

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 008	Data e horário da prova:
Hepatologia (612).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

GASTROENTEROLOGIA**Itens de 1 a 120**

Uma paciente de 30 anos de idade, empregada doméstica, natural do Piauí, procedente de Samambaia (DF), gestante de 12 semanas, é encaminhada ao hepatologista em virtude de exame sorológico positivo para hepatite B. Verificam-se AgHBs (antígeno hepatite B) anti-HBc total – (anticorpo contra antígeno core hepatite B) anti- HBs (anticorpo contra vírus da hepatite B).

Considerando esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. AgHBs positivo, anti-HBc total positivo e anti-HBs negativo – infectada atualmente por hepatite B.
2. AgHBs negativo, anti-HBc total negativo e anti-HBs positivo – vacinada para hepatite B.
3. AgHBs negativo, anti-HBc total positivo e anti-HBs positivo – infecção aguda por hepatite B.
4. AgHBs negativo, anti-HBc total positivo e anti-HBs negativo – contágio prévio por hepatite C.
5. AgHBs negativo, anti-HBc total negativo, anti-HBs negativo – suscetível a contágio por vírus da hepatite B.

Uma paciente de 62 anos de idade, casada, natural da Colômbia, residente em Brasília (DF) há 20 anos, foi encaminhada à consulta médica por aumento de enzimas hepáticas, em exames de rotina. Os exames apresentaram transaminase oxalacética = 84 (VN = 35), transaminase pirúvica = 189 (VN = 35), fosfatase alcalina = 128 (VN = 120), gamaglutamil transferase = 610 (VN = 50), bilirrubinas normais, tempo de protrombina em níveis normais e albumina sérica normal. Ultrassonografia abdominal indica: esteatose moderada a acentuada. Quanto aos antecedentes, informa etilismo social, nega tabagismo, apresenta sobrepeso (20 kg acima do peso ideal), dislipidemia compensada com estatinas, em uso há seis anos, nega hipertensão, diabetes, uso de anabolizantes ou substâncias hepatotóxicas.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

6. Provavelmente trata-se de esteato-hepatite não alcoólica.
7. O sobrepeso e a dislipidemia compensada estão associados à esteatose hepática vista no ultrassom.
8. Os níveis elevados de GGT, nesse caso, poderiam ser associados à colelitíase.
9. O fato de a paciente ser da Colômbia poderia justificar uma doença infectocontagiosa associada.
10. Poderia tratar-se de uma hepatite aguda medicamentosa.

Um paciente de 56 anos de idade comparece vem à consulta com resultado de anticorpo anti-VHC (hepatite por vírus C) positivo. Assintomático, apresenta exames laboratoriais com bioquímica hepática em níveis normais e ultrassonografia de abdome superior com fígado de aspecto preservado.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

11. O anticorpo anti-VHC desse caso permite diferenciar se há uma infecção ativa ou resolvida (curada).

12. Devem-se solicitar os testes moleculares PCR VHC para detectar o RNA VHC circulante no paciente.
13. A genotipagem do VHC é importante para definição da epidemiologia e da origem da infecção.
14. O estadiamento da doença hepática poderá ser realizado por elastografia hepática ou biópsia hepática.
15. Atualmente o tratamento da hepatite C é indicado apenas a paciente com fibrose hepática grau 3 ou 4 (escala Metavir).

Um paciente de 55 anos de idade, sabidamente portador de cirrose hepática alcoólica em seguimento ambulatorial, mantém ingestão alcoólica frequente. Ele é encaminhado ao pronto-socorro pela família por causa do quadro de confusão mental, alucinações visuais, voz lentificada e episódios de perda de memória.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

16. Nesse caso, o diagnóstico de encefalopatia hepática foi clínico e poderia apresentar o achado de *flapping* no exame físico.
17. É primordial a realização de um exame de imagem, como ressonância magnética de crânio, nesse caso.
18. O manejo desse caso deve ocorrer em casa, por não haver risco de vida.
19. Se estiver em uso de diuréticos, deve-se suspendê-los, visto que a desidratação pode desencadear o quadro de encefalopatia.
20. O uso de lactulona e de antibióticos como metronidazol está indicado nesse caso.

Área livre

Um paciente de 35 anos de idade, pedreiro, chega ao pronto-socorro por notar aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores há 15 dias. Tem história de ingesta alcoólica intensa desde os 13 anos de idade. Ao exame físico, constata-se PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 80 bpm e SatO₂ = 98%, e o paciente mostra-se em bom estado geral, hidratado, icterico 3+, acianótico e corado. Notam-se aranhas vasculares em tronco, eritema palmar, abdome globoso, tenso, piparote positivo, traube ocupado, sem possibilidade de palpar vísceras em virtude de tensão abdominal e edema de MMII 4+.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

21. Nesse caso o diagnóstico provável é de ascite secundária a cirrose hepática.
22. Seria indicada, nesse caso, a realização de paracentese diagnóstica e de alívio.
23. A reposição de albumina humana endovenosa está indicada em paracenteses com volume de até dois litros.
24. Caso o líquido ascítico venha com linfócitos > 250 células por mm³, sugere-se peritonite bacteriana espontânea (PBE).
25. Caso o gradiente albumina soroascite seja < 1,1, sugere-se ascite de causa hepática.

Quanto à hemorragia digestiva alta varicosa, julgue os itens a seguir.

26. Devem-se rastrear varizes de esôfago por endoscopia digestiva alta apenas em cirróticos Child-Pugh C.
27. O manejo do paciente com hemorragia digestiva alta varicosa deve ser conduzido preferencialmente à unidade de terapia intensiva.
28. Se a hemoglobina estiver entre 9 g/dL e 10 g/dL, indica-se hemotransfusão em pacientes com HDA varicosa.
29. A terlipressina deve ser considerada como agente de escolha sem contraindicações.
30. A hemostasia endoscópica com ligadura elástica não deve ser realizada se houver passagem prévia de balão Sengstaken-Blakemore.

Um paciente de 37 anos de idade, casado, natural e procedente de Brasília (DF), comerciante, apresentou-se com dor abdominal em moderada intensidade, localizada na fossa ilíaca direita, que aliviava com a defecação e sem fatores desencadeantes. Esse quadro tem caráter intermitente há 10 anos e melhora quando ele usa vermífugos e antibióticos. O próprio paciente notou uma massa palpável de fossa ilíaca direita, que incomoda à palpação. Apresenta também episódios de diarreia com cerca de seis evacuações por dia, com sangue e pus, associadas a tenesmo retal.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

31. A massa palpável em fossa ilíaca direita pode ser íleo distal com espessamento de parede (doença de Crohn).
32. O quadro intermitente e de longa data poderia estar associado à infecção entérica por *Clostridium difficile*.

33. O exame de imagem inicial indicado para esse quadro é uma ultrassonografia de abdome.
34. A pesquisa de calprotectina fecal poderia ajudar na avaliação da atividade inflamatória da doença.
35. A colonoscopia com biópsia seriada está indicada, mesmo em casos de abdome agudo por suboclusão intestinal.
36. O tratamento clínico inicial desse caso seria corticoides orais e antibióticos.
37. Nesse caso, o uso de biológicos estaria indicado em fase inicial se houvesse fistulas intestinais.

Uma paciente de 38 anos de idade, casada, do lar, natural e procedente de Brasília (DF), queixa-se de diarreia há três meses. As fezes são líquidas, amarronzadas, com sangue e muco – cerca de 10 evacuações por dia, com episódios noturnos. Refere perda de 5 kg de peso, artralgia, febre e distensão abdominal. Nega intolerâncias alimentares. Restringiu leite e derivados por conta própria, com melhora parcial da diarreia. Ao exame físico, verificaram-se PA = 110 mmHg x 90 mmHg, FC = 80 bpm e satO₂ = 95% em ar ambiente. A paciente encontra-se em REG, descorada 2+, desidratada 2+, anictérica, acianótica, com os aparelhos respiratório e cardiovascular sem anormalidades, o abdome plano, normotenso, com ruídos hidroaéreos aumentados, descompressão brusca negativa, sem visceromegalias.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

38. O diagnóstico provável é de retocolite ulcerativa, e o exame confirmatório é a colonoscopia.
39. O diagnóstico diferencial obrigatório, nesse caso, é de intolerância à lactose.
40. O fato de estar desidratada, descorada e com perda de peso são sinais de alarme para RCUI moderada a grave.
41. A enterorressonância de abdome, nesse caso, está indicada para avaliar se há RCUI no intestino delgado.
42. Antes do tratamento específico, deve-se realizar teste para tuberculose e profilaxia estrogiloidiase.
43. O tratamento indicado seria a aspirina 200 mg ao dia, por 30 dias.
44. Para melhorar a desidratação, sugere-se conter a diarreia com uso de loperamida.

Área livre

Uma paciente de 14 anos de idade, assintomática, comparece à consulta para avaliar se tem doença celíaca porque a tia materna é portadora da mencionada doença.

Com base nesse caso e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. Pesquisa sérica da anti gliadina positivo e endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia duodenal normal confirmam doença celíaca.
46. Pesquisa sérica do antiendomísio positivo e EDA com biópsia duodenal com atrofia das vilosidades e linfocitose confirmam tuberculose intestinal.
47. Se essa paciente apresentar doença celíaca confirmada, deve abster-se de glúten por um ano.
48. Caso a paciente consiga ficar sem glúten, o anticorpo anti-transglutaminase pode ficar negativo no sangue.
49. A histologia duodenal não se altera a despeito da retirada de glúten da dieta dessa paciente.

Um paciente de 60 anos de idade procura atendimento médico por dor intensa inérita em fossa ilíaca esquerda, associada a distensão abdominal e prisão de ventre. Nega febre ou vômitos. Já fez uma tomografia há um ano, para investigar nefrolitíase, apresentando achado de diverticulose colônica.

Quanto ao caso clínico apresentado e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

50. Nesse caso, a dor localizada em fossa ilíaca esquerda poderia ser relacionada à diverticulite aguda.
51. Diante da suspeita clínica de diverticulite, deve-se instituir tratamento imediato sem necessidade de demais exames.
52. A colonoscopia é um exame que deve ser feito imediatamente nesse caso.
53. O manejo desse caso, com classificação de diverticulite em fase inicial, seria em ambiente hospitalar.
54. Os antibióticos indicados poderiam ser quinolona e metronidazol oral por sete dias.
55. Caso esse paciente apresente mais de três crises de diverticulite por ano, está indicado colectomia parcial terapêutica.

Um paciente de 20 anos de idade queixa-se de distensão abdominal e diarreia quando exagera no consumo de alimentos ricos em leite de vaca ou derivados. Já fez o teste de tolerância à lactose e levou o resultado à consulta médica.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

56. Caso o teste apresente resultado positivo, o paciente deve evitar produtos à base de leite de vaca.
57. A reposição de lactase oral antes da ingestão de produtos lácteos não evita os sintomas.
58. Caso esse paciente insista em ingerir leite e derivados com lactose, pode desenvolver câncer de cólon.
59. A hipovitaminose por cálcio pode ocorrer caso sejam utilizados produtos lácteos sem lactose.
60. Sintomas extraintestinais, como doença do refluxo gastroesofágico e cefaleia, podem estar associados à intolerância à lactose.

Um homem de 42 anos de idade, com histórico familiar de câncer gástrico, foi submetido a videoendoscopia digestiva alta por queixa dispéptica. O exame identificou pangastrite enantemática moderada, e o teste da urease apresentou-se positivo.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. O tratamento de primeira linha recomendado para a erradicação da bactéria *H. pylori* consiste na combinação de inibidor da bomba de próton, amoxicilina e claritromicina por 10 dias.
62. Para a pesquisa da bactéria *H. pylori* pelo teste da urease, recomenda-se a coleta de fragmentos de biópsia do corpo e do antro gástrico.
63. Inibidores da bomba de próton devem ser suspensos duas semanas antes da realização do teste para *H. pylori*, enquanto os antibióticos devem ser suspensos quatro semanas antes da pesquisa da bactéria.
64. Teste respiratório com ureia marcada com carbono-13, pesquisa de antígeno fecal e sorologia IgG são métodos não invasivos de confirmação de cura pós-tratamento para *H. pylori*.
65. Caso o controle de cura seja realizado de forma invasiva, tanto a avaliação histológica quanto o teste da urease são recomendados para esse fim.

Com relação à esofagite eosinofílica, julgue os itens a seguir.

66. Um dos sintomas dessa doença é a disfagia de transmissão.
67. É uma doença de maior prevalência em homens e não há evidências que a caracterizem como uma condição pré-maligna.
68. A eosinofilia da esofagite eosinofílica não é responsiva ao uso de inibidores da bomba de prótons.
69. Corticoides sistêmicos em baixas doses são o tratamento de escolha para essa condição.
70. Pacientes com redução do calibre esofágico podem ser beneficiados pelo procedimento de dilatação, sendo ele seguro na referida patologia, com baixo risco de perfuração.

Área livre

Determinada paciente de 25 anos de idade, em uso de diclofenaco há quatro dias em razão de cólicas menstruais, é admitida em pronto-socorro por queixa de melena. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, hipocorada +/-, com FC = 110 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 95% em ar ambiente e PA = 105 mmHg x 70 mmHg. Ela, então, foi levada para a unidade de cuidados intensivos onde, após estabilização clínica, foi submetida a videoendoscopia digestiva alta que constatou moderada quantidade de coágulos em câmara gástrica; lesão ulcerada de bordos regulares e planos medindo cerca de 7 mm, localizada em parede anterior de região pré-pilórica, fundo parcialmente recoberto por coágulo, em que se observa também coto vascular, sem sangramento ativo no momento. O médico endoscopista optou pela realização de hemostasia endoscópica com injeção de epinefrina e aplicação de cliques hemostáticos.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

71. A conduta inicial em pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa é a estabilização clínica do paciente, focada na manutenção do estado hemodinâmico, sendo a realização da endoscopia digestiva alta recomendada para após a ressuscitação hemodinâmica, em até 24 horas depois do início do quadro.
72. A presença de coágulos na câmara gástrica pode dificultar a identificação da lesão sangrante; por esse motivo, recomendam-se a passagem de sonda nasogástrica e o uso de procinéticos antes dos procedimentos endoscópicos.
73. A lesão descrita é classificada como IIB pela classificação de Forrest.
74. A injeção de epinefrina poderia ter sido utilizada como terapia endoscópica única, desde que associada ao uso de inibidor da bomba de próton em dose dobrada.
75. Em pacientes com hemorragia digestiva alta secundária à doença ulcerosa péptica, recomenda-se a investigação da presença da bactéria *H. pylori*.
76. Deve-se repetir a endoscopia em 48 horas de maneira rotineira, a fim de avaliar o resultado da hemostasia endoscópica realizada.
77. Em casos de ressangramento, quando há falha na segunda abordagem endoscópica, deve-se considerar a possibilidade de terapia cirúrgica ou de embolização por angiografia.

Certo paciente de 18 anos de idade procura gastroenterologista após a realização de endoscopia digestiva alta, sem pedido médico, em razão de queixas de queimação retroesternal e regurgitação, que se iniciaram há cerca de dois meses. As queixas são geralmente pós-prandiais, principalmente após ingestão de alimentos gordurosos e de bebidas alcoólicas. Nega náuseas, vômitos, disfagia, perda ponderal ou quaisquer outros sintomas. O laudo do exame descreve presença de erosões em esôfago distal, algumas maiores que 5 mm, confluentes, acometendo cerca de 65% da circunferência do órgão.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

78. O diagnóstico presuntivo de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode ser feito na presença dos sintomas típicos de pirose e regurgitação ácida, sendo recomendada a endoscopia digestiva alta nos casos em que há sinais de alarme ou risco de complicações.

79. A biópsia de esôfago distal faz parte da rotina da endoscopia digestiva alta na DRGE.
80. A pesquisa e o tratamento da bactéria *H. pylori* não fazem parte da rotina propedêutica e terapêutica da DRGE.
81. O tratamento cirúrgico geralmente não é indicado aos pacientes não responsivos à terapia com inibidores da bomba de prótons.
82. O exame de manometria esofágica sempre deve ser realizado antes do tratamento cirúrgico da DRGE.
83. No manejo da DRGE refratária, o primeiro passo é associar um antagonista do receptor H₂ ao inibidor da bomba de próton.
84. Pela classificação de Los Angeles, o paciente apresenta uma esofagite erosiva grau C.

Quanto ao esôfago de Barrett, uma das possíveis complicações da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), julgue os itens a seguir.

85. Acomete principalmente o esôfago proximal.
86. Definido histologicamente como metaplasia intestinal, o esôfago de Barrett apresenta-se macroscopicamente como uma área de mucosa espessada e esbranquiçada.
87. Pacientes com esôfago de Barrett devem fazer endoscopia a cada seis meses para rastreamento de câncer de esôfago.

A pancreatite aguda foi definida, no Simpósio de Atlanta, em 1992, como um processo inflamatório agudo do pâncreas, com envolvimento variável de outros tecidos regionais ou de sistemas orgânicos remotos. A respeito dessa patologia e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

88. Dor abdominal característica e aumento de enzimas hepáticas mais que três vezes o limite superior da normalidade confirmam o diagnóstico de pancreatite aguda.
89. Tomografia computadorizada ou ressonância magnética devem ser solicitadas em caso de dúvida diagnóstica ou na ausência de melhora clínica após 48 a 72 horas da admissão hospitalar.
90. Todos os pacientes com ecografia de abdome sem colelitíase, sem histórico de abuso de álcool, com triglicerídeos séricos abaixo de 1.000 mg/dL, devem ser submetidos a colangiorressonância ou ecoendoscopia para descartar coledocolitíase como etiologia da pancreatite aguda.
91. O uso de antibióticos apenas é indicado em casos de infecções e para prevenir infecções de necroses estéreis.
92. Na pancreatite aguda de moderada gravidade, a dieta oral deve ser introduzida assim que cessarem a dor, as náuseas e os vômitos.
93. Sonda nasogástrica e nasoentérica mostraram a mesma segurança e eficácia na alimentação enteral dos pacientes com pancreatite aguda.

Área livre

Certa senhora tem 75 anos de idade e, nos últimos três meses, apresenta engasgos frequentes, principalmente no café da manhã e quando vai beber seu chá no fim da tarde. Já o neto dela tem reclamado que, às vezes, quando almoça muito rápido, fica “entalado” com a comida, precisando até forçar o vômito para se livrar da dor que o bolo impactado lhe causa.

Tendo em vista o caso descrito, quanto a disfagias, julgue os itens a seguir.

94. Doenças neuromusculares e divertículo de Zenker são possíveis etiologias de disfagia orofaríngea.
95. Acalasia é uma causa de disfagia esofagiana que se caracteriza por relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago e aperistalse do corpo esofágico.
96. No Brasil, a doença de Chagas, que tem o *Triatoma sp* como agente etiológico, é uma importante causa de acalasia.
97. O esofagograma e a manometria esofágica são dois exames utilizados para a classificação da acalasia.
98. A dilatação pneumática e a injeção de toxina botulínica são duas opções de terapias endoscópicas para a acalasia.
99. A miotomia endoscópica perioral (POEM) tem sua técnica sempre seguida da funduplicatura, o que lhe confere melhores resultados.
100. Nitratos, bloqueadores do canal de cálcio e inibidores da enzima conversora da angiotensina são opções de terapia oral para os casos leves de acalasia.

Uma mulher tem 35 anos de idade e, depois que a mãe dela faleceu de forma repentina, decidiu fazer, por conta própria, mesmo estando assintomática, uma série de exames de sangue e de imagem, incluindo tomografias de crânio, tórax e abdome. Ficou apavorada quando resgatou o resultado das tomografias e constatou que tinha uma lesão cística no pâncreas.

Considerando o caso mencionado, no que se refere às lesões císticas do pâncreas, julgue os itens a seguir.

101. A maioria dos cistos pancreáticos são assintomáticos.
102. Os pseudocistos pancreáticos têm grande associação com processos de pancreatite aguda e (ou) crônica.
103. A punção por agulha fina guiada por ecoendoscopia deve ser considerada nos casos em que a imagem deixa dúvida acerca do diagnóstico e em que a análise do líquido aspirado mudará a conduta.
104. A neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPMN) é comum em pacientes jovens e apresenta altos valores de CEA e amilase na análise de seu líquido.
105. Os pacientes com IPMN que não são candidatos a cirurgia não precisam fazer seguimento do cisto.

Área livre

A Rome Foundation trouxe uma grande contribuição à gastroenterologia ao padronizar a definição de um grupo de doenças cujo diagnóstico é muito comum à especialidade, que é o das doenças funcionais.

Acerca das doenças funcionais do trato digestivo, julgue os itens a seguir.

106. A dispepsia funcional pode ser apresentada como plenitude pós-prandial, ou saciedade precoce, ou dor epigástrica, ou queimação epigástrica.
107. Pirose também é interpretado como um dos sintomas definidores de dispepsia funcional.
108. Sintomas que se aliviam com evacuação ou flatulência não se enquadram como dispepsia funcional.
109. Alterações endoscópicas leves, que justifiquem o quadro, não descartam o diagnóstico de dispepsia funcional.
110. Antieméticos e antidepressivos fazem parte do arsenal terapêutico da dispepsia funcional.
111. As desordens de náuseas e vômitos funcionais incluem a síndrome de hiperêmese canabinoide.
112. Vômitos autoinduzidos não se enquadram no diagnóstico das desordens de náuseas e vômitos funcionais.
113. Há também a síndrome de ruminação, na qual há regurgitação do alimento recém-ingrido, geralmente precedida de náuseas.

Área livre

Certo paciente de 42 anos de idade procurou um gastroenterologista para realização de endoscopia digestiva alta por queixa de fortes dores epigástricas iniciadas há cerca de dois meses. Refere, ainda, quadro diarreico iniciado há um mês, com uma média de quatro evacuações por dia, sem produtos patológicos. Ao realizar o exame, o médico observou presença de duas úlceras gástricas e de duas úlceras duodenais, aventando a hipótese diagnóstica de síndrome de Zollinger-Ellison.

Tendo em vista esse caso clínico, a respeito da mencionada patologia, julgue os itens a seguir.

- 114. A dosagem de gastrina sérica nessa síndrome está aumentada.
- 115. A mucosa do corpo gástrico tende a apresentar uma atrofia do seu pregueado mucoso em razão da hiperacidez.
- 116. Os efeitos do ácido sobre a mucosa do intestino delgado, além da inativação da lipase em pH baixo, explicam a fisiopatologia da diarreia no quadro.
- 117. A síndrome pode compor o quadro da neoplasia endócrina múltipla tipo 2B.
- 118. O tratamento com inibidor da bomba de próton é feito inicialmente até que seja instituído um tratamento definitivo.
- 119. O tratamento cirúrgico é o tratamento definitivo na maioria dos casos.
- 120. Quando proposto, o tratamento cirúrgico pode envolver tanto a gastrectomia quanto a retirada do gastrinoma.

Área livre**Área livre**