



## PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: GASTROENTEROLOGIA

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

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente de 48 anos, sexo feminino, é encaminhada pelo reumatologista para consulta ambulatorial com diagnóstico de hepatite B crônica, realizado após investigação complementar por quadro de artrite reumatoide e osteoporose. Exames laboratoriais demonstram: ALT 135 U/L, AST 122 U/L, HBsAg positivo, HBeAg negativo, Anti-HBeAg positivo, carga viral do HBV por PCR 58.000 UI/mL. Diante deste caso, a conduta correta é:
- A) Iniciar entecavir 0,5 mg/dia via oral.
  - B) Iniciar interferon alfa peguilhado 180mcg/semana via subcutânea.
  - C) Não iniciar tratamento, realizar monitoramento da carga viral e dosagem de aminotransferases seriada.
  - D) Não iniciar tratamento, realizar monitoramento com dosagem de aminotransferases e exame de imagem.
- 02.** Homem de 35 anos, portador de hipotireoidismo, comparece à consulta devido a queixa de adinamia diária e flatulência. Exames iniciais evidenciaram anemia ferropriva e diminuição dos níveis séricos de vitamina D. Não tem história de sangramento, fez pesquisa de sangue oculto nas fezes negativa e dosagem de anticorpo anti-Transglutaminase IgA positiva. Sobre o provável diagnóstico deste paciente, pode-se afirmar:
- A) Devido a baixa prevalência em parentes de primeiro grau, não há indicação para triagem desta doença nos familiares imediatos.
  - B) Osteoporose, elevação de transaminases, anemia ferropriva e a infertilidade são algumas das condições extraintestinais associadas.
  - C) Os achados histológicos de mucosa acometida típicos da doença são a eosinofilia intraepitelial, a atrofia vilositária e a hiperplasia de criptas.
  - D) Alterações macroscópicas encontradas durante a realização de endoscopia digestiva alta descartam a necessidade de realização de biópsias para estudo histológico.
- 03.** Paciente, gênero feminino, de 45 anos, chega ao consultório com relato de que desde a adolescência é constipada. Já fez uso de várias medicações sem melhora do quadro e chega a passar até 2 semanas sem evacuar, apesar de dieta rica em fibras. Refere dor abdominal difusa quando fica mais de 10 dias sem evacuar. Nega perda de peso. Assinale a alternativa correta.
- A) O quadro clínico sugere diagnóstico de síndrome do intestino irritável forma constipante.
  - B) A constipação do tipo inércia colônica deve ser investigada através de exame de tempo de trânsito colônico.
  - C) A suplementação de fibras e o aumento da ingesta hídrica deve ser suficiente para melhorar o quadro clínico da paciente.
  - D) A lubiprostone e linaclotide, laxantes que agem estimulando a musculatura colônica, são opções de tratamento para a paciente.
- 04.** Mulher de 67 anos, diabética e hipertensa, com antecedente há 3 semanas de infarto agudo do miocárdio, procurou pronto-atendimento devido a episódios de melena sendo internada com Hb: 9,0g/dL. Apresentava-se estável hemodinamicamente. Em uso de ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel, sinvastatina, enalapril, carvedilol e metformina. Na admissão, foram suspensos AAS e clopidogrel, prescrito inibidor de bomba de prótons intravenoso e realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou úlcera duodenal sem sangramento ativo (A1 de Sakita; Forrest III), com teste de urease positivo para *Helicobacter Pylori*. Assinale a alternativa que contém a conduta mais adequada após a realização da EDA.
- A) Reintroduzir apenas o AAS; manter suspensão do clopidogrel até a cicatrização da úlcera; trocar o inibidor de bomba de prótons intravenoso para via oral; prescrever tratamento para *H. Pylori*; fazer teste respiratório com ureia marcada 4 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.
  - B) Manter suspensão do AAS e clopidogrel até a cicatrização da úlcera; manter inibidor de bomba de prótons intravenoso até a realização de nova EDA de controle, em 48 horas; prescrever tratamento para *H. Pylori*; repetir EDA 8 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.
  - C) Reintroduzir apenas o clopidogrel; manter suspensão do AAS até a cicatrização da úlcera; manter o inibidor de bomba próton intravenoso até a realização de nova EDA de controle; prescrever tratamento para *H. Pylori* e repetir nova EDA 8 semanas após para controle do tratamento do *H. Pylori*.
  - D) Reintroduzir AAS e clopidogrel; trocar o inibidor de bomba de prótons intravenoso para via oral; prescrever tratamento para *H. Pylori* e fazer teste respiratório com ureia marcada 8 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.

- 05.** Paciente masculino de 52 anos, procedente de Belém-PA, compareceu à consulta médica com queixas de fadiga, icterícia e perda ponderal (5 kg) no último mês. Negava ascite, encefalopatia e hemorragia digestiva prévias. Ao exame físico: icteríco +/4+, afebril, normocorado, orientado, flapping negativo. ACP: normal. Abdome: borda hepática romba, espaço de Traube ocupado, piparote negativo. A investigação realizada revelou: plaquetas 108.000/mm<sup>3</sup>, bilirrubina total 2,8 mg/dL, INR 1,2, albumina 3,5 g/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 138 mEq/L, anti-HCV reagente, alfa-fetoproteína 5,2 ng/dL. Escore MELD 12. Endoscopia digestiva alta com varizes de esôfago de fino calibre. Tomografia computadorizada de abdome com sinais de hepatopatia crônica e lesão única de 3,2 cm no segmento IV, hipervascular na fase arterial e com lavagem rápida do contraste na fase portal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta neste caso.
- A) Tratar primeiramente a hepatite C.
  - B) Transplante hepático devido à hipertensão portal e valor do MELD.
  - C) Radioablação tendo em vista ser nódulo pequeno em paciente compensado.
  - D) Ressecção cirúrgica tendo em vista o valor do MELD em paciente compensado.
- 06.** Paciente do sexo feminino, 24 anos, procura avaliação médica por alteração nos exames de enzimas hepáticas solicitados pelo dermatologista. Durante anamnese, relatou fadiga e artralhas leves. Ela negava etilismo, uso de medicações, suplementos ou fitoterápicos, drogas injetáveis e promiscuidade. A investigação laboratorial demonstrou: ALT 310 UI/L, AST 250 UI/L, fosfatase alcalina 110 UI/L (VR 130 UI/L), gama-GT: 210 UI/L (VR 50 UI/L), bilirrubina total 1,2 mg/dL, albumina 4,0 mg/dL, INR 1,0. A paciente realizou extensa investigação diagnóstica, que revelou positividade dos seguintes exames: FAN 1:360, anticorpo antimúsculo liso reagente 1:80 e aumento de gamaglobulina > 2x LSN. Foi então solicitada biópsia hepática, a qual demonstrou hepatite de interface e infiltrado linfoplasmocitário. Com base no exposto, assinale a alternativa correta.
- A) O anticorpo antiantígeno hepático solúvel/fígado-pâncreas (anti-SLA/LP) não é específico para hepatite autoimune, mas pode ser frequentemente encontrado em associação ao tipo 2.
  - B) O tratamento convencional consiste na imunossupressão com prednisona e ciclosporina em altas doses.
  - C) Após remissão histológica, pode-se optar pela suspensão do tratamento, com baixa taxa de recidiva.
  - D) Nenhum dos achados histológicos descritos é específico para hepatite autoimune, apesar de típicos.
- 07.** Paciente de 38 anos, primípara, com 28 semanas de gestação, iniciou quadro de prurido difuso pelo corpo, inclusive em palmas e solas, evoluindo com icterícia duas semanas depois. Negava outras queixas e comorbidades, exceto dislipidemia e sobrepeso. Exames laboratoriais realizados demonstraram: hemograma completo sem alterações, AST 88, ALT 92, bilirrubina total 3,0 mg/dL, fosfatase alcalina 120 UI/L (VR 130 UI/L), gama-GT: 33 UI/L (VR 50 UI/L), albumina 3,8, INR 1,0. Sorologias virais negativas. Ultrassom abdominal não revelou alterações. Com base no diagnóstico provável, assinale a alternativa correta.
- A) A icterícia ocorre em até 80% dos casos e pode resultar em má-absorção intestinal.
  - B) O tratamento é feito com ácido ursodesoxicólico e o quadro geralmente persiste após o parto.
  - C) O prognóstico materno é bom, porém há risco de sofrimento fetal, prematuridade e morte intrauterina.
  - D) Alta concentração de ácidos biliares, especialmente se > 100 mmol/L, indica baixo risco, devendo-se postergar o parto.
- 08.** Paciente de 50 anos apresenta pirose há 15 anos. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) sendo evidenciada, em esôfago distal, mucosa de coloração salmão se estendendo circunferencialmente por cerca de 6 cm, sendo biopsiada a cada 2 cm nos 4 quadrantes. Sobre este achado endoscópico é correto afirmar:
- A) A definição adequada quanto à presença ou ausência de displasia pode ser feita na vigência de esofagite erosiva.
  - B) Portadores de esôfago de Barrett sem displasia devem ser submetidos à EDA com biópsias anualmente por tempo indeterminado.
  - C) Nos casos em que o resultado da biópsia é indefinido para displasia, deve-se realizar tratamento antirrefluxo agressivo e repetir a EDA com biópsias em três meses.
  - D) Nos casos em que a biópsia demonstre displasia de baixo grau, o resultado deve ser confirmado por dois patologistas experientes. Se confirmado, a esofagectomia estará formalmente indicada.

09. Uma paciente de 56 anos, com queixa de dispepsia há 2 meses, procurou Gastroenterologista sendo indicada a realização de endoscopia. No exame, evidenciou-se uma lesão superficialmente elevada em antro medindo 20 mm de diâmetro, de aspecto Paris IIA, sendo a biópsia compatível com adenocarcinoma gástrico bem diferenciado. O próximo exame propedêutico a ser solicitado para estadiamento e a abordagem mais adequada para esta paciente deverá ser:
- A) Ultrassonografia abdominal; Ressecção endoscópica.
  - B) Ultrassonografia endoscópica; Ressecção endoscópica.
  - C) Tomografia computadorizada de tórax e abdome; Gastrectomia total.
  - D) Ressonância magnética de abdome; Seguimento com cromoendoscopia em 3 meses.
10. Uma paciente de 54 anos apresentou quadro de dor abdominal mal-definida. Procurou assistência médica, sendo solicitada ultrassonografia abdominal (US). No exame, foi evidenciada lesão cística em corpo pancreático medindo 1,8 cm. Para melhor avaliação, foi solicitada colangiorressonância e ressonância magnética de abdome superior com contraste, que identificaram a lesão em corpo pancreático, com aparente comunicação com ductos pancreáticos secundários, ausência de dilatação do ducto pancreático principal e presença de nódulo mural de 4 mm. Diante da principal suspeita diagnóstica, qual seria a melhor conduta para este caso?
- A) A dosagem do CA 19.9 no líquido cístico é de suma importância na avaliação de suspeita de malignidade.
  - B) Caso o tamanho do nódulo seja confirmado e a citologia negativa para malignidade, um seguimento a cada 2 anos seria o mais adequado.
  - C) Trata-se de um provável IPMN de ducto secundário e deve ser solicitada uma ecoendoscopia com punção para melhor avaliação de nódulo mural.
  - D) Trata-se de um provável IPMN de ducto secundário e, devido a nodulação periférica observada no exame, deveria ser indicada uma pancreatectomia corpocaudal.
11. Para melhor classificação dos distúrbios motores esofágicos, foi criada a Classificação de Chicago que busca padronizar a interpretação da manometria de alta resolução (MAR) definindo um fluxograma diagnóstico. A partir da Classificação de Chicago 4.0, podemos afirmar que:
- A) Motilidade esofágica ineficaz é definida por mais de 50% das contrações como ineficazes ou  $\geq 20\%$  das contrações falhas.
  - B) Obstrução do fluxo da junção esofagogástrica é definida pela elevação da integral de pressão do relaxamento em qualquer posição avaliada e em mais de 40% das deglutições.
  - C) Mesmo sem clínica relevante, achados manométricos de motilidade esofágica ineficaz e esôfago hipercontrátil devem ser preponderantes na tomada de decisão clínica dos pacientes.
  - D) Esôfago hipercontrátil é definido por mais de 20% de deglutições hipercontráteis e houve mudança da nomenclatura, sendo o esôfago em britadeira (Jackhammer) agora um subtipo desta classificação.
12. Mulher, 32 anos, começou a apresentar, há 8 meses, dor abdominal, piorando há 4 meses. A dor tem frequência semanal, melhorando após a evacuação. Nega despertar noturno por conta da dor. Associado ao quadro, houve piora do padrão evacuatório. Anteriormente, Bristol 4, diária. Atualmente, Bristol 1, a cada 3 dias. Apresenta, ainda, esporadicamente, ao evacuar, sangramento vermelho vivo associado a dor anal. Teve perda ponderal de 2 kg, nesse período, intencional. Informa que procurou atendimento com nutricionista, que a orientou ingestão hídrica adequada, dieta rica em fibras e restritiva de leite e derivados, sem melhora da dor abdominal. Ela tem transtorno de ansiedade generalizada. Recentemente, foi ao psiquiatra, que prescreveu Sertralina 50 mg por dia. Não faz uso de outras medicações. Informou que não tolera uso de medicações em pó, que precisam serem diluídas. Nega histórico familiar de câncer colorretal e de doença inflamatória intestinal. Exame físico, incluindo o toque retal, normal. Exames laboratoriais: Hb 12,2 g/dl; PCR: 4 mg/L (VR: inferior a 10,0 mg/L); cálcio: 9,7 mg/dL; ferritina: 112 ng/mL; TSH: 3,03 microUI/mL; Albumina: 4,1g/dL, anti-transglutaminase IgA negativo, IgA sérica: normal. Baseado no quadro, diante da principal hipótese diagnóstica, qual a melhor conduta?
- A) Indicar o uso da lubiprostona, a fim de aumentar o fluxo de líquido para dentro do lúmen intestinal, na posologia de 8mcg, 2 vezes por dia.
  - B) O uso de inibidores da recaptção da serotonina para tratamento da doença gastroenterológica, acima citada, é recomendado, melhorando a dor abdominal.
  - C) Realizar colonoscopia, visto que paciente apresenta sangramento retal e perda ponderal.
  - D) Recomendar o uso da ondansetrona, que é antagonista 5-HT<sub>3</sub>, para melhora da dor abdominal, na posologia de 4 mg, 2 vezes por dia.

13. Um paciente do gênero masculino, de 33 anos, apresenta quadro de dor abdominal e diarreia. Durante avaliação clínica, foram evidenciados sinais de esteatorreia, com pesquisa de gordura fecal positiva e dosagem de elastase fecal de 33 ug/g. Realizada tomografia de abdome superior sendo visualizadas redução do volume do parênquima pancreático e calcificações difusas no órgão.

Diante do quadro acima, podemos afirmar que:

- A) Trata-se de um paciente jovem com provável pancreatite crônica e, neste caso, devem ser realizados testes genéticos com pesquisa dos genes PRSS1, SPINK-1 e CFTR.
- B) Caso haja deficiência de vitamina B12, deve ser investigada a associação com gastrite atrófica autoimune, pois não há correlação com quadro de pancreatite crônica.
- C) Existem critérios ecoendoscópicos precisos para o diagnóstico de pancreatite crônica (Rosemont), desta forma este exame deve ser solicitado para todos os pacientes.
- D) Deverá ser iniciada reposição de enzimas pancreáticas por via oral, havendo evidência científica de melhora da dor, diarreia e absorção intestinal, deixando a investigação do quadro algico para um segundo momento.

14. Mulher, 45 anos, com diagnóstico de doença de Crohn, há 1 ano, apresentando componente inflamatório ileal, acometendo aproximadamente 15 cm de extensão, próximo à válvula ileocecal. Os exames laboratoriais, da época, mostravam: Hb 10,8 g/dL; PCR 2,5 mg/dL e calprotectina fecal 600 mcg/g. Diante do quadro, foi iniciado Azatioprina 2mg/kg, estando em uso desde então. Após 6 meses do diagnóstico, ela evoluiu com quadro de obstrução intestinal, apresentando ao exame de imagem contrastado, estenose ileal próximo à válvula ileocecal, com dilatação a montante. Nesse contexto, ela foi submetida a ileocectomia, com anastomose ileocolônica. Quando, em seguida, foi iniciada terapia Infliximab 5 mg/kg. Atualmente, paciente evolui sem queixas clínicas. Exames laboratoriais: Hb 12,5 g/dl; PCR 0,5mg/dL; calprotectina fecal 240 mcg/g; nível sérico do Infliximab 6,8 mcg/dl (VR: 3,0-7,0 mcg/ml) e anticorpo anti- Infliximab inferior a 10 ng/ml (limite de detecção: 10 ng/ml). Fez ileocolonoscopia, mostrando 4 ulcerações aftóides no neo-ileo terminal.

Diante do caso clínico exposto, qual é a melhor conduta para o momento?

- A) Manter o tratamento.
- B) Trocar o Infliximab por outro anti-TNF.
- C) Aumentar a dose do Infliximab para 10 mg/kg.
- D) Trocar a classe para anti-interleucina IL 12/23.

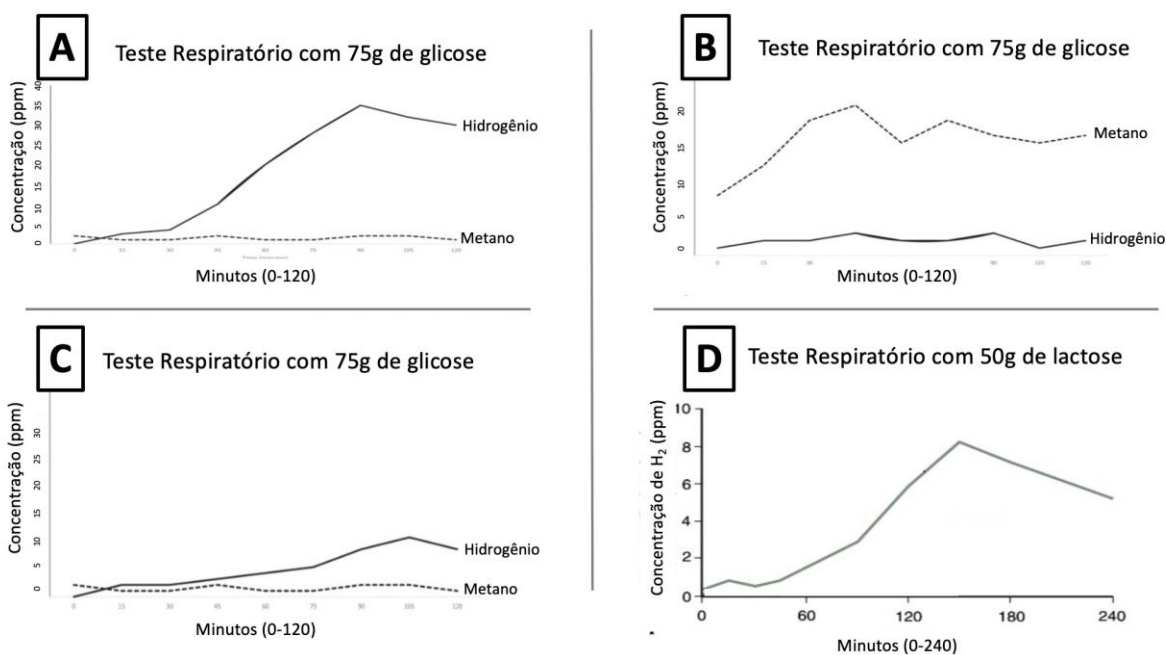
15. Paciente, 43 anos, sexo feminino, portadora de RCUI há 10 anos, com colonoscopia inicial, apresentando retossigmoidite, Mayo 2. Vem em uso de Mesalazina 2,4 g/dia, desde então, com remissão clínica e endoscópica. Sem histórico de displasia e estenose em colonoscopias prévias. Não apresenta CEP associada ao quadro. O pai foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon aos 55 anos. Neste ano, ela realizou colonoscopia com cromoscopia, que foi normal (Mayo 0), sem displasia. Para vigilância de displasia na retocolite ulcerativa, conforme a estratificação de risco, quando deverá ser realizada a próxima colonoscopia com cromoscopia?

- A) 1 ano.
- B) 2 a 3 anos.
- C) 5 anos.
- D) 10 anos.

16. Uma paciente do sexo feminino, de 48 anos apresenta queixa de pirose há cerca de 6 meses. Procurou assistência médica, onde foi solicitada endoscopia digestiva alta, que foi normal. Foi proposta terapia empírica com inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, com melhora dos sintomas por 2 meses. Houve recidiva dos sintomas após a suspensão da medicação, sendo então orientada a realizar impedanciopHmetria de 24 horas, cujo resultado foi de Tempo de Exposição Ácida (TEA) de 2%, com 40 episódios de refluxo ácido, índice de sintomas (IS) positivo e probabilidade de associação com sintomas (PAS) positiva. Diante do quadro acima, podemos afirmar:

- A) Trata-se de um distúrbio motor do esôfago e a manometria esofágica provavelmente demonstrou motilidade esofágica ineficaz.
- B) Trata-se de pirose funcional e deve-se cogitar a utilização de antidepressivo tricíclico e neuromoduladores para alívio dos sintomas.
- C) Trata-se de doença do refluxo gastroesofágica e deve-se buscar terapia com IBP até a menor dose que permita que a paciente fique sem sintomas.
- D) Trata-se de esôfago hipersensível e pode haver resposta com a utilização de IBP, semelhante ao tratamento para doença do refluxo gastroesofágico.

17. Paciente, 44 anos, sexo masculino, evolui há 3 anos com quadro de distensão abdominal, quase diária, além de flatulência excessiva, desconforto abdominal e diarreia pastosa 3x/dia, sem sangue, muco ou pus. Relata que durante esse período, procurou atendimento médico, quando foi diagnosticado com SII-D e dispepsia funcional. Refere que fez uso de vários medicamentos para essas patologias, sem melhora dos sintomas. Informa perda ponderal discreta por mudança alimentar, devido à aderência a dieta com baixo teor de FODMAPS. Atualmente, em uso de trimebutina e amitriptilina. Nega comorbidades e história familiar para neoplasias. Realizou, há 6 anos, gastroplastia redutora tipo by-pass, para obesidade. Exame físico normal, exceto pelo abdome hipertimpânico. Exames laboratoriais: Hb 13 g/dl; PCR 4 mg/L (VR: inferior a 10,0 mg/L); glicemia em jejum 81 mg/dL; cálcio 9,2 mg/dL; Magnésio 2,0 mg/ dL; ferritina 140 ng/mL; TSH 2,5 microUI/mL; vitamina B12 240 pg/mL; albumina 4,5g/dL; anti-HIV negativo; anti-tran glutaminase IgA negativo, IgA sérica normal; teste oral de tolerância à lactose normal; calprotectina fecal 72mcg/g. Realizou EDA: status pós-gastroplastia redutora tipo by-pass, com anastomose gastro-jejunal pérvia. Teste da uréase: negativo. Ileocolonoscopia normal, com biópsias seriadas. Histopatológico: colite crônica inespecífica. Enterotomografia: normal.



Diante da principal hipótese para o caso, qual dos testes respiratórios representados na figura melhor sugere o diagnóstico?

- A) Gráfico A.
- B) Gráfico B.
- C) Gráfico C.
- D) Gráfico D.

18. Paciente 33 anos, do gênero masculino, portador de asma e rinite alérgica, queixa-se de disfagia progressiva há 1 ano, sem outros sintomas, tendo sido solicitado endoscopia digestiva alta. Ao realizar o exame, você observa estrias longitudinais no esôfago e um segmento com redução da luz do lúmen, que dificulta mas não impede a passagem do aparelho convencional, sendo possível avaliar estômago e duodeno, que estavam normais. Com a suspeita de esofagite eosinofílica e de acordo com o último "guideline" da ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy), marque a alternativa correta.

- A) Além de biópsias esofágicas, recomenda-se, nesse caso, a realização de biópsias gástricas e duodenais para excluir gastroenterite eosinofílica.
- B) Não se deve proceder com dilatação esofágica, pelo risco de perfuração em paciente em atividade inflamatória por provável esofagite eosinofílica.
- C) Confirmando esofagite eosinofílica, está correto realizar dilatação endoscópica para o caso, que deve alcançar de imediato o aparecimento de uma ruptura da mucosa ou atingir o diâmetro alvo (em geral maior ou igual a 16mm).
- D) Devem ser realizadas no mínimo 6 biópsias de esôfago distal e médio/proximal, voltadas de preferência para as áreas acometidas de lesão, cuja histologia deve conter, no mínimo, 25 eosinófilos por campo de grande aumento para confirmar esofagite eosinofílica.

19. Paciente do sexo feminino, 36 anos, procurou atendimento em posto de saúde com queixa de diarreia iniciada há 1 ano. A paciente tem Síndrome de Down e refere que tem diarreia pastosa, sem sangue ou muco, de forma intermitente, além de queixar-se de episódios de estufamento abdominal. Nega uso de qualquer medicação no último ano e não apresenta outras comorbidades conhecidas. A médica que a atendeu prescreveu-lhe albendazol e secnidazol e solicitou exames laboratoriais, endoscopia digestiva alta e colonoscopia. A paciente fez uso dos antiparasitários conforme prescrito e não percebeu melhora do quadro. Trouxe exames: Hb 10,5g/dl VCM 70 leuc 6590 plaquetas 233000 TGP 60 TSH: 3,0 hemoglobina glicada 4,9%. Endoscopia digestiva alta : redução das pregas de kerckring. Biópsia de corpo, antro e duodeno revelou: mucosa gástrica normal. Duodeno evidenciou relação vilos:cripta 1:1, contagem de 30 linfócitos intraepiteliais, com atrofia de vilosidades. Colonoscopia normal, com biópsias seriadas normais. Diante dos achados, a médica prescreveu dieta com restrição total de glúten, solicitou exame de antitransglutaminase IgA e encaminhou a paciente para o gastroenterologista. O exame só foi realizado 7 meses após a introdução da dieta sem gluten e resultou: IgA: 257 antitransglutaminase IgA: < 2.

Diante do caso clínico exposto acima, seria **INCORRETO** afirmar:

- A) Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e Síndrome de Down tem risco aumentado de apresentar doença celíaca.
  - B) O marcador sorológico antitransglutaminase IgA pode negativar em pacientes com doença celíaca que introduziram dieta sem glúten há mais de 6 meses.
  - C) Condições como supercrescimento bacteriano, imunodeficiência variável comum, giardíase e medicações como a olmesartana podem produzir alterações endoscópicas semelhantes às descritas no caso acima.
  - D) O termo doença celíaca soronegativa é usado para pacientes com achados endoscópicos típicos e marcadores sorológicos negativos, não havendo necessidade de solicitar pesquisa de HLA-DQ2/DQ8 ou avaliação da resposta à dieta livre de glúten nesses casos.
20. Intolerância à lactose é uma condição clínica caracterizada por sintomas decorrentes da má-absorção da lactose. Sobre seu diagnóstico, é correto afirmar:
- A) A deficiência congênita de lactase é relativamente comum na infância e não afeta seu desenvolvimento normal até a vida adulta.
  - B) O teste respiratório de hidrogênio é padrão ouro para diagnóstico de intolerância a lactose e sua análise não é afetada pela composição da microbiota do paciente, prática de atividade física ou uso recente de antibióticos.
  - C) Uma limitação para o uso do teste genético é que a má-absorção de lactose é comum em pacientes saudáveis e a detecção de polimorfismo no gene LCT não confirma que as queixas clínicas apresentadas pelo paciente são decorrentes dessa condição.
  - D) O teste oral de tolerância à lactose consiste em dosar a glicemia em jejum e 30, 60 e 120 minutos após a ingestão de 50g de lactose. O teste é considerado alterado quando não há incremento de pelo menos 20mg/dl ou mais em relação ao basal. Esse exame, pode ser realizado normalmente em pacientes diabéticos, sem prejuízo à sua interpretação.