

ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 30 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 3 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito
- Você somente poderá deixar a sala após 1h30min do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2023 – 1ª FASE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

RASCUNHO

1. Homem, 35 anos, iniciou tratamento para HIV com tenofovir/ lamivudina/ atazanavir/ ritonavir, apresentando icterícia após dois dias, sem outros sintomas. Exames: bilirrubina total=5,0mg/dL; bilirrubina direta=0,5mg/dL; enzimas hepáticas normais, bem como tempo de protrombina e albumina sérica. Tinha sorologias para hepatites virais e autoanticorpos negativos, hemograma e contagem de reticulócitos normais. Refere comumente apresentar olhos amarelados, mas o quadro atual é mais intenso e persistente. **MARQUE A ALTERNATIVA QUE CONTÉM AS RESPOSTAS CORRETAS PARA AS PERGUNTAS:**

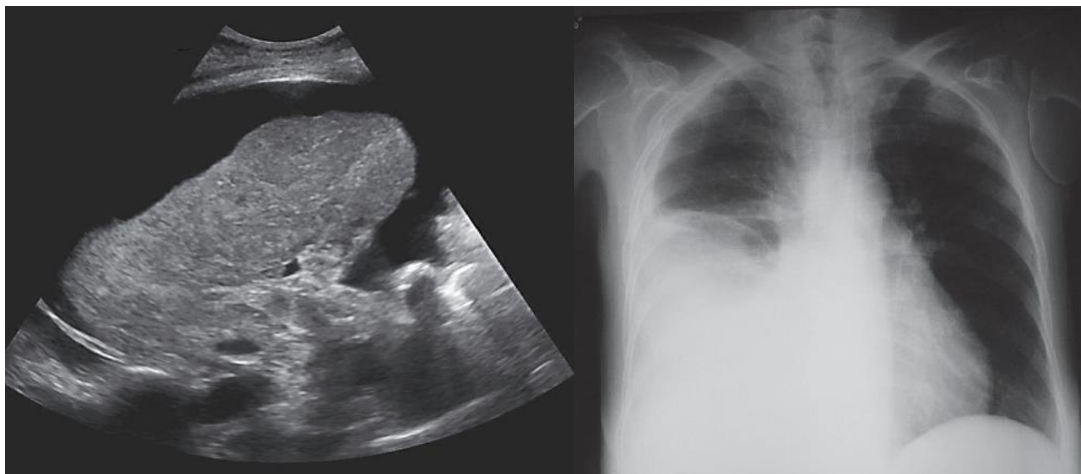
- I. qual medicamento foi o gatilho para o quadro atual de icterícia?
- II. como diagnosticar a condição de base que predispõe o paciente aos episódios recorrentes de icterícia?

	I	II
a.	ritonavir	solicitar estudo do gene UGT1A1
b.	atazanavir	solicitar estudo do gene SERPINA1
c.	atazanavir	solicitar estudo do gene UGT1A1
d.	ritonavir	solicitar estudo do gene SERPINA1

2. Em um paciente com cirrose, ascite e creatinina sérica=2,5mg/dL, os residentes consideraram as hipóteses de síndrome hepatorenal e necrose tubular aguda. **QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO É VERDADEIRA NESSE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?**

- a. a fração de excreção de sódio é menor na necrose tubular aguda.
- b. a dosagem urinária de NGAL (lipocalina associada à gelatinase de neutrófilos) é maior na síndrome hepatorenal.
- c. a dosagem de proteínas urinárias é maior na síndrome hepatorenal.
- d. a dosagem do sódio urinário é menor na síndrome hepatorenal.

3. Homem, 49 anos, com história de hepatite C tratada e etilismo crônico, refere dificuldade para respirar, febre, aumento do volume abdominal e queda do estado geral há 4 dias. Imagens dos exames de ultrassonografia do abdome e radiograma do tórax estão exibidas abaixo. Exames de sangue, líquido pleural e líquido ascítico estão na tabela. As culturas desses 3 sítios foram negativas. **QUAL É O DIAGNÓSTICO?**



SANGUE		LÍQUIDO ASCÍTICO	
Hemoglobina (g/dL)	10,5	Eritrócitos (/mm ³)	250.000
Eritrócitos (/mm ³)	2.500.000	Leucócitos (/mm ³)	1.000 (60% PMN)
Leucócitos (/mm ³)	5.000 (90% PMN)	Proteínas / Albumina (g/dL)	1,0 / 0,5
Plaquetas (/mm ³)	80 mil	Glicose (mg/dL) / DHL (U/L)	80 / 60
Proteínas (g/dL)	5,0	LÍQUIDO PLEURAL	
Albumina (g/dL)	3,0	Eritrócitos (/mm ³)	25.000
Glicose (mg/dL)	100	Leucócitos (/mm ³)	800 (70% PMN)
DHL (U/L)	300	Proteínas / Albumina (g/dL)	2,0 / 0,5
		Glicose (mg/dL) / DHL (U/L)	30 / 50

PMN=polimorfonucleares, DHL=desidrogenase láctica.

- peritonite bacteriana espontânea
- peritonite bacteriana espontânea + empiema bacteriano espontâneo
- empiema bacteriano espontâneo
- empiema bacteriano secundário

4. Assinale a alternativa contendo um conjunto de manifestações clínicas da polineuropatia amiloidótica familiar associada ao gene da transtirretina (PAF), uma indicação pouco comum de transplante hepático.

a.	marcha elevando os joelhos	síndrome do túnel do carpo bilateral	diarreia alternando com constipação
b.	marcha arrastando os pés	perda de peso inexplicada	diarreia crônica secretora
c.	marcha elevando os joelhos	parestesias em mãos	febre vespertina
d.	marcha arrastando os pés	febre vespertina	cistos sinoviais em tornozelos

5. Mulher, 23 anos, ingeriu 50 comprimidos de paracetamol 750 mg e após 5 horas evoluiu com náusea, vômitos e dor abdominal, apresentando olhos amarelados no dia seguinte, quando procurou o pronto-socorro. Estava consciente e orientada, afebril, icterícia e não havia indícios de doença hepática crônica. Foi admitida com a hipótese de injúria hepática induzida pelo paracetamol. **SOBRE O CASO, É CORRETO AFIRMAR:**

- O mecanismo de injúria hepática neste caso é idiossincrático e são esperadas aminotransferases menores que 20 vezes o limite superior da normalidade, sendo ALT > AST.
- Se for realizada biópsia hepática, a histologia esperada é necrose centrolobular maciça, poupando os espaços-porta.
- Trata-se de um caso de hepatite aguda grave, mas se o RNI for maior que 3,5 e o pH do sangue for menor que 7,35 está indicado o transplante hepático.
- É comum a evolução para insuficiência hepática subaguda nesses casos e a maioria tem indicação de transplante hepático.

6. Mulher, 69 anos, diabética e obesa, tem cirrose associada à doença hepática gordurosa metabólica apresentou hematêmese após duas sessões de ligadura elástica de varizes esofágicas em uma semana, sendo indicado TIPS (shunt portossistêmico transjugular intra-hepático). O procedimento foi bem-sucedido, cessando o sangramento

varicoso, com melhora hemodinâmica. Dez dias depois, apresentou hipotensão, ortopneia, dispneia paroxística noturna, piora da função renal, sem evidência de infecção. O ecocardiograma mostrava várias alterações, destacando-se um déficit diastólico acentuado do ventrículo esquerdo. A pressão sistólica da artéria pulmonar foi estimada em 40mmHg. **COM BASE NESSAS INFORMAÇÕES, QUAL SERIA SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA ESSA PACIENTE?**

- a. Cardiomiopatia cirrótica.
- b. Síndrome hepatopulmonar.
- c. Hipertensão portopulmonar.
- d. Síndrome hepatoadrenal.

7. Mulher, 45 anos, portadora de cirrose por hepatite B, HBeAg negativo, carga viral negativa, Child-Pugh A, em uso de entecavir 0,5mg 1x/dia e carvedilol 6,25mg 2x/dia, chega no Pronto Socorro com dor epigástrica de forte intensidade iniciada oito horas antes, associada a náusea e vômitos sem sangue. Tomografia de abdome mostrou trombo hemático ocupando 60% do lúmen da veia porta, com extensão para veia esplênica e mesentérica superior. Estava hemodinamicamente estável e tinha endoscopia com varizes esofágicas de fino calibre realizada dois meses antes, bem como ultrassonografia de abdome negativa para nódulos hepáticos e ascite, sem sinais de trombose de veias hepáticas e do sistema portal. Exames coletados no Pronto Socorro: Hb=12g/dL; leucócitos=4.000/mm³; plaquetas=90.000/mm³; AST=100UI/L; ALT=60UI/L; fosfatase alcalina=100UI/L; gamaGT=150mg; albumina=3,0g/dL; INR=1,6; bilirrubina total=1,8mg/dL, bilirrubina direta=1,4mg/dL; função renal normal. **SOBRE O CASO, ASSINALE A OPÇÃO CORRETA.**

- a. Está indicada anticoagulação para tratamento de trombose aguda do sistema venoso portal.
- b. Está indicada anticoagulação para tratamento do quadro agudo de síndrome de Budd-Chiari.
- c. Está indicada terapia endovascular para trombose aguda do sistema venoso portal.
- d. Devido à forte associação com fenômenos tromboembólicos, deve-se interromper entecavir, iniciar tenofovir e reavaliar com angiotomografia após 4 semanas.

8. Analise os dois pacientes abaixo, com HBsAg positivo no sangue há mais de seis meses.

- I. Mulher, 32 anos, gestante na 32ª. semana, HBeAg +, carga viral 5.000.000 UI/mL, ALT normal, sem fibrose hepática significativa
- II. Homem, 50 anos, diabético, não-cirrótico, HBeAg negativo, carga viral 5.000 UI/mL, ALT 90, com insuficiência renal crônica dialítica e história de resistência à lamivudina

ASSINALE A ALTERNATIVA CONTENDO INFORMAÇÕES VERDADEIRAS SOBRE ELES:

- a. A paciente I tem indicação de entecavir como profilaxia de transmissão vertical do vírus da hepatite B.
- b. A paciente I tem indicação de imunoglobulina para hepatite B antes do parto para profilaxia de transmissão vertical do vírus da hepatite B.
- c. O paciente II tem indicação de tenofovir alafenamida para tratamento da infecção crônica pelo vírus da hepatite B HBeAg negativo.
- d. O paciente II tem indicação de tenofovir disoproxil fumarato para tratamento da hepatite B crônica HBeAg negativo.

9. Um trabalho observou que alguns pacientes transplantados por carcinoma hepatocelular (CHC) têm menor sobrevida pós-transplante no Brasil em comparação com outros países e se questionou sobre os critérios adotados para inclusão em lista de transplante de fígado no país, que podem ir além dos tradicionais critérios de Milão.

Considerando que todos os nódulos citados nas afirmativas abaixo são CHC (com medidas em centímetros), é correto dizer que:

- a. Um paciente com 4 nódulos (2,0 / 2,0 / 2,0 / 2,0) não pode ser incluído na lista de transplante hepático no Brasil, apesar de estar dentro dos critérios de Milão.
- b. Um paciente com 4 nódulos (1,5 / 1,5 / 2,5 / 2,5) pode ser incluído na lista de transplante hepático no Brasil, apesar de estar fora dos critérios de Milão.
- c. Um paciente com 2 nódulos (2,5 / 3,5) pode ser incluído na lista de transplante hepático no Brasil, apesar de estar fora dos critérios de Milão.
- d. Um paciente com 3 nódulos (2,0 / 2,0 / 2,0) não pode ser incluído na lista de transplante hepático no Brasil, apesar de estar dentro dos critérios de Milão.

10. Assinale a afirmativa correta sobre o tratamento da hepatite C de acordo com o Ministério da Saúde.

- pacientes cirróticos Child-Pugh B ou C infectados pelo genótipo 1 e não respondedores a tratamento incluindo daclatasvir devem ser tratados com glecaprevir + pibrentasvir.
- pacientes com cirrose Child-Pugh B ou C infectados pelo genótipo 1 e virgens de tratamento não podem ser tratados com sofosbuvir + ledipasvir sem ribavirina.
- os esquemas terapêuticos atuais devem conter obrigatoriamente um inibidor de polimerase NS5A.
- pacientes não-cirróticos infectados pelo genótipo 1 e não respondedores a tratamento com peg-interferon + ribavirina + simeprevir devem ser tratados com sofosbuvir + ledipasvir + ribavirina por 24 semanas.

11. Além da clássica H&E (hematoxilina e eosina), diversas colorações auxiliam a avaliação histopatológica do fígado. Abaixo, estão dispostas 5 características de algumas colorações.

- É útil no diagnóstico de deficiência de alfa-1 antitripsina
- É útil na avaliação de siderose
- É útil na avaliação de fibrose hepática
- É útil no diagnóstico de uma doença associada ao gene ATP7B
- É útil no diagnóstico de doenças fúngicas

Marque a alternativa que associa corretamente a coloração e uma característica que pode ser atribuída a ela. (PAS=ácido periódico de Schiff)

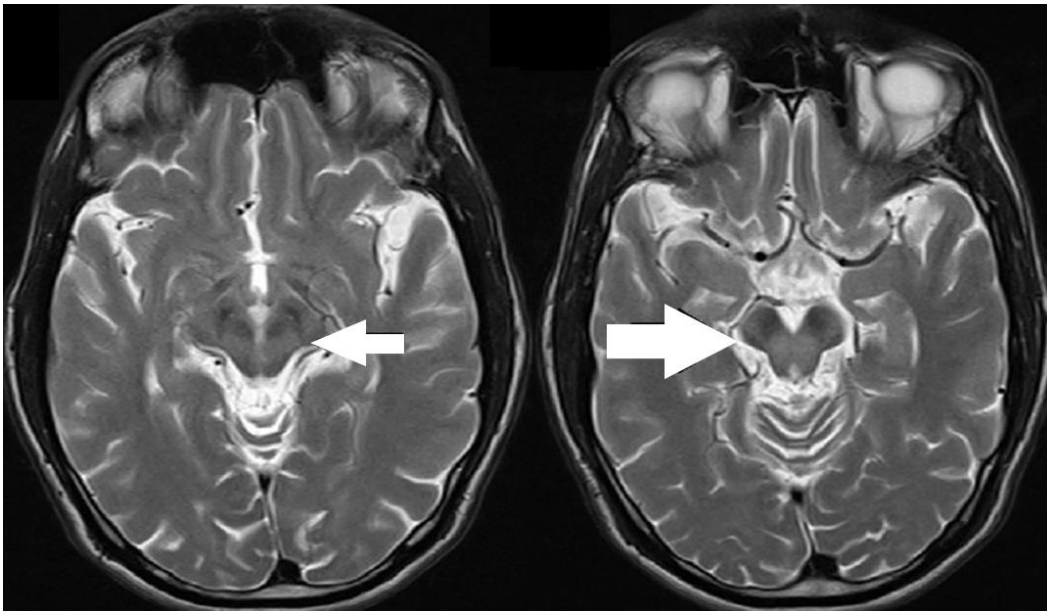
	Tricrômico de Masson	Rodanina	PAS + diastase	Perls	Grocott	Reticulina	Picro-Sírius
a.	I	IV	III	II	V	III	V
b.	III	IV	I	II	V	III	III
c.	I	I	III	V	II	IV	III
d.	III	I	I	V	II	IV	V

12. Mulher, 50 anos, com elevação de enzimas hepáticas e ferritina, vem para avaliação com hepatologista; nega consumo de álcool e não há exposição a medicamentos hepatotóxicos. Exames: ALT=60UI/L; AST=40UI/L; fosfatase alcalina=100UI/L; gamaGT=80UI/L; glicose=130mg/dL; Hb=12,5g/dL; leucócitos=5.000/mm³; plaquetas=210.000/mm³; ferro=150mcg/dL; ferritina=1.200ng/mL; TIBC=450mcg/dL; colesterol total=230mg/dL; LDL=160mg/dL; HDL=30mg/dL; triglicerídeos=200mg/dL;

pesquisa negativa de mutações do gene HFE; FAN positivo 1:80; outros autoanticorpos negativos; eletroforese de proteínas séricas normal; sorologias virais negativas; elastografia transitória (Fibroscan®) 7,5 kPa. **DAS OPÇÕES ABAIXO, QUAL ESTÁ CORRETA?**

- Apesar da pesquisa genética negativa, é alta a chance de haver sobrecarga de ferro e a fibrose hepática é avançada, devendo-se indicar flebotomias terapêuticas (sangrias).
- Não deve haver sobrecarga de ferro e a paciente tem critérios diagnósticos definidos de hepatite autoimune, devendo iniciar azatioprina + prednisona, sem a necessidade de realizar biópsia hepática.
- Deve haver sobrecarga de ferro, sendo imprescindível a realização de biópsia hepática para diagnóstico diferencial entre hepatite autoimune, doença hepática gordurosa não-alcoólica e hemocromatose.
- Não parece haver sobrecarga de ferro, sendo esperada redução dos níveis séricos de ferritina após perda de peso e controle dos fatores metabólicos.

13. No banco de imagens do Serviço de Radiologia, os residentes encontraram cortes da ressonância magnética encefálica de um paciente com cirrose, destacando-se com setas brancas imagens semelhantes a um urso panda. **ESSAS ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS ESTÃO ASSOCIADAS A:**

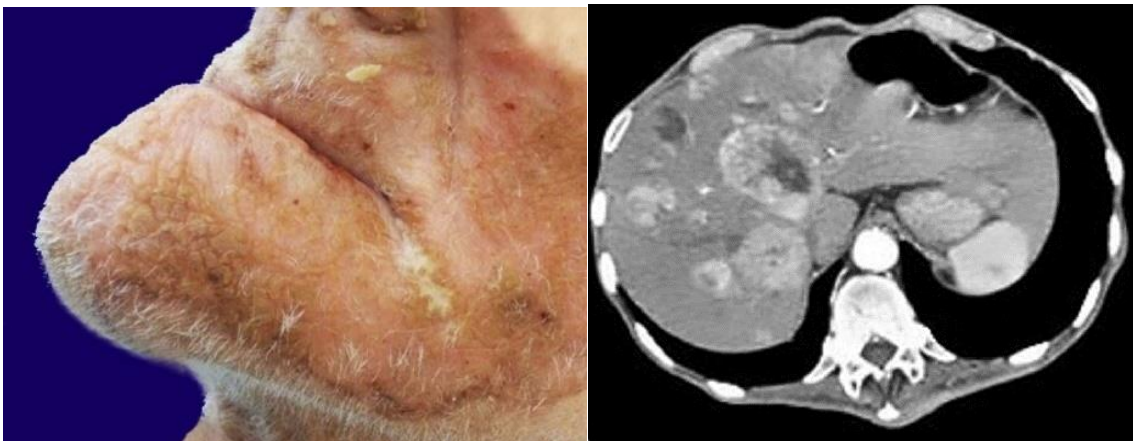


- depósitos de manganês, em decorrência da encefalopatia hepática.
- hipovitaminose B1, em decorrência do consumo exacerbado de etanol.
- a depósitos de manganês, que causam encefalopatia hepática.
- defeitos no metabolismo do cobre na Doença de Wilson.

14. Assinale a alternativa contendo causas de ascite em que espera um gradiente de albumina soro-ascite $> 1,1$ g/dL.

a.	síndrome de Budd-Chiari	metástases hepáticas	insuficiência cardíaca	hipotireoidismo
b.	trombose portal	metástases hepáticas	síndrome nefrótica	cirrose
c.	trombose portal	ascite quilosa	síndrome nefrótica	cirrose
d.	síndrome de Budd-Chiari	ascite quilosa	insuficiência cardíaca	hipotireoidismo

15. Homem, 65 anos, refere lesões de pele (foto), diarreia, fraqueza, perda de peso e humor deprimido há seis meses, sem febre. Está em uso de metformina devido ao diagnóstico recente de diabetes e, no exame físico foi evidenciada trombose venosa profunda nas duas pernas. Na investigação, a tomografia contrastada de abdome, no plano axial da fase arterial (foto) mostrou várias imagens arredondadas, com hipercaptação periférica e centro hipodenso.



SOBRE A NATUREZA DESSAS IMAGENS NO FÍGADO, QUAL SERIA A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

- Metástases hepáticas de adenocarcinoma de cólon.
- Metástases hepáticas de tumor neuroendócrino.
- Carcinoma hepatocelular multinodular.
- Carcinoma hepatocelular fibrolamelar multinodular.

16. A imagem abaixo mostra o corte transversal da tomografia de abdome de um homem com 55 anos referindo dor abdominal, episódios de diarreia após refeições e perda de 5kg há cerca de um ano. Ingere meio litro de cachaça por dia há 20 anos. Considerando que o achado radiológico está associado aos sintomas do paciente, **ASSINALE A ALTERNATIVA QUE REÚNE RESULTADOS DE EXAMES COPROLÓGICOS ESPERADOS PARA ESTE CASO.**



a.	α -1 antitripsina fecal elevada	gap osmolar fecal reduzido	calprotectina fecal elevada
b.	α -1 antitripsina fecal normal	leucócitos fecais ausentes	elastase fecal reduzida
c.	α -1 antitripsina fecal elevada	leucócitos fecais presentes	calprotectina fecal normal
d.	α -1 antitripsina fecal normal	gap osmolar fecal aumentado	elastase fecal aumentada

17. Homem, 45 anos, procura Pronto Socorro, relatando fraqueza e olhos amarelados há 15 dias, suspendendo o consumo de bebidas alcoólicas a partir de então. Nega febre, vômitos, dor ou alteração do hábito intestinal. Exame físico: icterico, com tremor de extremidades, consciente, orientado, afebril, hemodinamicamente estável. Hb=12g/dL; leucócitos=12.000/mm³ (75% segmentados); plaquetas=90.000/mm³; AST=285UI/L; ALT=200UI/L; fosfatase alcalina=120UI/L; gamaGT=1880UI/L; bilirrubina total=25mg/dL; direta=23mg/dL; INR=6,85; albumina=3,1g/dL; ureia=40mg/dL; creatinina=0,7mg/dL; Na=135mEq/L; K= 4,5mEq/L; MELD=40; sorologias virais negativas. Ultrassonografia de abdome: hepatoesplenomegalia, sem ascite, sem nódulos hepáticos. **ASSINALE A OPÇÃO CORRETA.**

- Trata-se de uma insuficiência hepática aguda e o paciente deve ser incluído em lista de transplante hepático.
- O valor de gamaGT e bilirrubinas indicam fortemente a necessidade de investigação de neoplasia de vias biliares nesse paciente, pois o etilismo crônico impede a produção de fosfatase alcalina.
- Deve ser internado e na investigação, é preciso coletar ceruloplasmina, ferritina, alfa-1 antitripsina, alfafetoproteína, eletroforese de proteínas e autoanticorpos.

- d. Trata-se de um caso de hepatite alcoólica grave, mas o transplante hepático não é uma opção terapêutica nesse momento.

18. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SOBRE AS DOENÇAS DO TRATO GASTROINTESTINAL SUPERIOR.

- a. O videodeglutograma não ajuda na investigação diagnóstica de globus faríngeo em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico e uso contínuo de inibidor de bomba de prótons.
- b. Em pacientes com impactação alimentar no esôfago, a presença de 20 eosinófilos na submucosa do esôfago distal favorece o diagnóstico de esofagite eosinofílica.
- c. O estudo contrastado de esôfago fornece mais informações do que a manometria esofágica em um paciente com disfagia lusória.
- d. Distensão abdominal secundária ao refluxo gastroesofágico tem boa resposta ao tratamento com inibidor de bomba de prótons e probióticos.

19. Em um paciente com doença do refluxo esofágico (DRGE) refratária ao tratamento clínico, foi descrito que a transição esofagogástrica se situa a mais de 10 cm acima do pinçamento diafragmático. DIANTE DISSO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Manometria esofágica e pHmetria esofágica de 24h não trazem informações essenciais nesse caso e não são estritamente necessárias para se indicar tratamento cirúrgico para DRGE e hérnia diafragmática.
- b. A refratariedade à terapia clínica indica que esse paciente não será um bom candidato ao tratamento cirúrgico para DRGE e hérnia diafragmática.
- c. Erosões de Cameron observadas no exame endoscópico desse paciente contraindicam o tratamento cirúrgico para DRGE e hérnia diafragmática.
- d. Metaplasia intestinal, evidenciada no exame histológico do esôfago distal desse paciente, contraindica o tratamento cirúrgico para DRGE e hérnia diafragmática.

20. NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM NÍVEIS SÉRICOS REDUZIDOS DE VITAMINA B12, EM QUE CONDIÇÃO A PESQUISA DO ANTICORPO ANTI-FATOR INTRÍNSECO TEM MAIOR UTILIDADE?

- a. No uso crônico de inibidor de bomba de prótons e metformina.
- b. Na infecção por *Helicobacter pylori* e adenocarcinoma em antro gástrico.
- c. Na gastrite atrófica de corpo
- d. Na infecção por *Helicobacter pylori* e gastrite atrófica antro com metaplasia intestinal.

21. Paciente com dor e distensão abdominal após ingerir alimentos com trigo e lactose tem anticorpo anti-transglutaminase IgA com resultado inconclusivo. Ainda não realizou endoscopia, mas trouxe a pesquisa de HLA-DQ2 e DQ8. **MARQUE A AFIRMATIVA CORRETA.**

- a. HLA-DQ2 e DQ8 negativos afastam a possibilidade de doença celíaca nesse caso.
- b. HLA-DQ2 positivo e DQ8 negativo confirmam o diagnóstico de doença celíaca nesse caso.
- c. HLA-DQ2 negativo e DQ8 positivo confirmam o diagnóstico de doença celíaca nesse caso.
- d. HLA-DQ2 e DQ8 positivos confirmam o diagnóstico de doença celíaca nesse caso.

22. Leia este trecho escrito por Luís Vaz de Camões: *“Amor é um fogo que arde sem se ver, é ferida que dói e não se sente, é um contentamento descontente, é dor que desatina sem doer.”* Se o fogo descrito por Camões não representasse o amor, e sim a pirose de um paciente com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), a continuação do poema (*...dor que desatina sem doer*) poderia nos dar a ideia de uma DRGE com evolução para:

- a. úlcera esofágica péptica.
- b. úlcera esofágica neoplásica.
- c. pirose funcional.
- d. esôfago de Barrett.

23. Duas pacientes conversam na sala de espera do consultório de gastroenterologia. Ambas têm trânsito intestinal lentificado e consistência fecal endurecida há mais de um ano. Uma refere ser diagnosticada com constipação intestinal e a outra com síndrome do intestino irritável. **NESSE CENÁRIO, MARQUE A AFIRMATIVA CORRETA.**

- a. Hipotireoidismo e uso crônico de opioides são possíveis fatores etiológicos para o quadro das duas pacientes.
- b. Se os diagnósticos estiverem corretos, apenas uma das pacientes deve relatar dor abdominal como sintoma diretamente associado à mudança do hábito intestinal.
- c. Agonistas serotoninérgicos e bloqueadores dos canais cloro e magnésio são terapias eficazes apenas para uma das pacientes.
- d. Apesar de serem doenças benignas, o risco de adenocarcinoma de cólon é maior nas duas pacientes em comparação com a população geral.

24. Paciente com cirrose hepática apresentou hemorragia digestiva alta e mantém saída de sangue vermelho-vivo pela boca e narinas, sendo indicado passar o Balão de Sengstaken-Blakemore. **ESCOLHA A SEQUÊNCIA CORRETA NESTE CASO, INCLUINDO INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PARA PROTEÇÃO DE VIA AÉREA E PASSAGEM DA Sonda COM BALÃO ESOFÁGICO.**

- a. 1. intubação orotraqueal; 2. inserir a sonda por uma narina; 3. insuflar o balão gástrico; 4. tracionar o balão gástrico contra o fundo do estômago; 5. insuflar o balão esofágico.
- b. 1. intubação orotraqueal; 2. inserir a sonda por uma narina; 3. insuflar balão esofágico; 4. insuflar o balão gástrico; 5. tracionar o balão gástrico contra o fundo do estômago.
- c. 1. inserir sonda pela boca; 2. insuflar balão gástrico; 3. tracionar o balão gástrico contra o fundo do estômago; 4. insuflar o balão esofágico; 5. intubação orotraqueal.
- d. 1. inserir a sonda pela boca; 2. insuflar o balão esofágico; 3. intubação orotraqueal; 4. insuflar o balão gástrico; 5. tracionar o balão gástrico contra o fundo do estômago.

25. Assinale a alternativa que correlaciona hipótese clínica, teste indicado na abordagem inicial e resultado positivo (compatível com a hipótese), na investigação de quadro de diarreia crônica.

	Hipótese Clínica	Teste	Resultado
a.	Retocolite Ulcerativa	Calprotectina Fecal	90 mcg/g de fezes
b.	Intolerância à Lactose	Teste H ₂ expirado após sobrecarga com Lactose	Delta H ₂ <18
c.	Doença de Crohn	Trânsito Intestinal (exame contrastado com bário)	Estenose de segmentos do intestino delgado.
d.	Insuficiência pancreática	Elastase Fecal	500 mcg/g

26. Homem, 25 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn há cinco anos, acometimento colônico, em uso de Anti-TNF há dois anos com bom controle da doença. Retorna sem queixas e colonoscopia recente com remissão endoscópica. Paciente deseja atualizar sua vacinação e pede sua orientação. **QUAL VACINA NÃO DEVE SER REALIZADA?**

- Vacina conjugada quadrivalente (ACWY) para Meningococo.
- Vacina dupla adulto (Tétano e Difteria).
- Vacina tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola).
- Vacina HPV 4 (sorotipos 6,11,16 e 18).

27. Mulher, 35 anos, com quadro de dor em queimação epigástrica relacionada às refeições, há dois meses. Nega perda de peso, nega sintomas noturnos. Relaciona o quadro com problemas familiares. Nega comorbidades, não faz uso regular de medicação. Exame físico sem alterações. **QUAL SUA CONDUTA?**

- Tratamento com inibidor de bomba de prótons em dose dobrada por pelo menos 4 semanas.
- Teste respiratório com ureia marcada com carbono 13.
- Endoscopia Digestiva Alta com pesquisa de H. pylori.
- Sorologia para H. pylori.

28. QUANDO REPETIR A COLONOSCOPIA, APÓS POLIPECTOMIA TECNICAMENTE ADEQUADA?

	Achado na Colonoscopia	Repetir exame em:
a.	Um pólipó sésil serrilhado, 20mm, ressecado em dois fragmentos	6 meses
b.	Um adenoma tubular de baixo grau, 15 mm	5 anos
c.	Um adenoma com displasia de alto grau, 10 mm	1 ano
d.	Um adenoma túbulo-viloso de baixo grau	1 ano

29. São diversos os cenários de urgência na gastroenterologia. **ASSINALE A ALTERNATIVA EM QUE O TRATAMENTO PROPOSTO ESTÁ CORRETO PARA A SITUAÇÃO DESCRITA.**

- a. Ingestão intencional de substância cáustica. Suporte respiratório, ressuscitação volêmica, analgesia, sonda nasointestinal, solicitar endoscopia digestiva.
- b. Hematêmese com instabilidade hemodinâmica. Intubação orotraqueal, ressuscitação volêmica, angiografia para embolização do vaso sangrante.
- c. Impactação de bateria no esôfago. Intubação orotraqueal, ressuscitação volêmica, antibiótico, endoscopia digestiva após jejum de 8 horas.
- d. Melena. Glasgow-Blatchford =5. Ressuscitação volêmica, inibidor de bomba de prótons, endoscopia digestiva após jejum de 8 horas.

30. Homem, 68 anos, admitido por melena. Hemoglobina=7,0g/dL. Antecedente: infarto agudo do miocárdio há um ano, faz uso duplo antiagregação plaquetária (AAS + Clopidogrel). Após ressuscitação volêmica e medidas clínicas iniciais, foi submetido à endoscopia digestiva: gastrite enantematosa leve; e colonoscopia: dois pólipos de 0,3 cm, ressecados com pinça de biópsia. Anátomo-patológico: adenomas com displasia de baixo grau. **SOBRE ESTE CASO QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (DE ACORDO COM O AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY) E A CONDUTA SEGUINTE?**

- a. Trata-se de um quadro de sangramento digestivo obscuro. Está indicada enteroscopia por via oral.
- b. Trata-se de um caso suspeito para hemorragia digestiva média. Está indicado exame de imagem do intestino delgado (enterotomografia).
- c. Trata-se de um quadro de sangramento digestivo obscuro. Está indicada cápsula endoscópica.
- d. Trata-se de suspeita de Doença de Crohn. Está indicada a enterorressonância.

Valores de referência

Hemoglobina	Homem: 14 a 16g/dL Mulher: 12 a 14 g/dL
Leucócitos	4.000 a 10.000/mm ³
Plaquetas	150.000 a 450.000/mm ³
Bilirrubina	Direta < 0,3mg/dL Total=0,3 a 1,2 mg/dL
AST (TGO)	< 35UI/L
ALT (TGP)	< 35UI/L
Fosfatase alcalina	36 a 150UI/L
gamaGT	8 a 78UI/L
Ferro	60 a 160mcg/dL
Ferritina	30 a 300ng/dL
TIBC	250 a 460mcg/dL
Colesterol	150 a 199mg/dL
HDL	≥ 40mg/dL
LDL	≤ 130mg/dL
Triglicérides	≤ 150mg/dL
Creatinina	H: < 1,2mg/dL; mulher < 0,8mg/dL
Ureia	17 a 48mg/dL
Sódio	132 a 146 mEq/L
Potássio	3,7 a 5,4mEq/L
Glicose	60 a 99 mg/dL
Albumina	3,5 a 5,2g/dL