

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL

GASTROENTEROLOGIA R3

COM ÊNFASE EM DOENÇAS DO FÍGADO

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Gastroenterologia

1

A doença de Wilson é uma doença autossômica recessiva rara causada por mutações genéticas, levando ao acúmulo anormal de cobre no fígado, cérebro, córnea e outros órgãos.

Assinale a opção, entre as abaixo, mais compatível com esse diagnóstico.

- (A) Cobre sérico de 70 mcg/dL.
- (B) Ceruloplasmina abaixo de 20 mg/dL.
- (C) Nível de cobre urinário acima de 20 mcg/dL.
- (D) Sequenciamento genético exibindo variante do gene ATP7A por NGS.
- (E) Concentração de cobre hepático de 15 microgramas por grama (mcg/g) de peso seco.

2

Helicobacter pylori é um patógeno relacionado a várias doenças do aparelho digestivo.

Em relação à sua epidemiologia, à patogenicidade e ao tratamento segundo os consensos de Maastrich VI e Kyoto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Todos os pacientes devem ser erradicados segundo o consenso global de Kyoto.
- (B) A despeito do tratamento antibiótico do *H. pylori* nas últimas décadas o padrão de resistência não se alterou.
- (C) Segundo o VI consenso de Maastrich, não existe benefício na erradicação do *H. pylori* em pacientes com deficiência de B12.
- (D) Endoscopia digestiva alta deve ser sempre realizada, mesmo em pacientes jovens portadores de dispepsia em área de baixa prevalência do *pylori*.
- (E) O tratamento de escolha é o esquema tríplice combinando um inibidor da bomba de prótons (IBP) (como omeprazol), amoxicilina e claritromicina, tomadas duas vezes por dia por 7 dias.

3

Paciente, 35 anos, chega à emergência após episódio de hematêmese e melena. Endoscopia digestiva alta revela úlcera duodenal com sangramento ativo em gotejamento.

A classificação de Forrest para esse paciente é

- (A) Forrest IA.
- (B) Forrest IB.
- (C) Forrest 2A.
- (D) Forrest 2B.
- (E) Forrest 2C.

4

Homem, 40 anos, refere dor abdominal em mesogástrico que se irradia para o dorso associada a vômitos e hiperamilasemia. Tomografia computadorizada abdominal revela aumento difuso do pâncreas com extensão ao processo inflamatório peripancreático e sugestão de necrose pancreática de 60% após a injeção do contraste.

Nesse caso, de acordo com a classificação radiológica de Balthazar, essa pancreatite aguda é classificada como

- (A) leve.
- (B) grave.
- (C) moderada.
- (D) gravíssima.
- (E) inespecífica.

5

Homem, 37 anos, apresentando edema dos membros inferiores e periorbitário associado a ascite. Ritmo cardíaco regular em 2 t, jugulares colabadas, maciez de flanco e maciez móvel de decúbito. Paracentese revela GASA 0.9. IGRA negativo. Amilase 80 U/l. Proteínas totais soro 2,3 g/dL.

O seguinte diagnóstico é o mais provável para o caso:

- (A) ascite pancreática.
- (B) síndrome nefrótica.
- (C) insuficiência cardíaca.
- (D) tuberculose peritoneal.
- (E) carcinomatose peritoneal.

6

Os cinco sinais clínicos presentes na pêntade de Reynolds são

- (A) febre com calafrios, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e vômitos.
- (B) cefaleia, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.
- (C) febre com calafrios, icterícia, colúria, hipertensão arterial e alteração do estado mental.
- (D) febre com calafrios, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.
- (E) febre com calafrios, icterícia hemolítica, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.

7

Homem, 42 anos, comerciante procura assistência médica devido a fadiga persistente, hiporexia e icterícia. Negava uso de drogas IV, álcool, transfusão ou viagens recentes. Refere contato sexual desprotegido com múltiplas parceiras no passado.

Ao exame, se encontra icterico +/4, fígado palpado a 2 cm abaixo do RCD, sem ascite ou esplenomegalia. HBsAg positivo, HBeAg negativo, anti-HBe positivo, anti-HBc IgG positivo, anti-HBcIgM negativo, HBV DNA 10⁷ U/l TGO 150 U/l TGP 120 U/l.

A melhor opção para o quadro do paciente é

- (A) hepatite B aguda.
- (B) vacinação contra o VHB.
- (C) portador assintomático VHB.
- (D) hepatite B crônica vírus selvagem.
- (E) hepatite B crônica mutante pré-core.

8

Mulher, 65 anos, atendida na emergência com dor torácica e episódios de disfagia intermitente. Esofagograma realizado no dia seguinte mostra divertículo esofageano nos 5 cm distais do esôfago. Manometria revela ondas peristálticas de elevada amplitude em esôfago distal (média igual ou superior a 180 mm Hg) e relaxamento normal do EEI.

O diagnóstico mais provável para a clínica apresentada pela paciente é

- (A) acalasia.
- (B) disfagia lusória.
- (C) divertículo de Zenker.
- (D) esôfago em quebra nozes.
- (E) espasmo esofageano difuso.

9

Um paciente de 68 anos, sexo masculino, é submetido à cirurgia de ressecção de um tumor em cólon sigmoide.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revela um adenocarcinoma que invade a serosa, mas não perfura o peritônio visceral. Foram identificados linfonodos metastáticos em 3 dos 15 linfonodos regionais ressecados. Não há evidência de metástases a distância nos exames de imagem pré-operatórios e nem durante o intraoperatório.

Com base nesses achados, a classificação TNM e o estágio tumoral do paciente são:

- (A) T4b N2a M0 – Estádio IIIC.
- (B) T4a N1b M0 – Estádio IIIB.
- (C) T4a N1a M0 – Estádio IIIA.
- (D) T3 N1 M0 – Estádio IIB.
- (E) T4a N1 M0 – Estádio IIIA.

10

Paciente do sexo feminino, 33 anos, portadora de retocolite ulcerativa (RCU) com diagnóstico há 8 anos, encontra-se em terapia imunobiológica com infliximabe guiada por monitorização terapêutica de nível sérico na dose padrão de 5 mg/kg a cada 2 meses. Relata ter feito uso prévio de mesalazina e azatioprina.

No momento, encontra-se assintomática e com exames laboratoriais normais, a se incluir uma dosagem de calprotectina fecal de 25 mcg/g (valor de referência < 50 mcg/g). Ultrassonografia abdominal normal. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer colorretal. Realiza colonoscopia a pedido de seu médico assistente, que foi completa, até o íleo distal, com preparo intestinal adequado (Escala de Boston: 9), apresentando remissão endoscópica (subscore endoscópico de Mayo: 0).

Exame histopatológico dos segmentos examinados apresenta apenas atividade inflamatória leve em reto, inespecífica, sem sinais de displasia ou outras informações pertinentes. Demais segmentos com análise histopatológica normal.

Baseado nessas informações, conforme os *guidelines* da *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO), o tempo adequado de repetição do exame para essa paciente é de

- (A) 6 meses.
- (B) 1 ano.
- (C) 2 anos.
- (D) 3 anos.
- (E) 5 anos.

11

Paciente de 55 anos, sexo masculino, procura atendimento com queixas de disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 5 anos, regurgitação alimentar noturna e perda de peso significativa.

A manometria esofágica de alta resolução revela aperistalse no corpo do esôfago e relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (EEI). A radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno evidencia uma grande dilatação esofágica, com calibre superior igual a 8 cm e sem tortuosidades.

Com base no quadro clínico e nos achados radiológicos, a classificação de Rezende para o caso descrito é

- (A) Grau I.
- (B) Grau II.
- (C) Grau III.
- (D) Grau IV.
- (E) Esôfago em “saca-rolhas”.

12

Uma paciente de 35 anos com doença de Crohn íleo-cólica moderada/grave foi iniciada em tratamento com adalimumabe. Após 12 meses de tratamento com boa resposta intestinal, ela desenvolve um quadro de psoríase em placas grave e extensa no tronco e membros, que não responde ao tratamento tópico. A paciente não tinha histórico prévio de psoríase. A biópsia de pele confirma o diagnóstico de psoríase.

Diante do caso clínico apresentado, a melhor opção terapêutica para essa paciente, entre as listadas a seguir, é

- (A) substituir por outro inibidor de fator de necrose tumoral (anti-TNF), como o Infliximabe.
- (B) iniciar metotrexato e manter o adalimumabe, ajustando a dose.
- (C) suspender o adalimumabe e iniciar tratamento com medicação anti-integrina (vedolizumabe).
- (D) substituir o adalimumabe por uma droga inibidora de IL23/CD64 (guselcumabe).
- (E) iniciar upadacitinibe, um inibidor de JAK1.

13

Uma paciente de 62 anos, com histórico de dores abdominais recorrentes nos últimos 6 meses, é submetida a uma íleo-colonosopia completa.

O exame revela a presença de múltiplos divertículos (mais de 15) no cólon sigmoide, descendente, transverso e ascendente. Além disso, o endoscopista descreve espasticidade em cólon sigmoide, associada a eritema e edema na mucosa adjacente de alguns óstios diverticulares. Também se observam algumas áreas de erosão esparsas. Não há sinais de sangramento ativo, perfuração ou fistulas.

Com base nesses achados e na Classificação DICA (*Diverticular Inflammation and Complication Assessment*), o estadiamento correto para essa paciente é

- (A) DICA: 0.
- (B) DICA: 1.
- (C) DICA: 2.
- (D) DICA: 3.
- (E) DICA: 4.

14

Na sala de parto de um hospital de grande porte, um pediatra presta assistência a um recém-nascido a termo com 3.100 kg, 49 cm, Apgar 4 no primeiro minuto e 3 segundos.

O profissional observa que o neonato está cianótico hiperpneico, o abdômen é escafoide, abolição do frêmito toracovocal à esquerda, desvio do *ictus cordis* para a direita. O RX de tórax revela a presença de alças intestinais no hemitórax esquerdo e desvio da silhueta cardíaca para direita.

Assinale a opção diagnóstica mais provável para o caso.

- (A) Hernia de Morgagni.
- (B) Hernia de Bochdalek.
- (C) Hérnia por rolamento.
- (D) Hérnia hiatal por deslizamento.
- (E) Síndrome da membrana hialina.

15

Paciente, 78 anos, natural do Rio de Janeiro, apresenta dificuldade de deglutição. Endoscopia digestiva alta sem alteração estruturais. Exame baritado do esôfago revela ondas terciárias, aperistalse e redução do relaxamento do EEI com as deglutições.

Esse relato indica

- (A) megaesôfago.
- (B) presbioesôfago.
- (C) anel de Schatzki.
- (D) doença do refluxo.
- (E) disfagia cricofaríngea.

16

Homem, branco, 43 anos, natural de Goiás, pedreiro, atendido no ambulatório queixando-se de palpitação, dispneia aos esforços e desconforto precordial. Nos últimos seis meses, vinha apresentando dificuldade para deglutir, sintoma que se acompanhava de plenitude pós-prandial, eructações e constipação intestinal (algumas vezes passava toda semana sem evacuar). Emagreceu 10 kg nesse período.

Nas últimas quatro semanas, acordou no meio da noite duas vezes sufocado. HPP- doença febril na infância sendo hospitalizado em sua cidade natal (desconhece o diagnóstico). Pneumonia há quatro anos. HFS- nunca bebeu ou fumou. Morava em casa de madeira em Goiás, sem água encanada. Atualmente mora em São Gonçalo – RJ, em casa de tijolo com água encanada. Exame físico: fácies de doença crônica, emagrecido, hipertrofia da parótida, hipocorado +/4, eupneico, PA 110-80 mm Hg, FC 104 bpm, FC 22 irpm, TAX 37 °C, pulso irregular, tórax atípico, ictus sétimo EICE, 3 polpas digitais, linha axilar anterior, MV audível universalmente, crepitações inspiratórias iniciais nas bases pulmonares, abdômen atípico, flácido, indolor, fígado 1 dedo do RCD, hepatimetria 10 cm, traube livre, MMIIss- sem alterações.

Baseado nesses dados, o teste mais sensível para o diagnóstico etiológico do caso é

- (A) a hemocultura.
- (B) o xenodiagnóstico.
- (C) a reação de machado guerreiro.
- (D) a endoscopia digestiva alta com biópsia.
- (E) ELISA para detecção de anticorpos IgG específicos contra o *Trypanosoma cruzi*.

17

Nos portadores de cirrose hepática, independentemente da etiologia, a melhor vigilância para hepatocarcinoma é feita por intermédio dos seguintes exames seriados:

- (A) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 3 meses.
- (B) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (C) ultrassonografia abdominal e alfafetoproteína a cada 12 meses.
- (D) fosfatase alcalina, gamaglutamil transpeptidase e transaminases semelhantes.
- (E) tomografia abdominal computadorizada + CEA (antígeno carcino-embrionário) a cada seis meses.

18

Uma mulher de 48 anos procurou o ambulatório de gastroenterologia queixando-se de pirose associada a disfagia intermitente para sólidos não progressiva nos últimos 8 meses. Trazia uma endoscopia digestiva alta feita cinco anos antes, a qual revelava múltiplas erosões em mais de uma prega esofageana longitudinal.

Esse exame demonstrou ainda que a junção escamocolunar (JEC) se localizava 30 mm acima do pinçamento diafragmático. Na época, fez uso de ranitidina 300 mg duas vezes ao dia por 60 dias e elevação de cabeceira da cama com melhora sintomática. Uma nova endoscopia alta demonstrou, além dos achados anteriores, a presença de anel esofageano próximo JEC.

Baseado nos dados fornecidos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (B) A paciente tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (C) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau I.
- (D) A paciente não tratou corretamente e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau II.
- (E) A paciente não tratou corretamente, a despeito do resultado terapêutico ruim, e sua endoscopia de cinco anos atrás era compatível com a classificação de Savary Miller modificada grau III.

19

Uma mulher de 47 anos foi internada para investigação de vários episódios de palidez e cianose seguidos de hiperemia das mãos. Vinha queixando-se, nos últimos oito meses, de dores nos punhos, tornozelos, joelhos e cotovelos e mãos inchadas. Referia também queimação retroesternal e sensação de “parada do alimento no esôfago”.

Ao exame: paciente hipocorada +/4, eupneica, presença de telangectasias na face e discreta microstomia. Havia edema das mãos e alterações da pigmentação da pele (lesões tipo vitiligo). Uma endoscopia realizada há 3 meses demonstrou erosões confluentes a partir do 1/3 distal do esôfago com discreta redução da luz do órgão. A paciente começou a fazer uso de ranitidina com melhora temporária do seu quadro clínico.

Assinale a opção que seria mais compatível com a manometria esofageana desse paciente.

- (A) Redução gradual na pressão do EES conduzindo.
- (B) Aperistalse do corpo esofageano e pressão basal do EEI aumentada.
- (C) Aperistalse do 1/3 distal do esôfago e pressão basal do EEI reduzida.
- (D) Contrações de alta amplitude, simultâneas no corpo do esôfago em pelo menos 20% das deglutições.
- (E) Aperistalse intermitente do esôfago estriado e relaxamentos parciais do EEI.

20

Um homem de 58 anos com passado de ingesta de 200 gramas de álcool há cerca de 30 anos, portador de asma brônquica, foi admitido na emergência com sangramento digestivo alto manifestado por hematêmese. Ele já possuía um diagnóstico anterior histopatológico de cirrose feito há seis anos, época em que se internou para esclarecimento de hepatomegalia e elevação de aminotransferases.

Após as medidas iniciais de estabilização cardiorrespiratória, foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou a presença de varizes esofágicas azuladas, com sinal da cor vermelha presente e em grande número, de grosso calibre maior que 1/3 da luz, tortuosas, a partir de terço proximal, sem esofagite e com varizes gástricas em cárdia.

Segundo a Sociedade Japonesa de Pesquisa em hipertensão portal, a classificação mais apropriada para as varizes quanto à cor e forma seria

- (A) Cw + F1.
- (B) Cb + F2.
- (C) Cw + F3.
- (D) Cb + F1.
- (E) Cb + F3.

21

Um homem de 43 anos, pedreiro, procurou assistência médica queixando-se de dor epigástrica em queimação, plenitude pós-prandial, fadiga e episódios diarreicos. A dor muitas vezes o despertava de madrugada melhorando com a alimentação e a ingestão de alcalinos. Emagreceu cerca de 5 kg desde o início da dor, há 2 meses. Submetido a endoscopia digestiva alta que revelou duas úlceras A2 Sakita na parede anterior do bulbo duodenal de cerca de 10 mm e uma terceira úlcera no antro de cerca de 8 mm. O teste rápido da urease foi negativo e os seis fragmentos colhidos das bordas da lesão ulcerada gástrica foram negativos para malignidade. O paciente não fazia uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), não bebia ou fumava. Tomografia abdominal revela massa de 2 cm na porção cefálica do pâncreas.

Baseado nos dados fornecidos e na principal hipótese diagnóstica, a melhor abordagem diagnóstica é

- (A) solicitar CA 19-9 e elastase fecal.
- (B) solicitar Cálcio, Ecoendoscopia e IgG4.
- (C) solicitar gastrina sérica e octreoscan.
- (D) solicitar RMN abdominal, CA 19-9 e CEA.
- (E) realizar teste respiratório do C14 para pesquisa do *H. pylori*.

22

Paciente masculino, 27 anos, previamente hígido, apresenta disfagia progressiva para sólidos, impactação alimentar recorrente e episódios de dor torácica não cardíaca.

Endoscopia digestiva alta mostra anéis esofágicos concêntricos e estrias longitudinais. Biópsias revelam infiltração com mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) doença do refluxo gastroesofágico refratária.
- (C) acalasia.
- (D) esofagite infecciosa por *candida*.
- (E) neoplasia de esôfago.

23

Paciente do sexo masculino, 33 anos, previamente assintomático, relata episódios esporádicos de hematoquezia ("sangue está pingando no vaso sanitário ao final da evacuação"), sem proctalgia, sem diarreia, sem muco ou pus nas fezes. Nega perda ponderal e dores abdominais. Nega comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer colorretal.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes por imunocromatografia.
- (B) solicitar colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal.
- (C) realizar exame proctológico completo.
- (D) solicitar retossigmoidoscopia flexível.
- (E) solicitar calprotectina fecal.

24

Paciente do sexo masculino, 38 anos, com história de doença de Crohn ileocecal diagnosticada há 10 anos. Evoluiu com estenoses cicatríciais e episódios de suboclusão intestinal, sendo submetido a íleo-colectomia direita com anastomose íleo-transversa há 14 meses. Retorna à consulta com dor abdominal intermitente, diarreia (> 6 episódios-dia) e perda ponderal. Está em uso de terapia imunobiológica com anti-TNF associada a imunossupressor (azatioprina). Seu médico assistente solicita colonoscopia, que mostra:

- anastomose íleo-transversa prévia, sem estenose;
- segmento de neo-íleo distal com múltiplas úlceras aftoides, algumas isoladas e outras em pequenos grupos (total estimado: 6-7); uma úlcera curta (entre 1 e 2 cm) confinada à anastomose; mucosa normal entre as ulcerações; ausência de inflamação difusa extensa.

Com base nesses achados, o escore de Rutgeerts mais adequado para classificar esse paciente é

- (A) Rutgeerts: i0.
- (B) Rutgeerts: i1.
- (C) Rutgeerts: i2.
- (D) Rutgeerts: i3.
- (E) Rutgeerts: i4.

25

Paciente feminina, 26 anos, apresenta fadiga crônica, desconforto abdominal pós-prandial e episódios esporádicos de diarreia, sem perda ponderal significativa. Tem histórico de anemia ferropriva refratária a suplementação oral.

Exames recentes mostram:

- Hemograma: anemia ferropriva.
- Sorologias: anticorpos transglutaminase tecidual IgA e anti-endomísio IgA negativos, mas paciente possui deficiência seletiva de IgA documentada.
- Endoscopia digestiva alta: mucosa duodenal levemente irregular, pregas parcialmente achatadas, sem erosões visíveis.
- Biópsia duodenal: linfocitose intraepitelial discreta, hiperplasia das criptas, atrofia vilosa parcial em algumas áreas.

Considerando o caso clínico, a conduta diagnóstica mais adequada é

- (A) iniciar dieta sem glúten empiricamente.
- (B) considerar doença de Crohn duodenal e solicitar colonoscopia.
- (C) revisar medicamentos e investigar enteropatia induzida por fármacos.
- (D) diagnosticar como Síndrome do Intestino Irritável e orientar dieta geral.
- (E) realizar dosagem de anticorpos IgG anti-transglutaminase ou antipeptídeo desaminado de gliadina e avaliar histologia para o diagnóstico de doença celíaca.

26

Um paciente de 42 anos, com histórico de obesidade e apneia obstrutiva do sono, apresenta queixas de sonolência diurna excessiva e dificuldade para controlar a ingestão alimentar, especialmente à noite. Ele relata que acorda várias vezes durante a noite e sente fome mesmo após refeições completas.

Exames laboratoriais mostram:

- leptina sérica elevada;
- grelina plasmática aumentada;
- resistência à insulina leve;
- perfil lipídico com triglicérides discretamente elevados.

Considerando o caso descrito, assinale a opção que melhor explica a interação entre os hormônios reguladores do apetite e a qualidade do sono do paciente.

- (A) A leptina elevada indica supressão do apetite, mas a resistência leptínica periférica impede que esse efeito ocorra, contribuindo para a hiperfagia noturna e a fragmentação do sono.
- (B) A grelina aumentada reflete adequação do apetite, melhorando a qualidade do sono, já que promove liberação de GH durante a noite.
- (C) A fragmentação do sono diminui a leptina e aumenta a grelina, criando um ciclo de hiperfagia diurna e redução do sono REM.
- (D) A resistência à insulina leva a queda da leptina, que por sua vez aumenta a grelina, melhorando a eficiência do sono e reduzindo a fome noturna.
- (E) O aumento simultâneo de leptina e grelina indica uma resposta compensatória normal ao jejum prolongado, sem impacto relevante na ingestão alimentar ou no sono.

27

Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta perda ponderal de 12 kg em 3 meses, anorexia e epigastralgia. Endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada na pequena curvatura gástrica, com bordas elevadas e infiltradas. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico. O paciente é submetido a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.

O anatomopatológico revela:

- tumor de 4,2 cm infiltrando até a subserosa (pT3);
- metástase em 4 linfonodos regionais (pN2);
- ausência de metástases à distância (pM0).

O estadiamento patológico (pTNM, AJCC 8ª edição) desse paciente é

- (A) Estádio IIB.
- (B) Estádio IIIA.
- (C) Estádio IIIB.
- (D) Estádio IIIC.
- (E) Estádio IV.

28

Paciente do sexo feminino, 27 anos, com quadro de dor abdominal epigástrica que evoluiu com migração para fossa ilíaca direita há cerca de 8 horas, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Nega febre.

Ao exame físico, apresenta dor à descompressão de fossa ilíaca direita, sem dor à compressão ou defesa abdominal. Exames laboratoriais mostram leucocitose sem desvio à esquerda.

Considerando a possibilidade diagnóstica de apendicite aguda, o escore de Alvarado dessa paciente é

- (A) 3.
- (B) 4.
- (C) 5.
- (D) 6.
- (E) 7.

29

Paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades, procura atendimento com queixa de pirose 3 a 4 vezes por semana, geralmente após refeições gordurosas. Não apresenta regurgitação noturna ou disfagia. Uso intermitente de antiácido traz alívio parcial. Endoscopia digestiva alta recente é normal. pHmetria de 24 horas mostra índice de refluxo (DeMeester) = 12 (normal < 14,7), com correlação sintoma-refluxo positiva (número de sintomas associados a episódios ácidos = 75%). Manometria esofágica com esfíncter esofágico inferior (EEI) com pressão normal, peristaltismo preservado, relaxamento completo do EEI durante a deglutição.

O diagnóstico mais provável é

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) refluxo gastroesofágico não erosivo (DRGE não erosiva).
- (C) doença do refluxo gastroesofágico erosiva (DRGE erosiva).
- (D) refluxo fisiológico com hipersensibilidade esofagiana.
- (E) acalásia.

30

Uma mulher de 50 anos foi submetida a um exame endoscópico alto para investigação de plenitude pós-prandial. O endoscopista observou a presença de uma erosão plana de cerca de 25 mm na região do antro, grande curvatura, classificada como IIc pela Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva.

A biópsia revelou adenocarcinomas diferenciados com profundidade de invasão T1a e ausência de ulceração ou invasão linfo vascular. Ausência de *Helicobacter pylori* na biópsia. A paciente apresentava bom estado geral, PA 110-80 mm Hg, corada, RCR 2T, abdômen flácido, fígado e baço impalpáveis. Presença de placas com papilas aveludadas hiper pigmentadas no pescoço e axila. As enzimas hepáticas eram normais e uma TC abdominal foi considerada normal.

A partir do exposto, a melhor conduta terapêutica, levando em consideração a qualidade de vida, é

- (A) gastrectomia subtotal.
- (B) gastrectomia subtotal + quimioterapia.
- (C) dissecação endoscópica da mucosa (EMR).
- (D) dissecação endoscópica da submucosa (ESD).
- (E) gastrectomia total com dissecação linfonodal.

ATENÇÃO: o caso a seguir refere-se às duas próximas questões.

Homem, 50 anos, fadiga, astenia, artralguas, impotência sexual, insuficiência pancreática e escurecimento da pele. EDA exhibe varizes de esôfago. Laboratório exhibe elevação do ferro e da ferritina. Iniciadas flebotomias terapêuticas.

31

O marcador mais sensível para essa condição é

- (A) o ferro.
- (B) a ferritina.
- (C) a ferroportina.
- (D) a saturação da transferrina.
- (E) a capacidade total de ligação do ferro.

32

A mutação do gene HFE mais frequentemente encontrada nessa condição é

- (A) H63D.
- (B) TFR2.
- (C) C282Y.
- (D) HAMP.
- (E) SLC40A1.

33

Paciente, 28 anos, sueco, viajará para o Rio de Janeiro e permanecerá por 15 dias em dezembro. Seus exames mostram anti-HVA positivo, HBsAg negativo anti-HBc positivo e anti-HBs positivo.

Em relação à profilaxia da transmissão das hepatites virais, a conduta mais adequada seria

- (A) vacina contra hepatite B.
- (B) gamaglobulina apenas contra hepatite A.
- (C) gamaglobulina para proteção contra hepatite A.
- (D) vacina e gamaglobulina hiperimune contra A e B.
- (E) apenas tomar medidas de proteção contra exposição percutânea/permucosa.

34

Paciente HBsAg negativo, Anti-HBc negativo, HBeAg negativo, Anti-HBs positivo, Anti-VHC positivo.

Assinale a opção que melhor caracteriza a situação clínica desse paciente.

- (A) Hepatite B e C crônica.
- (B) Contato prévio com B e C.
- (C) Vacinado contra Hepatite B e C.
- (D) Hepatite C crônica e vacinado contra B.
- (E) Contato prévio com B e Hepatite C crônica.

35

Um homem de 43 anos foi atendido na emergência queixando-se de dor epigástrica de forte intensidade, início súbito, associada a vários episódios de vômitos alimentares. O paciente era portador de hipertensão arterial fazendo uso de 40 mg de furosemida ao dia e bebia cerca de 4 garrafas de cerveja em média nos finais de semana. O paciente se encontrava lúcido, taquicárdico e taquipneico. TAX 37,8 °C, PA 140-80 mm Hg, FR 36 irpm, FC 110 bpm. O abdômen era hipertimpânico, extremamente doloroso à palpação em mesogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Havia diminuição do frêmito toracovocal na base pulmonar esquerda.

Os exames laboratoriais mostravam: leucometria 15000 Hto 38%, glicemia 180 mg/dL, TGO 80, TGP 60, creatinina 4 mg/dL, amilase 500 U/l, triglicerídeos 1200 mg/dL. O paciente foi internado e acompanhado na clínica médica. Cerca de oito semanas após, seu exame revelava uma massa em mesogástrico e novo exame laboratorial revelava leucometria 8000 HTO 40%, glicemia 140 mg/dL, TGO 38, TGP 36, creatinina 2,1 mg/dL, amilase 440 U.

De acordo com esses dados, assinale a melhor opção com relação ao diagnóstico e a complicação apresentada.

- (A) Pancreatite aguda alcoólica e cistoadenoma pancreático.
- (B) Pancreatite aguda pela furosemida e abscesso pancreático.
- (C) Pancreatite aguda alcoólica e adenocarcinoma pancreático.
- (D) Pancreatite aguda por hipertrigliceridemia e pseudocisto de pâncreas.
- (E) Pancreatite aguda pela furosemida e neoplasia cística mucinosa pancreática.

36

Considere as seguintes condições:

- () pseudopólipos
- () apendicetomia tem efeito "protetor"
- () Cobblestone
- () eritema nodoso
- () câncer de cólon

Associe o número (1) para retocolite ulcerativa e o número (2) para doença de Cronh. Leve em consideração que algumas das condições abaixo podem ocorrer nas duas doenças, mas apresentam maior prevalência em uma das duas.

Assim, a associação correta, na ordem apresentada, é:

- (A) 1 – 2 – 2 – 2 – 1.
- (B) 1 – 2 – 2 – 1 – 1.
- (C) 2 – 1 – 2 – 2 – 1.
- (D) 1 – 1 – 2 – 1 – 1.
- (E) 1 – 1 – 2 – 2 – 1.

37

Um homem de 46 anos é atendido na emergência queixando-se de fezes volumosas e fétidas associadas à presença de muitos gases nos últimos seis meses. Nos últimos 10 anos, apresentara dor abdominal intermitente localizada em mesogástrio com irradiação para as costas, piorando com as refeições. Nos últimos anos, a dor se tornou mais branda. Perdeu cerca de 15 kg durante a evolução da dor. Bebe desde os 15 anos, cerca de 60 g de álcool/dia.

O exame físico revela um paciente emagrecido, algumas telangectasias no tórax. Eritema palmar. Fígado palpado seis dedos abaixo do RCD, borda romba. TGO 220 (até 37), TGP 180, amilase 280 U, Somogy (até 180), ácido metilmalônico na urina normal, glicose 105 mg/dL, ácido fólico 6 ng/mL (acima de 3,9 ng/mL), Hto 41%, VCM 101 (80-100), fl leucometria 6800, morfologia normal, plaquetas 200000. RX simples de abdome mostrando calcificações na topografia do mesogástrio. US com pâncreas esclero atrofico, Wirsung dilatado, presença de cálculos na vesícula biliar.

Esses dados sugerem os diagnósticos de

- (A) pancreatite biliar crônica e hepatopatia alcóolica.
- (B) pancreatite biliar crônica e anemia megaloblástica.
- (C) pancreatite crônica alcóolica e anemia megaloblástica.
- (D) pancreatite crônica calcificada alcóolica e hepatopatia alcóolica.
- (E) pancreatite crônica (alcóolica e biliar) calcificada, hepatopatia alcóolica e anemia megaloblástica.

38

O principal mecanismo relacionado a pancreatite na hipertrigliceridemia é o(a)

- (A) mecanismo tóxico direto.
- (B) estímulo da secreção cloridopéptica.
- (C) estímulo imunológico levando a autoagressão do pâncreas.
- (D) obstrução dos ductos pancreáticos pela precipitação dos triglicerídeos.
- (E) quebra dos triglicerídeos pela lipase levando a lesão do endotélio vascular.

39

Assinale a melhor afirmativa em relação ao aparecimento do divertículo de Zenker.

- (A) Ocorre por uma possível constrição péptica.
- (B) Ocorre por fraqueza do ligamento frenoesofageano.
- (C) Ocorre por herniação da mucosa na altura do triângulo de Killian.
- (D) Ocorre por um aumento transitório do gradiente pressórico abdominotorácico.
- (E) Ocorre devido a destruição das fibras pós-ganglionares produtoras de óxido nítrico.

40

Em relação ao anel de Schatzki, é correto afirmar que

- (A) não há correlação entre o diâmetro do anel e o desenvolvimento de disfagia.
- (B) o quadro clínico geralmente se caracteriza por disfagia progressiva para sólidos.
- (C) o anel é frequentemente encontrado no esôfago médio, próximo ao arco aórtico.
- (D) a manometria esofageana deve ser realizada em situações onde a disfagia persista a despeito da dilatação com o intuito de identificar distúrbios motores.
- (E) embora sua etiologia não seja plenamente conhecida se acredita que possa ser resultante de uma constrição péptica secundária ao refluxo duodeno gástrico.

41

Paciente, 32 anos, submetido a exame endoscópico com preparo inadequado apresenta episódio de hematêmese que se seguiu ao esforço de vômito durante a introdução do aparelho.

A endoscopia alta realizada revela erosões não confluentes sobre prega esofágica isolada, uma laceração longitudinal de cerca de 2 cm na mucosa esofágica distal próximo a JEG com coágulo aderido e áreas de enantema no corpo gástrico.

A melhor opção em relação à etiologia do sangramento digestivo é

- (A) esofagite péptica.
- (B) úlcera de Dieulafoy.
- (C) síndrome de Mallory-Weiss.
- (D) lesão aguda da mucosa gastroduodenal.
- (E) gastrite endoscópica enantematosa do corpo.

42

Paciente de 52 anos, sexo masculino, relatando etilismo de 2 a 3 doses de bebida alcoólica por semana, sem comorbidades conhecidas. Relata que realizou transfusão sanguínea em 1991, após acidente automobilístico. Consulta apenas para realização de “exames de rotina”, sem queixas atuais. Refere apenas cansaço esporádico. Exame físico com bom estado geral, IMC 26, ausência de icterícia, circulação colateral ou ascite. Abdome com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, indolor e com consistência preservada. Não apresenta esplenomegalia.

Exames laboratoriais:

- ALT: 92 U/L (valor de referência: até 41 UL);
- AST: 85 U/L (valor de referência: até 40 U/L);
- GGT: 110 U/L (valor de referência: até 60 U/L);
- Bilirrubina total: 1,0 mg/dL (VR: até 1,2 mg/dL);
- Albumina: 4,0 g/dL (valor de referência: 3,5 – 5,0 g/dL);
- INR: 1,0;
- Plaquetas: 145.000 mm³ (valor de referência: 150.000 – 400.000/mm³);
- Sorologias: anti-HCV (reagente), HBsAg (não reagente), anti-HBs (reagente) e anti-HBc total (reagente);
- PCR-HCV (RNA viral): 1.200.000 UI/mL;
- Genótipo HCV: 1^a;
- Elastografia hepática (FibroScan): 12,5 kPa;
- Ultrassonografia de abdome: fígado de contornos regulares, parênquima heterogêneo, sem ascite ou lesões focais.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) apenas acompanhamento clínico, pois não há sinais de cirrose descompensada.
- (B) repetir RNA-HCV em 6 meses para confirmar infecção crônica.
- (C) iniciar tratamento com antivirais de ação direta.
- (D) realizar biópsia hepática, obrigatória antes de definir o tratamento.
- (E) indicar transplante hepático diante da fibrose avançada.

43

Mulher de 34 anos, previamente hígida, procura atendimento por dor abdominal difusa há 8 meses, associada a distensão abdominal e alteração de hábito intestinal, alternando episódios de diarreia e constipação. Relata melhora parcial dos sintomas após a evacuação. Nega febre, perda ponderal ou sangue nas fezes. História familiar negativa para doenças inflamatórias intestinais ou câncer colorretal.

Exame físico, abdome peristáltico, flácido, indolor e timpânico. Sem massas ou visceromegalias palpáveis. Exames laboratoriais com hemograma normal, PCR normal e calprotectina fecal de 120 mcg/g (valor de referência: < 50 mcg/g).

Considerando o quadro apresentado, a conduta mais adequada seria

- (A) iniciar tratamento sintomático para Síndrome do Intestino Irritável imediatamente, sem necessidade de novos exames.
- (B) solicitar colonoscopia imediata para descartar doença inflamatória intestinal.
- (C) repetir a calprotectina fecal em algumas semanas antes de definir conduta.
- (D) solicitar exames sorológicos para doença celíaca e iniciar dieta sem glúten.
- (E) iniciar corticoterapia para tratamento de colite microscópica.

44

Um homem de 52 anos chega ao pronto-atendimento com dor abdominal intensa na região epigástrica, irradiando para região dorsal, iniciada há cerca de 12 horas. Refere náuseas e vômitos. Há histórico de etilismo e colelitíase conhecida.

Ao exame, apresenta pressão arterial 110/70 mmHg, frequência cardíaca 102 bpm, temperatura 37,8 °C e sensibilidade marcada em epigástrio. Exames laboratoriais:

- Amilase: 480 U/L (valor de referência: < 100);
- Lipase: 650 U/L (valor de referência: < 60);
- PCR: 180 mg/L (valor de referência: < 5);
- Creatina: 1,2 mg/dL (valor de referência: 0,8 – 1,5 mg/dL).

Tomografia de abdome mostra aumento do pâncreas e líquido peripancreático, sem necrose evidente.

Dos critérios abaixo, assinale o que é considerado o principal fator de mau prognóstico na pancreatite aguda nesse caso.

- (A) Idade < 55 anos.
- (B) Hematócrito elevado > 44%.
- (C) Presença de cálculos biliares sem sintomas sistêmicos
- (D) Amilase < 3 vezes o valor normal.
- (E) PCR > 150 mg/dL nas primeiras 48 horas.

45

Paciente do sexo masculino, 48 anos, chega ao pronto-socorro com dor intensa em fossa ilíaca direita, náuseas e vômitos. Refere episódios prévios de dor pós-prandial em hipocôndrio direito. Nega febre. Exame físico com dor à palpação de hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, sem icterícia.

Exames laboratoriais:

- Leucócitos: 15.000/mm³ (valor de referência: 4000 – 11000/mm³);
- PCR: 12 mg/mL (valor de referência: < 5);
- Bilirrubina total: 1,4 mg/dL (valor de referência: 0,3 – 1,2 mg/dL).
- Fosfatase alcalina: 85 U/L (valor de referência: 40 – 150 U/L).

Ultrassonografia abdominal com vesícula distendida, paredes espessadas (5 mm), presença de cálculos e líquido pericolecístico.

De acordo com os critérios do *Guideline de Tokyo* para o diagnóstico da colecistite aguda, é considerado um critério diagnóstico:

- (A) dor em quadrante superior direito ou sensibilidade à palpação do quadrante superior direito.
- (B) vômitos pós-prandiais.
- (C) lama biliar visível pela ultrassonografia abdominal.
- (D) exame de imagem mostrando vesícula biliar com 2 mm de espessura de parede.
- (E) icterícia com aumento de bilirrubinas.

46

Paciente do sexo masculino, 62 anos, com histórico de dispepsia crônica, faz uso com relativa frequência de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Ele procura auxílio médico com queixa de hematêmese e melena recentes.

Exame físico sem alterações. Hemograma com anemia. Realizada endoscopia digestiva alta com identificação de úlcera gástrica em antro medindo 1,8 cm, base parcialmente coberta por coágulo, alguns restos hemáticos e sem sangramento ativo.

Considerando os achados endoscópicos, assinale a opção mais adequada ao caso.

- (A) Forrest Ia – tratamento endoscópico imediato.
- (B) Forrest IIa – tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons intravenoso, com endoscopia terapêutica.
- (C) Forrest IIb – tratamento endoscópico indicado associado a terapia medicamentosa apropriada.
- (D) Forrest III – apenas inibidor de bomba de prótons por via oral.
- (E) Forrest Ib – tratamento clínico inicial com monitoramento rigoroso.

47

Um estudo avaliou os efeitos de diferentes dietas em 30 voluntários adultos saudáveis. Os participantes receberam por QUATRO semanas uma dieta rica em fibras fermentáveis (como inulina, pectina e amido resistente).

No final do período, foram coletadas amostras de fezes e sangue para quantificação de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) produzidos pela microbiota intestinal no cólon. Os principais AGCC detectados foram acetato, propionato e butirato. Observou-se que:

- O acetato foi o AGCC mais abundante no cólon e circulante;
- O propionato apresentou maior captação hepática;
- O butirato foi associado a melhora da integridade da barreira intestinal e redução da inflamação local.

Com base nesse cenário, assinale a opção que melhor descreve a relação entre o tipo de AGCC, sua absorção/metabolismo e efeitos fisiológicos sistêmicos.

- (A) O acetato é utilizado principalmente pelo fígado como substrato para a gliconeogênese, enquanto o butirato é metabolizado pelos músculos esqueléticos para produção de energia.
- (B) O propionato é transportado pelo sangue até o fígado, onde atua como substrato para gliconeogênese, enquanto o butirato é preferencialmente utilizado pelos enterócitos do cólon como fonte energética.
- (C) O butirato circula livremente em altas concentrações no sangue e é o principal AGCC regulador da lipogênese hepática.
- (D) O acetato é utilizado exclusivamente pelas células intestinais, promovendo efeitos anti-inflamatórios locais, enquanto o propionato é eliminado pelas fezes sem efeito metabólico sistêmico.
- (E) O propionato atua diretamente nos tecidos periféricos como substrato energético, e o acetato é metabolizado prioritariamente pelos enterócitos para manutenção da barreira intestinal.

48

Paciente do sexo masculino, 54 anos, etilista crônico, com diagnóstico prévio de cirrose hepática, procura auxílio médico com aumento progressivo de volume abdominal, edema em membros inferiores e sonolência. Encontra-se icterico (++/4+). Abdome globoso com circulação colateral e ascite moderada. Edema (++) em membros inferiores. Presença de *flapping*. Exames laboratoriais:

- Bilirrubina total: 4,2 mg/dL (valor de referência até 1,2 mg/dL);
- Albumina: 2,3 g/dL (valor de referência: 3,5 – 5,0 g/dL);
- INR: 1,9 (valor de referência: 0,8 – 1,2);
- Creatinina: 0,9 mg/dL (valor de referência: 0,6 – 1,2 mg/dL);
- Sódio: 134 mEq/L (valor de referência: 135 – 145 mEq/L).

Com base no caso apresentado, o Child-Pugh e a conduta mais adequada para esse paciente são:

- (A) Child-Pugh A – manter acompanhamento ambulatorial e tratamento clínico.
- (B) Child-Pugh B – avaliar TIPS para ascite refratária; manter suporte clínico.
- (C) Child-Pugh B – indicar ressecção hepática segmentar.
- (D) Child-Pugh C – avaliação para transplante hepático; manejo de ascite e encefalopatia enquanto aguarda.
- (E) Child-Pugh C – apenas suporte paliativo sem considerar TIPS ou transplante.

49

Paciente do sexo masculino, 62 anos, assintomático, procura avaliação de rotina para rastreamento de câncer colorretal. Nega história familiar para neoplasias. Foi realizada colonoscopia, completa, até o íleo distal, com preparo adequado (Escala de Boston: 9), sendo identificado 1 pólipo pediculado, Paris 0-Ip, com polo cefálico medindo 1,5 cm e pedículo com 4 mm, localizado em cólon sigmoide, removido com alça diatérmica em peça única, sem intercorrências. Histopatológico revela adenoma viloso com displasia de alto grau com pedículo livre.

Conforme o *guideline* da *US Multi-Society Task Force*, o tempo recomendado para a repetição do exame nesse paciente é de

- (A) 1 ano.
- (B) 3 anos.
- (C) 5 anos.
- (D) 7 anos.
- (E) 10 anos.

50

Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista, procura atendimento com queixa de dispepsia crônica. Nega perda ponderal significativa, disfagia ou vômitos persistentes. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, que revelou gastrite atrófica multifocal leve, sem lesões ulceradas. A biópsia histológica evidenciou gastrite atrófica com metaplasia intestinal leve, escore OLGA II, associado a presença de *Helicobacter pylori* positivo.

A melhor conduta terapêutica para esse paciente é

- (A) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) contínuo por tempo indeterminado, sem necessidade de erradicação de *H. pylori*.
- (B) proceder à erradicação do *H. pylori*, seguida de vigilância endoscópica periódica.
- (C) proceder à erradicação do *H. pylori* apenas se houver sintomas refratários ao uso de IBP.
- (D) acompanhar clinicamente, sem necessidade de tratamento ou controle endoscópico.
- (E) proceder à gastrectomia subtotal profilática devido ao risco aumentado de adenocarcinoma gástrico.

51

Paciente do sexo masculino, 45 anos, previamente hígido, apresenta pirose intensa há 8 anos. Relata que já fez uso de Omeprazol 40 mg/dia por 12 semanas, sem melhora significativa. Repetiu tratamento com dose dobrada por mais 8 semanas, também sem resposta.

A endoscopia digestiva alta mostra esofagite grau C de Los Angeles. A pHmetria revelou tempo de exposição ácida total de 12% (normal < 4,2%), e a manometria esofágica demonstrou peristalse preservada e pressão adequada do esfíncter esofágico inferior. O paciente busca auxílio médico em busca de um tratamento definitivo.

A melhor conduta neste caso é

- (A) aumentar a dose do inibidor de bomba de prótons por tempo indeterminado.
- (B) associar procinético ao tratamento com inibidor de bomba de prótons.
- (C) realizar funduplicatura laparoscópica à Nissen.
- (D) indicar terapia endoscópica com radiofrequência.
- (E) realizar esofagectomia com reconstrução com uso de tubo gástrico.

52

Paciente do sexo masculino, 42 anos, sem comorbidades prévias, apresenta dor epigástrica intensa, diarreia frequente e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. Relata que já fez uso de Omeprazol em dose plena por longos períodos, mas as queixas persistiram.

A endoscopia digestiva alta mostrou múltiplas úlceras duodenais e jejunais proximais, além de esofagite erosiva grave. O exame laboratorial revelou gastrina sérica em jejum de 1500 pg/mL (valor de referência < 100 pg/mL), confirmada em duas dosagens.

A próxima conduta para esse paciente é

- (A) manter tratamento clínico com Omeprazol em altas doses por tempo indeterminado.
- (B) solicitar dosagem de cromogranina A sérica para confirmar diagnóstico.
- (C) realizar teste de estimulação da secretina para confirmar gastrinoma e prosseguir investigação locorregional.
- (D) encaminhar o paciente para realização de gastrectomia total.
- (E) indicar erradicação de *Helicobacter pylori* como primeira medida.

53

Paciente de 36 anos, sexo feminino, procura atendimento por disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 2 anos, acompanhada de regurgitação frequente de alimentos não digeridos, perda de 8 kg no período e dor retroesternal esporádica.

Endoscopia digestiva alta não mostrou lesões obstrutiva, mas havia grande retenção de resíduos alimentares no esôfago distal. Foi realizada manometria esofágica de alta resolução, que revelou:

- Relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (pressão residual elevada);
- Peristalse ausente;
- Diagnóstico compatível com acalásia tipo II (Chicago).

A paciente, após discutir opções terapêuticas, opta pelo tratamento definitivo.

De acordo com o exposto, a conduta mais adequada é:

- (A) miotomia a Heller laparoscópica associada à funduplicatura parcial.
- (B) aplicação de toxina botulínica por via endoscópica no esfíncter esofágico inferior.
- (C) dilatação pneumática seriada do esfíncter esofágico inferior.
- (D) esofagectomia por disfagia refratária.
- (E) uso de nitrato sublingual antes das refeições, de forma contínua.

54

Assinale a opção que apresenta o principal marcador sorológico da doença de Cronh.

- (A) Anti-Jo-1(anticorpo anti-histidil-tRNA sintetase).
- (B) ASCA (anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae).
- (C) anticorpos anti-MPO (anticorpo anti-mieloperoxidase).
- (D) P-ANCA (anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos perinuclear).
- (E) C-ANCA (Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos com padrão citoplasmático).

55

No tratamento da síndrome de dependência alcoólica, a droga considerada antagonista opioide é o(a)

- (A) Dissulfiram.
- (B) Naltrexona.
- (C) Canabidiol.
- (D) Propranolol.
- (E) Acamprosato.

56

Homem, 37 anos, natural da Bahia (BA) é atendido no PS com volumosa hematemese. Ele tem antecedente de etilismo de 10 gramas de álcool por semana nos últimos 7 anos, heterozigose para a mutação C282Y do gene HFE, ceruloplasmina 50 mg/dl. Ao exame, regular estado geral, descorado (palidez) +++/4+, icterício +/4+, hepatoesplenomegalia, baço aumentado de consistência endurecida, indolor à palpação, endoscopia digestiva alta revelando cordões varicosos de grosso calibre com “red signs”. Ultrassonografia abdominal focos altamente ecogênicos estendendo-se dos vasos portais para o parênquima (padrão em “garra de pássaro”).

Assinale a opção que revela o diagnóstico mais provável relacionado a hipertensão portal:

- (A) Hemocromatose.
- (B) Doença de Wilson.
- (C) Trombose da porta.
- (D) Hepatopatia alcoólica.
- (E) Esquistossomose mansônica.

57

O transplante de fezes, ou transplante de microbiota fecal (TMF), é um procedimento médico que transfere fezes de um doador saudável para um paciente com desequilíbrios na flora intestinal.

A principal indicação desse procedimento é

- (A) doença de Crohn.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) síndrome do intestino irritável.
- (D) retocolite ulcerativa idiopática.
- (E) infecção por *Clostridium difficile* recorrente.

58

Paciente, 51 anos, apresentando diarreia crônica e flatulência com evolução de 7 meses, dores articulares migratórias em joelhos e punhos sem febre ou trauma e perda ponderal de cerca de 8 kg nesse período. Nega viagens recentes.

Ao exame, hiperpigmentação em face e extremidades, abdome doloroso à palpação em hipogástrio, distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, sinovite leve bilateral. Hb 10,2, plaquetas 250000 mm³, leucócitos 4400 mm³, albumina 2,8, EPF negativo, EDA atrofia vilositária duodenal, biópsia infiltrado linfocítico, macrófagos espumosos na lâmina própria corados pelo ácido periódico de Schiff.

Baseado nesses dados, assinale a opção mais compatível com o agente etiológico.

- (A) Norovírus.
- (B) Rotavírus.
- (C) *Campylobacter jejuni*.
- (D) *Tropheryma whipplei*.
- (E) *Escherichia coli* enterotoxigênica (ETEC).

59

A elastografia hepática é um exame de imagem não invasivo que mede a rigidez (dureza) do fígado para identificar e avaliar a gravidade da fibrose e da cirrose. A progressão da fibrose é medida em quilo pascais (kPa) e é importante na avaliação da gravidade da doença hepática.

Nesse caso, um kPa considerado normal está na seguinte faixa:

- (A) 2 a 7 kPa.
- (B) 7,1 a 9 kPa.
- (C) 11 a 19 kPa.
- (D) 19,1 a 22 kPa.
- (E) acima de 22 kPa.

60

Homem, 21 anos, procura o pronto atendimento com dor em região periumbilical iniciada há cerca de 8 horas, intensidade moderada, evoluindo para o QID, tornando-se contínua e agravada pela tosse. O abdômen é doloroso à palpação no quadrante inferior direito e a descompressão brusca extremamente dolorosa. *Temperatura retal superior à temperatura axilar em mais de 1 °C.*

Assinale a opção compatível com o sinal sublinhado no texto.

- (A) Sinal do Psoas.
- (B) Sinal de Rovsing.
- (C) Sinal de Lenander.
- (D) Sinal de Chaddock.
- (E) Sinal de Blumberg.

61

Homem, 30 anos, refere episódios intermitentes de dificuldade para deglutir alimentos sólidos nos últimos 8 meses com piora progressiva nos últimos 4 meses necessitando de manobras como beber água para aliviar e um episódio de impactação alimentar há 2 meses.

Endoscopia digestiva alta exhibe esôfago de aspecto “corrugado”, sulcos longitudinais e exsudato brancacento sem estenoses ou úlceras-biópsia esofágica micro abscessos, espessamento da camada basal e 35 eosinófilos por campo.

Assinale a opção mais compatível com o diagnóstico.

- (A) Esofagite péptica.
- (B) Esôfago de Barrett.
- (C) Esofagite eosinofílica.
- (D) Carcinoma epidermóide.
- (E) Esofagite por *Cândida sp.*

62

Assinale a opção que aponta o melhor método para detecção do *Strongyloides stercoralis* nas fezes.

- (A) Faust.
- (B) Hoffman.
- (C) Kato-Katz.
- (D) Pons e Janer.
- (E) Baermann-Moraes.

63

O carcinoma hepatocelular é o tumor hepático maligno mais comum.

A síndrome paraneoplásica mais frequente nessa malignidade, entre as opções a seguir, é

- (A) Cushing.
- (B) eritrocitose.
- (C) hipocalcemia.
- (D) hiperglicemia.
- (E) hipocolesterolemia.

64

Gastroparesia é um distúrbio da motilidade gástrica que se caracteriza pelo esvaziamento gástrico retardado na ausência de obstrução mecânica.

A propriedade procinética do seguinte fármaco ocorre por meio do estímulo dos receptores de motilina:

- (A) cisaprida.
- (B) eritromicina.
- (C) proclaprida.
- (D) domperidona.
- (E) metoclopramida.

65

A hepatite delta apresenta grande prevalência na região amazônica e pode se associar a formas graves de hepatite aguda em usuários de drogas injetáveis.

Assinale a melhor forma de profilaxia, entre as medidas a seguir.

- (A) Imunização contra hepatite B.
- (B) Imunização contra hepatite Delta.
- (C) Uso de preservativos (sexo seguro).
- (D) Controle sanitário de água e alimentos.
- (E) Controle da distribuição de seringas para os usuários de drogas.

66

Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista e etilista, apresenta dor epigástrica persistente, inapetência e emagrecimento de 7 kg nos últimos 4 meses.

Foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou úlcera gástrica de 2,5 cm na pequena curvatura, com bordas irregulares e aspecto infiltrativo.

A conduta para esse caso é

- (A) iniciar imediatamente tratamento com Omeprazol em dose plena e repetir endoscopia em 8 semanas.
- (B) iniciar erradicação empírica para *Helicobacter pylori* e manter acompanhamento clínico.
- (C) encaminhar diretamente para gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) realizar múltiplas biópsias da borda e do fundo da úlcera para diagnóstico histológico.
- (E) solicitar seriografia esôfago-estômago-duodeno com bário para melhor avaliação.

67

Durante colonoscopia de rastreamento em paciente do sexo masculino com 63 anos, foi identificado um pólipó pediculado de 1,8 cm no cólon sigmoide. O pólipó foi ressecado endoscopicamente em peça única. O laudo anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma bem diferenciado restrito à porção cefálica do pólipó (Haggitt 1). Margens livres de neoplasia. Ausência de invasão linfovascular.

A conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) colectomia segmentar com linfadenectomia regional.
- (B) nova colonoscopia imediata para ressecar margem adicional do pedículo.
- (C) quimioterapia adjuvante.
- (D) acompanhamento endoscópico seriado, sem necessidade de cirurgia complementar.
- (E) imunoterapia com quimioterapia pelo risco de metástase oculta.

68

Paciente de 27 anos, feminina, previamente hígida, procurou atendimento por quadro de diarreia crônica, distensão abdominal e perda ponderal de 5 kg nos últimos 3 meses.

Foram realizados os seguintes exames: sorologia para anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA positiva e biópsia do intestino delgado mostrando atrofia vilositária parcial e hiperplasia de criptas, compatível com doença celíaca.

A conduta mais adequada para essa paciente é

- (A) iniciar corticoterapia oral.
- (B) instituir dieta isenta de glúten por toda a vida.
- (C) iniciar terapia com probióticos.
- (D) reavaliar em 6 meses sem tratamento específico, pois pode haver regressão espontânea.
- (E) encaminhar para cirurgia e avaliar gastrectomia.

69

Paciente do sexo masculino, 29 anos, portador de doença de Crohn há 8 anos, com acometimento ileocecal. Evoluiu ao longo dos anos com múltiplas hospitalizações por obstrução intestinal.

Atualmente, apresenta dor crônica, emagrecimento de 10 kg, distensão abdominal e episódios recorrentes de suboclusão, mesmo após uso otimizado de imunobiológicos anti-TNF e azatioprina.

Colonoscopia realizada mostra estenose de 4 cm em íleo distal, não passível de dilatação endoscópica. Tomografia de abdome evidencia espessamento parietal no íleo distal, confirmado por êntero-ressonância magnética, com dilatação de alças a montante e sinais imagiológicos compatíveis com estenose cicatricial.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) manter tratamento clínico com associação de corticoide em altas doses.
- (B) trocar o biológico por outra classe, como os inibidores de interleucina.
- (C) realizar colectomia total com ileostomia terminal.
- (D) realizar suporte nutricional parenteral e trocar imunobiológico.
- (E) indicar ressecção cirúrgica da área estenosada.

70

Paciente do sexo masculino, 34 anos, portador de retocolite ulcerativa (RCU) pancolônica há 6 anos, apresenta quadro de dor abdominal difusa intensa, distensão abdominal progressiva, febre, diarreia mucossanguinolenta e dificuldades respiratórias com início há cerca de 72 horas.

Encontra-se com abdome distendido, doloroso difusamente, hipertimpânico, taquicárdico e com hipotensão, além de taquipneia. Exames laboratoriais mostram leucocitose e PCR elevada. Radiografia de abdome revela diâmetro de cólon transversal de 7,5 cm.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) Intensificar a corticoterapia endovenosa e aguardar resposta clínica.
- (B) iniciar antibióticos de amplo espectro e internar paciente em unidade de terapia intensiva.
- (C) realizar colonoscopia decompressiva de urgência.
- (D) encaminhar para colectomia total de urgência após ressuscitação hemodinâmica.
- (E) oferecer terapia biológica com anti-TNF.

71

Paciente do sexo masculino, 54 anos, etilista crônico, procura pronto-atendimento com dor epigástrica intensa irradiada para a região dorsal, náuseas e vômitos há 24 horas.

Ao exame, encontra-se com abdome doloroso difusamente, sem sinais de peritonite, PA 90/60 mmHg, FC 120 bpm e febre de 38,3 °C. Exames laboratoriais com amilase de 1200 U/L (valor de referência < 100), lipase 3500 U/L (valor de referência < 160) e leucocitose (18.000/mm³). Tomografia de abdome com contraste realizada 48 horas após o início dos sintomas mostra pancreatite aguda com áreas de necrose pancreática e líquido peripancreático.

A conduta inicial mais adequada é

- (A) jejum absoluto prolongado e antibióticos profiláticos imediatamente.
- (B) reposição volêmica agressiva, monitoramento em UTI e analgesia.
- (C) cirurgia imediata (necrosectomia).
- (D) início imediato de dieta oral para reduzir complicações.
- (E) administração de inibidor de bomba de prótons por via intravenosa e iniciar octreotida.

72

Paciente do sexo feminino, 56 anos, com história de colelitíase conhecida, procura pronto atendimento com icterícia, colúria e dor no quadrante superior direito do abdome há 3 dias. Relata febre nos últimos 2 dias.

Exames laboratoriais mostram aumento de bilirrubinas com predomínio de fração direta, assim como da fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase. Transaminases hepáticas normais. Ultrassonografia abdominal evidencia cálculo impactado no infundíbulo vesicular, dilatação do colédoco proximal e ausência de litíase no colédoco. Colangiorressonância magnética confirma compressão extrínseca do colédoco comum pelo cálculo, compatível com síndrome de Mirizzi tipo I de Csendes.

A conduta mais adequada é realizar

- (A) CPRE para extração do cálculo do colédoco.
- (B) colecistectomia laparoscópica cuidadosa respeitando os princípios da visão crítica de segurança.
- (C) colangiografia percutânea com drenagem biliar.
- (D) observação clínica, antibióticos venosos e controle laboratorial.
- (E) cirurgia para derivação biliar.

73

Paciente do sexo masculino, 60 anos, etilista crônico, apresenta aumento do volume abdominal, edema dos membros inferiores e sonolência nas últimas 24 horas. Encontra-se icterico (++/4+), com abdome globoso com ascite volumosa e circulação colateral. Edema em tornozelos. É realizada paracentese diagnóstica que mostra ascite turva, proteína total 1,0 g/dL e contagem de neutrófilos 320/mm³.

A conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) adotar reposição volêmica e alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.
- (B) iniciar antibióticos empiricamente endovenosos para peritonite bacteriana espontânea (PBE).
- (C) iniciar diuréticos em dose plena, sem antibióticos.
- (D) encaminhar paciente para transplante hepático.
- (E) adotar restrição hídrica e sódica isoladamente.

74

Paciente do sexo masculino, 56 anos, natural do interior da Bahia, portador de hepatite B crônica desde a juventude, é acompanhado no ambulatório de hepatologia. Há 4 anos foi diagnosticado com cirrose hepática compensada (Child-Pugh A, MELD 9). No momento, o paciente está assintomático, em uso de tenofovir, sem sinais de descompensação. Nega alcoolismo. Exames recentes mostram uma alfafetoproteína de 8 ng/mL e ultrassonografia de abdome sem lesões focais.

Considerando o risco para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC), a conduta adequada para rastreamento desse paciente é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste a cada 6 meses.
- (B) realizar dosagem sérica isolada de alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (C) solicitar ressonância magnética de abdome anualmente.
- (D) solicitar ultrassonografia de abdome associada a dosagem de alfafetoproteína a cada 6 meses.
- (E) não realizar rastreamento, pois o paciente está em tratamento antiviral e sem sinais de descompensação.

75

Paciente do sexo feminino, 38 anos, previamente saudável, apresenta astenia, icterícia e elevação persistente de transaminases há 6 meses. Sorologias virais para hepatite A, B e C são negativas. Dosagem de autoanticorpos revela ANA positivo 1:320, anti-SMA positivo e IgG sérica elevada.

Foi iniciada Prednisona 40 mg/dia com resposta parcial: as transaminases reduziram, mas permanecem 2 a 3 vezes acima do normal após 12 semanas de tratamento. O exame histopatológico prévio de biópsia hepática confirma hepatite autoimune tipo 1.

A conduta mais adequada neste momento é

- (A) aumentar a dose de Prednisona para 60 mg/dia por mais 4 semanas.
- (B) suspender corticoides e iniciar apenas Azatioprina em monoterapia.
- (C) indicar transplante hepático diante da refratariedade do tratamento.
- (D) manter a dose atual de corticoide e aguardar mais 3 meses para reavaliação.
- (E) adicionar Azatioprina como terapia de combinação e ajustar conforme tolerância.

76

Paciente do sexo masculino de 52 anos, hipertenso e diabético tipo 2, procura ambulatório de gastroenterologia para avaliação de elevação discreta de ALT e AST detectada em exame de rotina. Ele nega consumo relevante de álcool, medicamentos hepatotóxicos ou história de hepatite viral. Apresenta IMC 31 kg/m², circunferência abdominal 105 cm, sem icterícia ou hepatomegalia palpável. Ultrassonografia abdominal demonstra fígado hiperecogênico difusamente, compatível com esteatose.

A melhor conduta para avaliar o estágio de fibrose hepática nesse paciente é

- (A) solicitar biópsia hepática imediata, para diagnóstico definitivo e estadiamento.
- (B) iniciar tratamento clínico sem avaliação adicional da fibrose, apenas com controle de comorbidades.
- (C) solicitar métodos não invasivos de estadiamento da fibrose, como elastografia hepática (FibroScan) ou escores séricos (FIB-4, NAFLD *Fibrosis Score*).
- (D) repetir ultrassonografia em 6 meses para monitoramento da esteatose, sem outros exames.
- (E) encaminhar direto para transplante hepático devido ao risco de progressão para cirrose.

77

Paciente do sexo masculino, 62 anos, etilista de longa data, apresenta dor epigástrica recorrente, perda de peso e esteatorreia há 6 meses. Tomografia de abdome mostra calcificações pancreáticas difusas. É solicitado teste de elastase fecal, cujo resultado é 75 mcg/g (valor de referência: > 200 mcg/g).

A interpretação mais adequada e a conduta inicial para o caso são:

- (A) valor dentro do aceitável; investigar outras causas de diarreia.
- (B) sugere insuficiência pancreática exócrina grave; indicar reposição enzimática.
- (C) valor inconclusivo; repetir teste após jejum prolongado.
- (D) diagnóstico sugestivo de pancreatite aguda; internar para hidratação e analgesia.
- (E) indicar cirurgia pancreática em decorrência da insuficiência exócrina grave.

78

Paciente do sexo masculino, 72 anos, foi submetido a colectomia segmentar por adenocarcinoma de cólon diagnosticado em colonoscopia de rastreamento.

O exame anatomopatológico mostrou tumor restrito à submucosa (T1), sem comprometimento linfonodal (0 de 18 linfonodos ressecados) e sem evidências de metástase à distância.

A conduta mais adequada após o procedimento cirúrgico é

- (A) indicar quimioterapia adjuvante com FOLFOX.
- (B) encaminhar para radioterapia adjuvante.
- (C) acompanhar clinicamente com vigilância endoscópica e oncológica.
- (D) reoperar o paciente e aumentar a margem de ressecção para linfadenectomia mais ampla.
- (E) indicar terapia alvo adjuvante com Bevacizumabe.

79

Paciente do sexo feminino, 42 anos, com histórico familiar de câncer colorretal em mãe (aos 45 anos) e tia materna (aos 48 anos), realiza colonoscopia que revela adenoma tubular com 0,8 cm. É levantada a suspeita de síndrome de Lynch.

Dos achados a seguir, assinale o que apoia o diagnóstico dessa síndrome e orienta o rastreamento familiar.

- (A) Presença de mais de 100 pólipos adenomatosos no cólon.
- (B) Mutação germinativa em genes de reparo de DNA (MLH1, MSH2, MSH6 ou PMS2).
- (C) Mutação no gene APC.
- (D) Início tardio do câncer colorretal, geralmente após os 70 anos.
- (E) Associação exclusiva com pólipos hipoplásicos do cólon distal.

80

Paciente de 60 anos, masculino, foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) por coledocolitíase. Nas horas seguintes, apresentou dor abdominal e elevação da amilase sérica.

A complicação mais comum relacionada a esse procedimento é

- (A) pancreatite aguda pós-CPRE.
- (B) perfuração duodenal.
- (C) colangite bacteriana.
- (D) hemorragia digestiva alta.
- (E) pneumoperitônio espontâneo.

Realização

