para neoplasia gástrica.
 - D) O tratamento do *Helicobacter pylori* com o uso de altas doses de lansoprazol ou esomeprazol é preferido devido a alta prevalência de metabolizadores rápidos dos inibidores da bomba de prótons.
06. Uma mulher de 31 anos apresenta dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, há 12 horas, com vômitos. Procurou uma emergência médica e a avaliação inicial mostrou defesa ao exame de um abdome flácido, um hematócrito de 51%, leucograma de 18 mil sem desvio para esquerda, amilase de 8400 UI/L (normal até 80 UI/L), ALT 340 UI/L (normal até 40 UI/L), triglicérides 350 mg/dL (normal até 150 mg/dL). Nega tabagismo e refere ingestão de 1 a 2 copos de cerveja por semana. Qual a etiologia mais provável para esse quadro clínico agudo?
- A) Álcool.
 - B) Idiopática.
 - C) Litíase biliar.
 - D) Hipertrigliceridemia.
07. Uma mulher de 79 anos apresenta dor epigástrica em queimação e empachamento, há 10 anos, intermitente, 1-2 vezes por semana, que cede com omeprazol. A endoscopia digestiva alta revelou uma esofagite de refluxo grau B de Los Angeles e o ultrassom abdominal mostrou uma lesão cística de 3 cm no corpo pancreático. A tomografia computadorizada com contraste venoso mostrou uma lesão microcística, em colmeia, de 4 cm no corpo pancreático, com calcificação radiada central. Considerando que os sintomas não se modificaram, qual o melhor seguimento?
- A) Tomografia computadorizada em 4 meses.
 - B) Ecoendoscopia com punção da lesão.
 - C) Ultrassom abdominal em 6 meses.
 - D) Nenhum exame de imagem.

08. Um homem de 52 anos, etilista desde os 15 anos de idade, ingerindo em média 4 unidades de álcool em cada dia na semana e 8 unidades de álcool no sábado e no domingo, apresenta diarreia crônica e dor abdominal intermitente há 3 anos que piora com alimentação copiosa e gordurosa. Faz uso diário de dipirona intercalando com codeína oral para dor. Refere perda de 15 kg de peso no período (peso anterior: 76kg). Fez uma tomografia computadorizada do abdome onde um dos cortes representativos está a seguir. Todas as substâncias orais abaixo podem ter utilidade no tratamento deste paciente. Mas qual intervenção é mais específica para esse quadro?



- A) Lipase.
B) Lactase.
C) Loperamida.
D) Metronidazol.
09. Paciente 46 anos foi detectado recentemente linfoma não Hodgkin de células B tendo sido indicado tratamento com Rituximabe (Mabthera, que é uma droga anti-CD52) no screening detectou laboratorial evidenciou-se anti-HBc IgG reagente, anti-HBs negativo, HBsAg negativo, ALT: 60 UI, AST: 45 UI, INR: 1, Prot. totais: 8 g/dL, Albumina: 3,9 g/dL, FA: 120 (nl < 80), gama-GT: 80 (nl < 60), Creatinina 1,0 mg/dL, Glicemia: 95 mg/dL. Solicitou HBV-DNA quantitativo para vírus B, cujo resultado só receberá dentro de 30 dias. Não bebe, não fuma, faz uso de medicação para febre (novalgina) nos últimos 30 dias em decorrência do linfoma. Qual a conduta em relação a estes marcadores do vírus B, tendo em vista que necessita iniciar imediatamente o Rituximabe?
- A) Iniciar Entecavir 0,5 mg imediatamente e suspender ao término do tratamento com Rituximabe.
B) Iniciar Entecavir 0,5 mg imediatamente e manter pelo menos 6 a 12 meses após o término do Rituximabe.
C) Iniciar tratamento com Rituximabe, mas como o HBsAg é negativo não precisar iniciar Entecavir 0,5 mg.
D) Iniciar tratamento com Rituximabe e iniciar Entecavir 0,5 mg caso o resultado HBV-DNA caso seja maior que 200.000 UI/mL.

10. Sr. 45 anos, casado, bancário, natural e procedente de Fortaleza. Ao doar sangue há 2 anos foi detectado anti-HVC reagente, tendo sido orientado a procurar ambulatório especializado para avaliar. Como era assintomático não procurou atendimento, entretanto, há 2 meses ao realizar exames de "rotina" evidenciou-se: AST: 80 UI/mL (nl 20 a 40), ALT 160 UI/mL (nl 20 a 40), INR: 1, Prot. totais: 7 g/dL, Albumina: 3,5 g/dL, HTC: 32%, HB: 9 g/dL, Leucócitos; 4.500 com diferencial normal, plaquetas: 100.000, Bilirrubinas totais: 1,2 mg/dL, Bilirrubina direta: 0,4 mg/dl. Ao exame físico: bom estado geral, anictérico, afebril, hipocorado+/4. ACP: normal. Abdome: plano, simétrico, hepatimetria: 16 cm, borda romba, espaço de Traube ocupado. Extremidades: sem edemas, sem estigmas de doença hepática crônica. Complementada a investigação realizou Ultrassom abdominal com doppler: alteração na textura hepática, sem nódulos, medida longitudinal LD: 16 cm, veia portal: 10 mm diâmetro, fluxo hepatopetal, baço: 14 cm, sem ascite, sem trombose sistema porta. Genotipagem 1b, HCV-RNA quantitativo: 420.000 UI/mL. HBsAg (-), anti-HBc IgG (+), anti-HBs:100, anti-HIV negativo. De acordo com a última versão do PCDT-HCV e coinfeções do MS, 2017, assinale o esquema terapêutico preferencial.

- A) Daclatasvir associado a sofosbuvir com ou sem ribavirina durante 12 semanas.
- B) Daclatasvir associado a sofosbuvir com ou sem ribavirina durante 24 semanas.
- C) Ombitasvir + Veruprevir + Ritonavir + Desabuvir associada ou não a Ribavirina durante 12 semanas.
- D) Ombitasvir + Veruprevir + Ritonavir + Desabuvir associada ou não a Ribavirina durante 24 semanas.

11. Sr. 50 anos, casado, padeiro, natural e procedente de Guaramiranga – CE. Há 12 meses foi atendido na sua cidade com quadro de hematêmese e melena, sendo internado e realizado transfusão sanguínea uma vez que apresentava hipotensão, HTC: 20 %, HB: 6 g%, e após estabilização hemodinâmica, transferido para Fortaleza, tendo sido evidenciado, varizes de grosso calibre com “red spot”, realizado 4 ligaduras elásticas. Orientado a procurar atendimento especializado e continuar com esquema de erradicação das varizes, além de uso de propranolol, espironolactona 100 mg + furosemida 40 mg, 2x ao dia. Continuou a beber, embora em menor quantidade, antes diarista, agora 3 x por semanas, num total de 25 unidades de álcool/semana. Há 5 dias começou a ter febre 38 °C, dores abdominais, ao espirrar, redução do volume urinário. Nega tosse, queixas urinárias. Procurou atendimento em sua cidade. Ao exame: icterico ++/4, hipocorado+/4, sonolento, com tremores de extremidades. PA: 90 x 60 mmHg, FC: 110 bpm. ACP nl. Abdome: abaulado, RHA presente e normais, maciez móvel, dor a palpação difusamente, difícil avaliar hepatimetria, baço 3 cm abaixo RCE. Aranhas vasculares, eritema plamar, flapping e edema de mmi++/4. Realizou exames: HTC: 30%, HB: 8 g%, Leucócitos: 13.000, com 20% de bastões, segmentados 65%, 1% - eosinófilo, linfócitos: 10%, monócitos: 4%, Plaquetas: 60.000, Prot. total: 7 g/dL, Albumina: 2,5 g/dL, INR: 2, Bilirrubina total: 4 mg/dL, B. direta: 3 mg/dL, Creatinina: 2,5 mg/dL, AST: 120 UI, ALT: 80 UI, HBsAg, anti-HVC negativos, anti-HBs: 200 UI, anti-HBc IgG (-). Estudo do líquido ascítico: 4.500 leucócitos, sendo 80% polimorfonucleares, Proteína total: 2 g/dL, Albumina: 1 g/dL, encaminhou líquido para cultura.

Qual a conduta terapêutica mais correta nesse caso?

- A) Iniciar Ceftriaxona ou Ciprofloxacina dose plena 5 a 7 dias associado a albumina venosa.
- B) Aguardar resultado da cultura do líquido ascítico, para poder utilizar antibiótico adequado.
- C) Iniciar Amoxicilina oral 500 mg de 12/12 h e reavaliar esquema após cultura do líquido ascítico.
- D) Após o resultado da cultura do líquido ascítico, iniciar Ceftriaxona ou Ciprofloxacina dose plena 5 a 7 dias.

12. Mulher, 56 anos, portadora de doença de Crohn há cerca de 15 anos, devido a atividade da doença foi introduzido adalimumabe com resposta completa dos sintomas. Entretanto, após 6 meses, passou a apresentar placas eritematosas descamativas no couro cabeludo, palma da mão e planta dos pés. Procurou atendimento médico tendo sido orientado uso de corticoide tópico e troca da adalimumabe pelo ustekinumabe. Em relação ao mecanismo de ação do ustekinumabe podemos afirmar:

- A) É um anticorpo monoclonal contra o TNF- α .
- B) É um anticorpo monoclonal contra a integrina $\alpha 4$.
- C) É um anticorpo monoclonal contra a integrina $\alpha 4\beta 7$.
- D) É um anticorpo monoclonal contra a IL- 12 e IL- 23.

13. Sra. 45 anos, do lar, casada, natural e procedente de Fortaleza, procurou seus cuidados profissionais para avaliar "alterações nas enzimas do fígado" e tinha como história sensação de desconforto, como um "peso" no hipocôndrio direito, já tendo realizado várias consultas e na última o colega solicitou exames que evidenciaram alteração. Nega febre, icterícia, refere sensação de inchaço no corpo. Não fuma, não bebe, 2 cesáreas e laqueadura. Nega história de doença hepática na família. Teve hepatite A quando criança, e vacinada contra hepatite B. Ao exame: BEG, corada, anictérica afebril, PA: 150 x 95 mmHg, FC: 90 bpm, peso 80 kg, Altura: 1,60 cm, ACP: normal. Abdome: hepatimetria 16 cm, borda romba, discretamente doloroso a palpação, espaço de Traube difícil avaliar em decorrência de excesso tecido adiposo no abdome. Extremidades sem edema. Os exames solicitados: AST: 80 UI, ALT: 120 UI, gama-GT: 160 (nl < 40), FA: 200 (nl < 100), INR: 1,25, Prot. totais: 7 g/dL, Albumina: 3,5 g/dL. . Glicemia: 120 mg/dL, Insulina: 20, índice HOMA: 5,80, Colesterol total: 260 mg/dL, HDL-C: 35 mg/dl, Triglicerídeos: 300 mg/dL. FAN: 1:80, Ferritina 500 ug/ml (nl < 262), IST: 35%. Anti-HVC (-), anti-HBs: 120 UI, HBsAg (-), anti-HBc IgG (-). Ultrassom abdominal com doppler: hepatomegalia, alteração na textura com esteatose moderada, baço 14 cm, fluxo hepatopetal, sem ascite. Com base nesses dados, história e dados laboratoriais o que explicaria esses achados laboratoriais e a conduta terapêutica?
- A) A provável etiologia é hemocromatose (ferritina pelo menos duas vezes o limite superior da normalidade) e o tratamento seria sangrias periódicas.
 - B) A provável etiologia é esteato-hepatite não alcoólica (NASH) e o tratamento baseia-se em redução do peso, atividade física, controlar as comorbidades: obesidade, hipertensão, dislipidemia e resistência insulínica.
 - C) A provável etiologia é esteatose hepática com superposição de doença autoimune (FAN positivo e hemocromatose), deve-se orientar perder peso e iniciar drogas imunossupressora e sangrias.
 - D) A provável etiologia é doença autoimune (FAN positivo) associada a hemocromatose (ferritina pelo menos duas vezes o limite superior da normalidade), iniciar imunossupressor e sangrias periódicas.
14. Jovem, 18 anos, solteira, estudante, natural e procedente de Fortaleza. Procurou seus cuidados profissionais em janeiro/2016, com quadro de indisposição, fadiga, anorexia, artralgiás, náuseas há 2 meses e nos últimos 15 dias surgiu prurido, colúria e olhos amarelados, negava febre. Fazia uso de dipirona nas crises de enxaqueca, nega uso de contraceptivos orais, não bebe, não fuma, frequentava academia, mas negou uso de "suplementos". Antecedentes: segundo a mãe teve hepatite aos 4 anos, nega cirurgias. Duas irmãs saudáveis. Exame físico: icterícia +/4, afebril, orientada. ACP: normal. Abdome: plano, hepatimetria 16 cm, borda romba, espaço de Traube ocupado, Extremidades: sem edema, sem artrite. Os exames realizados em jan/2016: AST: 400 UI, ALT: 350 UI, B. total: 3 mg/dL, B. direta: 2 mg/dL, INR: 2, Prot. Totais: 8 g/dL, Albumina: 3,5 g/dL, anti-HVA IgG (+), IgM (-), anti-HBs: 200 UI, anti-HBc IgG (-) e IgM (-), HBsAg (-), anti-HVC (-). Na ocasião foi feita orientação dietética e acompanhamento. Em agosto/2017: AST: 500 UI, ALT: 380 UI, B. total: 4 mg/dL, B. direta: 3 mg/dl, INR: 2,2, gama-GT: 80 (nl < 40), Prot. total: 8 g/dL, Albumina: 3 g/dL. Ceruloplasmina: 70 mg/dL (nl 20 a 60 mg/dL), FAN: 1:320; anti-LKM1 (-), anti-músculo liso 1:80, anti-mitocôndria negativo, HBsAg (-), anti-HBs: 200 UI, anti-HVC (-). Ultrassom abdominal: alteração na textura hepática, baço: 15 cm, fluxo hepatopetal, sem ascite, sem nódulos. Com base nesses dados, história e exames qual o diagnóstico e o tratamento?
- A) Hepatite crônica pelo vírus B e deve iniciar entecavir 0,5 mg ao dia.
 - B) Doença de Wilson e deve iniciar d-penicilamina 500 a 1000 mg ao dia.
 - C) Hepatite autoimune tipo 1, deve biopsiar e após análise fazer corticoide e azatioprina.
 - D) Hepatite autoimune tipo 1, não precisa realizar biopsia, jovem, e iniciar corticoide e azatioprina.
15. Mulher 22 anos procurou atendimento médico devido a sensação de evacuação obstruída e incompleta há cerca de 8 meses. Refere ainda que apresenta uma evacuação a cada 4 dias, sem melhora com uso de fibras e bastante líquido. O exame físico foi completamente normal, exceto no toque retal que mostra contração inadequada do esfíncter anal durante a evacuação simulada. Realizou trânsito intestinal com bário que foi considerado lento e retossigmoidoscopia que mostrou uma proctite enantemática leve. Baseado no caso, qual o tipo de constipação da paciente?
- A) Constipação funcional associada a proctite.
 - B) Constipação funcional associada a transito lento.
 - C) Constipação funcional associada a erro alimentar.
 - D) Constipação funcional associada a defecação dissinérgica.

16. Sra. 42 anos, casada, professora, natural e procedente de Crateús – CE. Em janeiro/2017, realizou vários exames pois iria submeter-se a um agulhamento de nódulo na mama, e os resultados foram: AST: 30 UI, ALT: 35 UI, anti-HVC (-), HBsAg (-), anti-HBs: 1000 UI, anti-HBc IgG (-), assintomática, sem uso de medicação, não bebe, não fuma, faz atividade física 3 x na semana. Negava transfusão sanguínea, uso de droga, compartilhamento de material cortante. Uma filha parto normal, nega cirurgia. Em Fevereiro/2017, submeteu-se ao agulhamento na mama em uma clínica radiológica. Em Abril/2017 começou a referir anorexia, adinamia, indisposição, colúria, procurou colega que solicitou exames: AST: 800 UI, ALT: 1200 UI, Bilirrubina total: 3 mg/dL, B. direta: 2 mg/dL, anti-HVC (-), HBsAg e anti-HBc IgM e IgG (-), marcadores de autoimunidade negativos, ceruloplasmina 40 (nl 20 a 60), negava uso de medicação, suplementos alimentares ou produto de academia no período. Como não melhorava foi reavaliada 1 mês após (maio/2017), AST: 700 UI, ALT: 1000 UI, Bt:4 mg/dL, BD: 3 mg/dL, PCR quantitativo do vírus C: 100.000 UI/ml.

Diante desse quadro clínico e de acordo com PCDT-HVC e coinfeção do MS - 2017- Brasil, qual a conduta?

- A) Aguardar 12 semanas caso não haja negatificação do PCR quantitativo do vírus C iniciar tratamento com PegInterferon associado ou não a Ribavirina durante 24 a 48 semanas.
- B) Aguardar 12 semanas caso não haja negatificação do PCR quantitativo do vírus C iniciar tratamento com Sofosbuvir + Daclatasvir associado ou não a Ribavirina durante 12 semanas.
- C) Iniciar imediatamente o tratamento com Sofosbuvir + Daclatasvir associado ou não a Ribavirina durante 24 semanas, independente do resultado do PCR quantitativo do vírus C na 12 semanas.
- D) Iniciar imediatamente o tratamento com Sofosbuvir + Simeprevir associado ou não a Ribavirina durante 24 semanas, independente do resultado do PCR quantitativo do vírus C na 12 semanas.

17. Sra. 26 anos, casada, professora, natural de Aracaju, procedente de Fortaleza. Paciente realizou um ultrassom abdominal para descartar litíase biliar, embora assintomática, uma vez que colelitíase é frequente na família e pretende engravidar. Para surpresa detectou lesão nodular, de 4 cm ao nível do lobo direito do fígado. Não bebe, não fuma, faz uso de contraceptivo oral há 6 anos. Casada há 4 anos, e agora pretende engravidar. Exames laboratoriais: HTC: 42%, HB: 14 g%, Leucócitos: 8.500, Plaquetas: 240.000, AST: 45 UI, ALT: 40 UI, gama-GT: 60 UI (nl < 40), FA: 90 UI (nl < 100), INR: 1, Prot. totais: 7 g/dL, Albumina: 4 g/dL. alfa-feto-proteína: 2 ng/mL; CA 19.9: 10 u/mL, CEA: 3 ng/mL. Realizou TC com contraste e RM com gadolínio, confirma lesão hipervascularizada na fase arterial, em torno de 4,5 cm, sem padrão de wash out na fase venosa. Descarta hemangioma hepático, entretanto coloca como diagnóstico diferencial adenoma hepático e hiperplasia nodular focal (HNF).

Com base nesses dados da história e padrão de imagem, como diferenciar adenoma de hiperplasia nodular focal, nesse caso?

- A) Apenas através da biopsia hepática, de preferência por via laparoscópica, seria possível diferenciar HNF e adenoma hepático, neste caso.
- B) Deve-se realizar RM de abdome com contraste hepatoespecífico, caso seja HNF na fase hepatoespecífica a lesão nodular apresenta-se hipercaptante, enquanto o adenoma hepático apresenta-se hipocaptante.
- C) Deve-se realizar RM de abdome com contraste hepatoespecífico, caso seja HNF na fase hepatoespecífica a lesão nodular apresenta-se hipocaptante, enquanto o adenoma hepático apresenta-se hipercaptante.
- D) Deve-se realizar RM de abdome com contraste hepatoespecífico, no caso da lesão nodular ser HNF, apenas na fase hepatoespecífica apresentará captação, enquanto na fase arterial a HNF não capta o contraste.

18. Mulher, 32 anos, portadora de doença celíaca diagnosticada há 20 anos, com biopsia e teste sorológico compatíveis. Estava evoluindo bem após dieta sem glúten, até cerca de 12 meses quando passou a apresentar dor abdominal, diarreia e distensão abdominal, novamente. Procurou nutricionista que orientou manter dieta sem glúten e retirar leite e derivados, mas não houve resposta do quadro mesmo após 6 meses. Realizou biopsia do duodeno que mostrou mucosa intestinal com arquitetura preservada, com a presença de 3 linfócitos intra-epiteliais por campo. Fez também uma colonoscopia que foi normal com a biopsia mostrando colite crônica inespecífica. Qual o diagnóstico mais provável para esta paciente?

- A) Colite microscópica.
- B) Intolerância a lactose.
- C) Doença celíaca refratária.
- D) Síndrome do intestino irritável.

19. Uma mulher de 25 anos se queixa de empachamento pós-prandial e distensão abdominal há 1 ano, intermitentes, 4-5 vezes por semana, principalmente após a ingestão de pizza, queijo, leite, suco de maçã. Quando interrogada, refere queimação epigástrica após refeições mais volumosas, 1-2 vezes por mês. Nega diarreia. Nega febre e relata perda ponderal de 2 Kg no período da doença (peso habitual: 72 kg). Foi colecistectomizada há 4 meses e tem depressão, não tratada. A avaliação ginecológica é normal. Traz os seguintes exames: hematócrito e hemoglobina normais, VHS: 10 mm, ferritina: 80 µg/L (normal: 10-150 µg/L), vitamina B12: 486 pmol/L (normal: 206-735 pmol/L, vitamina D 1,25 diidroxi 47 pmol/L: 36-180 pmol/L, glicemia de jejum 85 mg/dL. O exame físico é normal. Qual o motivo mais provável dos sintomas predominantes?
- A) Síndrome pós-colecistectomia.
 - B) Intolerância a dissacarídeos.
 - C) Dispepsia funcional.
 - D) Depressão.
20. Mulher, 24 anos, procura atendimento médico por queixa de dor abdominal no andar inferior do abdômen 1 x por semana, há cerca de 7 meses, que melhora com a evacuação. Nega sangramento e história familiar de câncer. Relata perda de 5 kg no período. Refere que procurou atendimento médico tendo sido realizado uma colonoscopia que foi normal até o ceco, sem biopsias. Nos exames de sangue, observou-se uma anemia discreta. Refere que não melhorou com a retirada do glúten. Baseado no caso, qual a melhor conduta?
- A) Deve-se solicitar uma endoscopia digestiva alta com biopsia gástrica para descartar sprue tropical.
 - B) Não se deve solicitar nova colonoscopia com biopsias, pois a paciente teve colonoscopia prévia normal.
 - C) Deve-se solicitar a dosagem de proteína C reativa e calprotectina fecal para descartar doença inflamatória intestinal.
 - D) Não se deve solicitar testes sorológicos para doença celíaca, pois a paciente não apresentou melhoras com a retirada do glúten.