



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 I, conforme subitem 11.20 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 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente, masculino, 42 anos, vem para consulta com quadro de cerca de 2 anos de episódios de entalos com alimentos sólidos, tendo procurado serviço de emergência por duas vezes no último ano por impactação alimentar, com retirada de alimentos por endoscopia. Refere poucos episódios de pirose e é portador de asma, com a última crise há 2 meses. Realizou endoscopia digestiva alta, que observou em mucosa de esôfago médio e distal aspecto opacificado e edemaciado, com sulcos longitudinais, além de gastrite de antro erosiva leve. A biopsia esofágica mostrou esofagite rica em eosinófilos, com 42 eosinófilos por campo de grande aumento. Com base nos dados clínicos acima, qual a alternativa correta?
- A) O uso de bloqueadores de ácido competitivos com o potássio (P-CAB) está bem indicado em casos de Esofagite Eosinofílica, com boa resposta terapêutica.
 - B) Há o diagnóstico de Esofagite Eosinofílica e o tratamento pode ser feito com inibidores de bomba de prótons, corticoide tópico e restrição dietética, isolados ou em combinação.
 - C) O dupilumab é um anticorpo monoclonal anti-IL-4 e anti-IL-13 que já pode ser indicado como tratamento de primeira linha em pacientes com esofagite eosinofílica e quadro de atopia ou asma associado.
 - D) O controle endoscópico e histopatológico deve ser feito após 3 meses de tratamento, sendo considerada boa resposta terapêutica, melhora do aspecto endoscópico e redução de pelo menos 50% do número de eosinófilos em biopsias do esôfago distal.
- 02.** Paciente, feminina, 36 anos, com queixas de dor e desconforto abdominal tipo cólica, aumento dos gases, sensação de distensão abdominal e episódios de diarreia que se iniciaram há cerca de 8 meses. Relata que os sintomas surgiram após tratamento de sinusite, com dois esquemas de antibióticos. Não relaciona os sintomas com algum alimento específico e permanece sintomática mesmo após suspensão de leite e derivados da dieta. Ao exame físico, abdome pouco distendido, indolor, sem megalias ou massas palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes. Iniciado tratamento para síndrome do intestino irritável com brometo de otilônio, sem melhora significativa do quadro. Foi realizado um teste respiratório de hidrogênio expirado com lactulose, com curva positiva e sintomas de distensão abdominal e diarreia no dia do exame. Diante do diagnóstico de Supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO), podemos afirmar:
- A) Com o diagnóstico de SIBO, é recomendada realização de testes de hidrogênio expirado para controle terapêutico.
 - B) Se o teste de hidrogênio expirado fosse negativo, descarta-se o diagnóstico de SIBO, mesmo com a paciente sintomática.
 - C) O tratamento da SIBO é com antibióticos, como rifaximina, amoxicilina – clavulanato, ciprofloxacina e metronidazol de 7 a 14 dias.
 - D) Ainda há necessidade de realização de exames endoscópicos (endoscopia e colonoscopia) para descartar outras doenças e confirmação do diagnóstico de SIBO, já que não houve melhora do quadro clínico com o tratamento para síndrome do intestino irritável.
- 03.** Paciente, feminina, 37 anos, refere dor e sensação de distensão abdominal por gases há um ano, que aliviam e se associam com episódios diarreicos (cerca de 4 vezes por dia). Os sintomas intensificaram-se há seis meses e passaram a ocorrer 2 a 3 vezes por semana, antes semanal. Não associa a um alimento específico. Nega perda de peso, muco ou sangramento nas fezes. Nega comorbidades e história familiar para câncer colorretal. Baseado nisso, assinale a alternativa correta.
- A) Fibras solúveis, probióticos, lubiprostone e antiespasmódicos são opções terapêuticas para a paciente acima.
 - B) A paciente apresenta diarreia crônica, devendo ser submetida à pesquisa nas fezes de salmonella, giardia e campilobacter.
 - C) Rifaximina, probióticos, colestiramina e antidepressivos tricíclicos em dose baixa são opções terapêuticas iniciais para a paciente acima.
 - D) A paciente preenche critérios do Roma IV para síndrome do intestino irritável, mas deve ser excluída a doença celíaca (através de testes sorológicos) e doença inflamatória intestinal (com a realização de calprotectina fecal e proteína C reativa).

04. Paciente, feminino, 26 anos, procurou Otorrinolaringologista por quadro de tosse seca diária e episódios de rouquidão, sintomas que a incomodavam muito há 2 meses. Realizou videolaringoscopia que mostrou edema de parede posterior da laringe e hiperemia de aritenoides, concluindo como refluxo faringolaríngeo. Foi prescrito deslanzoprazol 60mg/dia e encaminhada ao Gastroenterologista. Em consulta, relata que há 6 meses tem episódios de pirose e regurgitação cerca de 2-3 vezes por mês, bem relacionados com consumo de bebida alcoólica e alimentos mais gordurosos. Teve pouca melhora dos sintomas com o uso da medicação por 15 dias e a paciente suspendeu o uso por conta própria. Foi realizada Endoscopia Digestiva Alta sem uso da medicação há 1 mês e foi observada esofagite erosiva grau B de Los Angeles. A medicação foi substituída por vonoprazan 20mg/dia e após 1 mês não houve melhora significativa dos sintomas. Foi indicado impedanciopHmetria de 24 horas em uso da medicação, que mostrou: - tempo de exposição ácida: 0,5% - índice de sintomas de 10% e probabilidade de associação dos sintomas de 60% para os sintomas pirose e tosse.

Com os achados dos exames, qual a alternativa correta?

- A) Os achados da impedanciopHmetria apontam para o diagnóstico de pirose funcional associada à doença do refluxo gastroesofágico. Neste caso, a supressão ácida deve ser mantida e, em conjunto, associar o uso de um neuromodulador.
- B) Os achados da impedanciopHmetria apontam para a possibilidade de esôfago hipersensível, sendo indicado o uso de neuromoduladores, por exemplo antidepressivos tricíclicos e pode suspender a supressão ácida, pois o tempo de exposição ácida foi normal.
- C) Os exames indicam que há Doença do Refluxo Gastroesofágico Refratária e, diante da pouca resposta ao vonoprazan, há indicação formal de funduplicatura.
- D) A esofagite erosiva grau B não é critério diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágica e seria necessário monitorização prolongada de pH esofágico sem uso de medicação antiácida para confirmar o diagnóstico.

05. Paciente masculino, 47 anos, relata que há 8 meses vem apresentando disfagia de condução a sólidos, passando a consumir alimentos pastosos ou tomar água para ajudar na alimentação. Além disso, relata episódios semanais de dor em região retroesternal durante algumas refeições. Perdeu 7 kg neste período. É hipertenso, bem controlado com uso de losartana + anlodipina e devido quadro de dor torácica foi avaliado pela Cardiologia que descartou coronariopatia. Encaminhado para avaliação com o Gastroenterologista, que solicitou os seguintes exames e seus resultados. Endoscopia digestiva alta normal. Manometria esofágica de alta resolução: - Integral da pressão de relaxamento mediana na posição deitada (IRP): 18 mmHg (valor normal da IRP < 16mmHg na manometria de perfusão); - Corpo esofágico com 90% de ondas eficazes, com aumento da pressão intrabolus na porção distal em 30% das deglutições. Diante do quadro e segundo a Classificação de Chicago v4.0, marque a alternativa correta.

- A) Os dados indicam que podemos estar diante de uma Obstrução do Fluxo pela Junção Esofagogástrica (OFJEG). No entanto, é necessária a complementação da manometria esofágica de alta resolução na posição sentada e realização de testes provocativos, como o “rapid drink challenge”, além de exames auxiliares como esofagograma ou estudo esofágico com FLIP para a confirmação diagnóstica.
- B) Podemos concluir o diagnóstico de Obstrução do Fluxo pela Junção Esofagogástrica (OFJEG), sem a necessidade de realização de testes provocativos.
- C) Apesar do valor da IRP estar um pouco acima da normalidade, não há alteração patológica no exame manométrico pois o corpo esofágico está normal.
- D) Como o diagnóstico de Obstrução do Fluxo pela Junção Esofagogástrica (OFJEG) é bem definido, não há necessidade de seguimento manométrico.

06. A doença do refluxo gastroesofágico é causa frequente pela procura a um gastroenterologista, havendo um arsenal terapêutico cada vez mais amplo para tratamento, baseado na fisiopatologia da doença.

Sobre o tema, responda corretamente.

- A) O baclofeno age inibindo o relaxamento do esfíncter esofágico inferior devido à sua ação antagonista do receptor ácido gama-aminobutírico (gama-b).
- B) A ação dos inibidores de bomba de prótons tem sua reação catalisada por ácido e por isso requerem jejum. Eles agem por ligação covalente na bomba de hidrogênio-potássio (H⁺/K⁺/Atpase).
- C) A histamina, gastrina e serotonina estimulam as células parietais a secretarem ácido clorídrico. Os antagonistas dos receptores h1, como a famotidina, agem reduzindo o estímulo ácido pela histamina.
- D) A principal força motriz para a secreção de ácido clorídrico pelas células parietais é a bomba de sódio-potássio (Na⁺/K⁺/Atpase). O vonoprazano age como inibidor competitivo no sítio do potássio dessa bomba e, por isso, dispensa a necessidade do jejum para sua ação.

- 07.** Paciente feminina, 52 anos, obesa, vem ao seu consultório por dificuldades ao evacuar. Afirma que as fezes são sempre difíceis de eliminar, que por vezes é necessário realizar extração digital das fezes, que em sua maioria apresentam-se pequenas e arredondadas, evacuando 2x por semana. Nega dor abdominal, sangramentos nas fezes ou perda de peso. É sedentária, ingere cerca de 1.000ml de água por dia e que a sua dieta é rica em carboidratos e pobre em fibras. Não tem história familiar de câncer de intestino e nunca realizou colonoscopia. Traz exames laboratoriais recentes sem alterações. Diante disso, responda corretamente.
- A) A prucaloprida deve ser utilizada como primeira escolha no tratamento farmacológico por tratar-se de constipação grave, com fezes Bristol I, típicas de trânsito intestinal lento.
 - B) A paciente não tem indicação de colonoscopia porque provavelmente trata-se de uma constipação funcional não tratada, sendo a linaclotida uma excelente opção para iniciar tratamento farmacológico.
 - C) A paciente tem fezes Bristol I, apresenta indicação de colonoscopia e deve ser orientada a mudanças do estilo de vida (aumento da ingestão hídrica e de fibras solúveis, como Psyllium, e atividade física aeróbia) associado a laxativos como o polietilenoglicol.
 - D) A paciente apresenta fezes Bristol II. Deve-se realizar o toque retal como triagem para distúrbios da evacuação e, caso haja suspeita, a manometria anorretal pode ser realizada antes mesmo das mudanças do estilo de vida (ingestão hídrica e de fibras insolúveis, como psyllium, e atividade física aeróbia).
- 08.** Paciente, 27 anos, vai ao Pronto-Atendimento, queixando-se de diarreia líquida (cerca de 5 a 7 episódios por dia), sem sangue ou muco, há 3 dias. Nega febre no período e uso de antibióticos recentes. Ao exame físico: Sem alterações à ectoscopia e sinais vitais, dor leve a palpação difusa do abdômen, sem sinais de irritação peritoneal. Sobre o caso, marque corretamente.
- A) Paciente não tem indicação de início de antibioticoterapia, devendo ser tranquilizado quanto a uma provável evolução benigna para o quadro, devendo ser apenas prescrito hidratação de água e sais e probióticos.
 - B) A cultura de fezes com microscopia com colorações especiais e imunofluorescência e testes para antígenos conseguem identificar, na maioria dos casos, a etiologia da infecção diarreica aguda.
 - C) Trata-se de um caso de diarreia aguda, cuja principal etiologia é viral. Os vírus mais comuns são adenovírus e rotavírus, sendo norovírus uma infecção incomum.
 - D) Não é recomendado o uso de probióticos ou prebióticos para o caso, já que o paciente não fez uso de antibioticoterapia prévia.
- 09.** Paciente, 64 anos, gênero masculino, em uso crônico de pantoprazol, foi submetido à endoscopia digestiva alta por dor epigástrica eventual. Na endoscopia, foi visualizada pequena lesão polipoide, em corpo distal, revestido por mucosa lisa e enantemática, medindo 8mm, sendo procedida com mucosectomia por ligadura elástica. Foram também realizadas biopsias de corpo e antro para pesquisa de H. Pylori. O histopatológico evidenciou gastrite atrófica crônica, com H. pylori positivo e lesão polipoide compatível com tumor neuroendócrino, com imuno-histoquímica positiva para cromogranina A e sinaptofisina. Sabendo disso, responda corretamente.
- A) A cromogranina A e a dosagem de serotonina na urina de 24h, bem como a contagem do Ki-67 e a contagem mitótica associam-se ao prognóstico da doença, devendo ser solicitadas de rotina.
 - B) Trata-se de tumor neuroendócrino tipo I, que, após a ressecção endoscópica, recomenda-se reavaliação a cada 6 meses por 5 anos devido ao risco de 3-6% de adenocarcinoma, não sendo necessário repetir biopsias gástricas se não houver lesão visível.
 - C) Trata-se de um tumor neuroendócrino tipo I, associado a hipergastrinemia, devendo por isso ser dosada a gastrina sérica em jejum, após suspensão de inibidores de bomba de prótons por 7 dias. Essas medicações também elevam os níveis de cromogranina A, marcador tumoral com valor prognóstico.
 - D) Trata-se de um tumor neuroendócrino tipo II, associado à gastrite atrófica com hipocloridria e hipergastrinemia, que estimula a hiperplasia e hipertrofia de células enterocromafins, tendo alto potencial de metastização, principalmente se associado a neoplasia neuroendócrina múltipla tipo I.

10. As síndromes polipoides são patologias que determinam risco aumentado para câncer colorretal a depender de sua evolução. Sobre as síndromes polipoides, responda.
- A) Na polipose adenomatosa familiar, a primeira colonoscopia deve ser realizada aos 15 anos e, após, a cada 1-2 anos. A primeira endoscopia digestiva alta deve ser realizada aos 25 anos.
 - B) Comparada aos cânceres esporádicos, a polipose adenomatosa familiar é extremamente precoce, mas a sua sequência adenoma-carcinoma é não-acelerada, levando até 15 anos para tornar-se maligno.
 - C) A síndrome polipose serrilhada é definida como 10 ou mais pólipos serrilhados proximais ao sigmoide, sendo pelo menos 2 maiores que 10mm ou mais do que 20 pólipos serrilhados de qualquer tamanho distribuídos por todo o cólon.
 - D) Na síndrome de Peutz-Jeghers o risco cumulativo de câncer do TGI aos 70 anos é de 90%. A hiperpigmentação perioral e bucal é característica. Os pólipos são hamartomatosos localizam-se principalmente no cólon e têm risco de ocasionarem anemia, sangramento e intuscepção, devendo ser removidos.
11. As doenças inflamatórias intestinais (DII) apresentam diversas complicações extraintestinais associadas à própria fisiopatologia ou ao tratamento. Sobre isso, assinale a alternativa correta.
- A) Antes do início de terapia biológica ou com imunomoduladores, deve-se realizar screenig para hepatite B, hepatite C, HIV, Epstein-Barr, varicela (caso não tenha história de vacinação) e tuberculose.
 - B) A DII pode apresentar manifestações renais como nefrolitíase, doença glomerular, nefropatia perdedora de proteína, amiloidose secundária e falência renal. A mesalazina pode levar à nefrite tubulointersticial. Por isso, a função renal deve ser dosada antes do tratamento, a cada 6 meses e, após, anualmente.
 - C) As vacinas vivas devem ser evitadas por pelo menos 6 meses após a interrupção do tratamento com terapias imunossupressoras (prednisona $\geq 20\text{mg/dia}$ ou equivalente por 14 dias ou mais, uso de terapia biológica, tiopurinas, metotrexato e tofacitinibe). Mulheres gestantes que tiveram seus bebês expostos a produtos biológicos não devem receber vacinas vivas também por 6 meses após o nascimento.
 - D) Uso de corticoide por mais de 3 meses ou cursos repetidos de corticoide aumenta o risco de fratura, devendo ser realizada densitometria óssea, ainda que em pacientes jovens, suplementar cálcio 800-1.000mg/dia, vitamina D 800ui/dia e corrigir fatores de risco como perda de peso e mal absorção, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool.
12. Homem de 59 anos, com diagnóstico de cirrose alcoólica, admitido para internação hospitalar há 48 horas por piora da ascite, desorientação e oligúria. Negava febre, dor abdominal e sangramentos. Vinha em uso de espironolactona 200mg/dia, furosemida 80 mg/dia e fez uso de diclofenaco sódico por 3 dias para dores na coluna. Exames da admissão revelaram: Hb 11,2 g%; Leucócitos 3500/mm³; Plaquetas 72000/mm³; PCR 1,4; INR 1,5; BT: 3,0; Creatinina 1,9 mg/dL (exame prévio 5 dias antes: 0,7 mg/dL); sódio sérico: 136; líquido ascítico: hemácias 1.250/mm³; leucócitos 380/mm³ (25% de neutrófilos); albumina 0,5 g/dL.
- Com relação ao diagnóstico e conduta é correto afirmar:
- A) o paciente preenche critérios para síndrome hepatorenal, iniciar terlipressina.
 - B) o diagnóstico é de peritonite bacteriana espontânea com disfunção renal, iniciar ceftriaxona e albumina.
 - C) apresenta lesão renal aguda estágio 1, com indicação apenas de suspender anti-inflamatório e medidas para encefalopatia hepática.
 - D) apresenta lesão renal aguda estágio 2, com indicação de suspender diuréticos e anti-inflamatórios, além de reposição de albumina.
13. A doença celíaca (DC) é um distúrbio multissistêmico imunomediado que afeta indivíduos geneticamente suscetíveis que são expostos ao glúten. Sobre a DC, marque a alternativa correta.
- A) Pacientes com doença celíaca podem ter hipoesplenismo funcional, principalmente quando associada a outras doenças autoimunes. Devido ao maior risco de pneumonia adquirida na comunidade, a vacinação contra pneumococo é recomendada no celíaco.
 - B) A normalização dos achados histopatológicos da mucosa duodenal, após o início da dieta isenta de glúten, pode ser variável, levando em geral de 2 a 5 anos para recuperação completa e pode permanecer incompleta em alguns adultos, por períodos ainda mais longos.
 - C) Um das manifestações extraintestinais mais comuns é a doença óssea metabólica o que contribui para um risco aumentado de fratura em pacientes com DC. A prevalência relatada de osteopenia ou osteoporose na DC é variável, ocorrendo em cerca de 2% dos recém diagnosticados.
 - D) O linfoma não-Hodgkin é a doença maligna mais comum associada à doença celíaca. Os adenocarcinomas do intestino delgado são raros na população em geral, mas o risco é bem maior em pacientes com DC. Assim como a linfoma de células T associado à enteropatia (EATL), o adenocarcinoma do intestino delgado está mais associado à doença celíaca refratária.

14. Paciente, 71 anos, hipertenso, portador de doença arterial coronariana (submetido a angioplastia com stent há cerca 6 meses após infarto) e de diverticulose colônica, evolui com hematoquezia de grande monta, procurando um Pronto Atendimento, onde chega com sangramento ativo. Paciente em uso regular de bisoprolol, losartana, ácido acetilsalicílico e clopidogrel. À admissão, paciente consciente e orientado, eupneico, ansioso, apresentando FC 89 bpm, PA 100x80mmHg, SaO₂ (em ar ambiente) 97%. Ao toque retal: presença de sangue vivo em dedo de luvas, sem sinais de doença orifical. Exames laboratoriais da admissão com hemoglobina de 7,5g/dL, sem outras alterações hematemétricas e do coagulograma. Diante disso, a sua conduta é:
- A) Suspender os antiplaquetários, realizar infusão cristalóide 30mL/kg, sem necessidade de hemotransfusão, e reavaliar os sinais vitais. Realizar colonoscopia após estabilidade clínica e preparo adequado.
 - B) Paciente apresenta Score Oakland menor que 9 e por isso deve ser indicado internamento hospitalar. Os antiplaquetários devem ser suspensos e o paciente submetido a retossigmoidoscopia nas primeiras 24h.
 - C) Paciente deve ter o ácido acetilsalicílico mantido e o clopidogrel suspenso, caso cardiologista concorde, devendo ser reintroduzido 5 dias após o evento, se indicado. Deve receber transfusão de hemácias com alvo de hemoglobina de 10g/dL. A colonoscopia deve ser realizada ainda no internamento, após o preparo preferencialmente com polietilenoglicol em grande volume 4-6L.
 - D) Não há necessidade de hemotransfusão, que pode aumentar o risco de hipervolemia e congestão pulmonar em cardiopatas. O clopidogrel deve ser suspenso. A colonoscopia é a modalidade terapêutica e diagnóstica de escolha para o caso, devendo ser realizada nas primeiras 24h da admissão. O preparo deve ser realizado com polietilenoglicol em baixo volume (1-2L) para melhor tolerância, associado a antieméticos.
15. Um homem de 46 anos queixando-se de epigastralgia há 6 meses foi submetido à endoscopia com laudo que sugeriu pangastrite atrófica sendo realizadas biopsias de corpo e antro evidenciando a presença de H.Pylori e confirmando o achado de atrofia classificada como OLGA III. Com base no caso e em seus conhecimentos, assinale o correto.
- A) Além da Gastrite atrófica e da doença ulcerosa péptica, há evidências da associação do H. Pylori com a Púrpura trombocitopênica imune, deficiência de vitamina B12, Linfoma MALT e com a anemia ferropriva.
 - B) Após a erradicação do H. Pylori, este paciente deve fazer seguimento endoscópico semestral com biopsias coletadas conforme protocolo de Sydney.
 - C) Os humanos são os únicos reservatórios naturais do H. Pylori e a senescência é considerada o momento de maior risco de aquisição do patógeno que pode acontecer pelas vias fecal oral, oral-oral e gastro-oral.
 - D) Um mês após tratamento antibiótico deste paciente, o controle de erradicação pode ser realizado pelo teste respiratório com ureia marcada ou pela pesquisa do antígeno fecal e caso confirmada a erradicação não há necessidade de manter seguimento endoscópico.
16. No Brasil, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer-INCA, entre os anos 2020 a 2022, é em torno de 21000 novos casos anuais de neoplasias gástricas, que correspondem a 12,81 a cada 100 mil homens e 7,34 a cada 100 mil mulheres, sendo a quinta neoplasia mais incidente em geral, a quarta entre os homens e a sexta entre as mulheres. Observa-se, principalmente, uma alta concentração de casos nas regiões amazônica e nordestina e uma incidência crescente em mulheres nascidas após 1960, além de uma maior mortalidade em cidades do Nordeste. (COIMBRA, 2020). Ainda em relação às neoplasias gástricas, assinale o item correto.
- A) Os tumores neuroendócrinos (TNEs) podem acometer diferentes sítios sendo o trato gastrointestinal e o pulmão os mais frequentes. Os TNEs gástricos podem ser subclassificados de acordo com a apresentação podendo estar associados à gastrite atrófica crônica/anemia perniciosa, surgirem no contexto de uma hipergastrinemia secundária à neoplasia endócrina múltipla (NEM-1) ou de forma esporádica que, em geral, são o subtipo de melhor prognóstico.
 - B) Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) representam menos de 1% dos tumores gástricos mas são a neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal. A ecoendoscopia é um interessante método complementar à tomografia neste tipo de tumor permitindo a avaliação mais profunda da lesão com a possibilidade de aquisição de material para estudo histológico e a avaliação mais adequada do comprometimento de estruturas adjacentes.
 - C) Os adenocarcinomas são o tipo mais comum constituindo mais de 95% dos cânceres gástricos segundo algumas fontes. Enquanto o subtipo histológico difuso é mais frequentemente associado a fatores ambientais como infecções, dieta e estilo de vida, o subtipo intestinal é mais relacionado a condições genéticas.
 - D) O Linfoma MALT gástrico corresponde a até 50% dos linfomas primários gástricos e mais de 90% dos pacientes que desenvolvem MALT estão infectados pelo H.Pylori. A erradicação do H.Pylori, apesar de sempre indicada, tem pouco impacto na evolução destes pacientes.

17. A doença celíaca possui diversas manifestações sistêmicas, sendo o seu diagnóstico precoce de grande valia para uma melhor qualidade de vida do paciente. Sobre a doença celíaca assinale o que for correto.
- A) O teste genético do HLA DQ2/DQ8 está presente em aproximadamente 99% dos pacientes celíacos podendo ser usado como teste diagnóstico em familiares de primeiro grau de portadores de doença celíaca.
 - B) Nos pacientes com dieta isenta que mantêm atrofia vilositária nos exames de controle, além de afastar a contaminação cruzada deve-se fazer diferencial com outras causas de atrofia intestinal como a giardíase, a imunodeficiência comum variável, a doença de Crohn e o uso de certos medicamentos como AINEs e alguns anti-hipertensivos.
 - C) A dermatite herpetiforme é considerada uma manifestação cutânea específica da doença celíaca e, além do seu aspecto sugestivo, na biopsia da derme é possível observar depósitos de IgA na imunofluorescência direta de aspecto patognomônico. Para o tratamento, apenas a dieta isenta de glúten, não havendo espaço para medicamentos.
 - D) A combinação de altos títulos de antitransglutaminase IgA ($> 10x$ o limite superior da normalidade) associado a um antiendomísio positivo numa segunda amostra de sangue é considerado pouco confiável como diagnóstico de doença celíaca em crianças, estando sempre indicada à realização de endoscopia com biópsias duodenais.
18. Homem de 52 anos apresenta pirose e regurgitação de longa data que inicialmente respondiam ao uso de omeprazol mas, recentemente, tem sido menos efetivo o que o motivou procurar por ajuda médica. Realizou Endoscopia Digestiva Alta e foi visualizado, no esôfago distal, prolongamento digitiforme de coloração salmão ocupando 3cm da circunferência do esôfago, com extensão de 4 cm da transição esofagogástrica (Praga C3M4). Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta.
- A) Este paciente deve realizar seguimento endoscópico a cada 2 anos.
 - B) O esôfago de Barrett é a única lesão precursora conhecida do adenocarcinoma esofágico e a confirmação diagnóstica é feita por histológico que evidencia epitélio escamoso estratificado.
 - C) Recomenda-se que a mucosa de coloração salmão tenha no mínimo 1 cm de comprimento para ser considerada esôfago de Barrett e tenha indicação de seguimento com biópsias endoscópicas.
 - D) Por aumentarem o tempo do exame e os custos, a cromoendoscopia eletrônica e a endoscopia com o uso de corantes como o ácido acético são desencorajadas no seguimento de pacientes com esôfago de Barrett.
19. Uma paciente do sexo feminino de 63 anos realizou ressonância de abdome superior por quadro de desconforto abdominal inespecífico. O exame evidenciou, em corpo pancreático, uma lesão com hiper-sinal em T2, medindo 2,8 cm em seu maior eixo e com aparente comunicação com ductos pancreáticos secundários. Com base em seus conhecimentos sobre lesões císticas pancreáticas, assinale a alternativa correta.
- A) Caso haja associação com dilatação do ducto pancreático, com este medindo 8 mm, uma ecoendoscopia com punção deve ser solicitada e, se for observada a presença de uma nodulação interna maior que 5 mm, deve-se considerar cirurgia, caso a paciente tenha bom perfil clínico.
 - B) Caso haja associação com dilatação do ducto pancreático, com este medindo 8 mm, uma ecoendoscopia com punção deve ser solicitada. Havendo indicação de análise do líquido cístico, com dosagem de antígeno carcino embrionário (CEA), amilase e CA 15-3.
 - C) Caso não haja associação com dilatação do ducto pancreático, um dos outros critérios para indicação de ecoendoscopia é a elevação do CEA sérico.
 - D) Caso haja associação com dilatação do ducto pancreático, com este medindo 8 mm, deve-se considerar cirurgia, caso a paciente tenha bom perfil clínico.
20. O Consenso de Baveno estabelece várias normativas para tratamento e acompanhamento de pacientes com doença hepática crônica avançada. De acordo com o Consenso de Baveno VII, é correto afirmar:
- A) o uso de estatinas deve ser contraindicado em cirróticos, desde que estas drogas podem aumentar a pressão portal.
 - B) anticoagulação está contraindicada nos pacientes cirróticos, pelo aumento de complicações e piora da sobrevida.
 - C) o propranolol é o beta-bloqueador não seletivo de preferência na cirrose compensada por ser mais efetivo na redução do gradiente de pressão venosa hepática.
 - D) pacientes com cirrose compensada que têm contraindicação aos beta-bloqueadores para prevenção de descompensação devem realizar endoscopia para rastreamento de varizes se contagem de plaquetas $\leq 150000/\text{mm}^3$ ou valor de elastografia transitória ≥ 20 kPa.