



CONCURSO PÚBLICO 2011

Universidade Federal de Santa Maria

Médico - Gastroenterologia

Nome:

Inscrição:

UFSM

PRRH
P
ro-Reitoria de Recursos Humanos

PROGRAD
UFSM

COPERVES
UFSM

01 Assinale a alternativa que apresenta uma afirmação INCORRETA.

Na pancreatite aguda:

- A Mais de 90% dos pacientes que evoluem com pancreatite necrosante já apresentam a necrose definida na tomografia computadorizada com contraste, com 48 horas de evolução do início da dor.
- B Pancreatite é classificada como aguda, a menos que existam achados de imagem na tomografia computadorizada, ressonância ou na colangiografia endoscópica retrógrada característicos de pancreatite crônica.
- C Complicações locais, como necrose, abscesso e pseudocisto são, segundo os critérios de Atlanta, sinais de pancreatite grave.
- D O grau de elevação da amilase e da lipase não distingue formas leves de formas graves.
- E Em um paciente estável, mesmo com necrose infectada, tratamento intensivo e uso temporário de antibiótico deve ser considerado, no lugar de debridamento cirúrgico imediato, dependendo do tempo de evolução.

02 Qual das seguintes opções é causa neuromuscular de disfagia?

- A Carcinoma esofageano com metástases no mediastino.
- B Osteófitos na coluna vertebral.
- C Disfunção tireoidiana.
- D Radioterapia prévia.
- E Estenose péptica.

03 Mulher de 20 anos de idade, assintomática, veio à consulta com queixa de perceber esclera amarela. Nega episódios de dor, colúria, acolia. Iniciou uso de anticoncepcionais hormonais há 2 ou 3 meses, quando intensificou a icterícia. Nos exames laboratoriais, a bilirrubina total era 4,1 mg%, bilirrubina direta 2,2 mg%, bilirrubina indireta 2,0 mg%. Ecografia abdominal e colangiografia por ressonância demonstraram vias biliares normais. Foi realizada uma biópsia hepática percutânea que mostrou apenas um pigmento grosso, negro, em hepatócitos centrolobulares.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A Hepatite por droga.
- B Colangiopatia autoimune.
- C Síndrome de Gilbert.
- D Síndrome Dubin-Johnson.
- E Cirrose biliar primária.

04 Mulher de 63 anos internou com o quarto episódio de pancreatite num intervalo de tempo de 8 meses. Nessa internação, a amilase era 1.340 UI e a lipase 470 UI. Uma tomografia computadorizada com contraste, realizada durante a hospitalização, evidenciou uma massa cística irregular de 3,5 centímetros no corpo pancreático, associada à dilatação ductal e a edema na cauda. Qual o mais provável diagnóstico para esta paciente?

- A Pancreatite aguda idiopática recorrente.
- B Adenocarcinoma pancreático.
- C Pseudocisto de pâncreas.
- D Neoplasia mucinosa intraductal pancreática.
- E Cisto adenoma pancreático.

05 Aponte a patologia com menor probabilidade de causar dificuldade e confusão diagnóstica com hepatopatia alcoólica.

- A Hepatite B.
- B Hemocromatose hereditária.
- C Síndrome de Budd-Chiari.
- D Fígado gorduroso não alcoólico.
- E Hepatotoxicidade por amiodarona.

06 A mortalidade dos pacientes com hepatite alcoólica grave é alta. Qual dos fatores prognósticos elencados, quando presente, aponta maior mortalidade em 30 dias?

- A Função discriminante de Maddrey maior que 32.
- B Encefalopatia hepática espontânea.
- C Síndrome hepatorrenal.
- D Escore de Child-Pugh.
- E MELD.

07 Marque a afirmação correta.

- A Nos pacientes com hepatite crônica B, HBeAg não reagentes que foram submetidos a tratamento antiviral, o nível sérico de DNA do vírus B inferior a 2.000 UI/ml define uma resposta virológica adequada ao tratamento.
- B O interferon é o tratamento de escolha para a hepatite crônica B HBeAg reagente, porque determina desaparecimento do HBsAg em 40 % dos pacientes, ao final de 6 meses de tratamento.
- C Todos os consensos de tratamento da hepatite crônica B indicam que a escolha do período inicial do tratamento deve ser sempre baseada nos níveis de transaminases e nunca nos achados histopatológicos.
- D Paciente de 20 anos de idade, portador de HBsAg, HBeAg reagente, Anti-HBeAg não reagente, transaminases dentro dos limites da normalidade, níveis séricos de DNA do vírus da hepatite B acima de 1 milhão de UI/ml, deve ser sempre tratado com interferon.
- E Pacientes HBsAg reagente, HBeAg não reagente, anti-HBeAg reagente, com cirrose compensada, pesquisa do DNA sérico do vírus da hepatite B por PCR indetectável, deve ser tratado com entecavir ou tenofovir.

08 Indique a condição que NÃO tem relação com doença celíaca.

- A Transaminases elevadas.
- B Dermatite herpetiforme.
- C Convulsões.
- D Equimoses e petéquias.
- E Psoríase.

09 Considerando a colecistopatia biliar, assinale a afirmação INCORRETA.

- A A estratégia de colecistectomia profilática em todo paciente com menos de 60 anos que apresenta colelitíase assintomática é vantajosa, e o custo benefício é superior em relação à colecistectomia somente em pacientes sintomáticos.
- B Colecistectomia profilática em diabético assintomático não é consenso atualmente, mas colecistectomia imediata deve ser realizada se esses pacientes desenvolverem sintomas.
- C Na colecistite aguda, o uso de antibiótico EV é mandatório, porque pelo menos 40% apresentam bactéria na cultura de bile ou da parede da vesícula. Cefalosporina como a cefoxitina é adequada para os quadros mais leves.
- D A colecistectomia precoce (dentro de poucos dias) é mais adequada para a maioria dos pacientes com colecistite aguda.
- E Colecistectomia é o tratamento preferencial para colecistite aguda acalculosa.

10 Em paciente com cirrose alcoólica, qual das situações elencadas tem maior probabilidade de ser compatível com diagnóstico de carcinoma hepatocelular?

- A Nódulo de 1 a 2 centímetros com alfafetoproteína de 20 ng/ml.
- B Nódulo de mais de 2,5 centímetros hipoecoico na ecografia e alfafetoproteína de 10 ng/ml.
- C Nódulo de 2,5 cm na tomografia com contraste, apresentando reforço na fase arterial e perda desse reforço no centro do nódulo, na fase venosa portal e na fase tardia.
- D Nódulo de 2,5 cm na tomografia com contraste, apresentando ausência de reforço na fase arterial, alfafetoproteína de 40 ng/ml.
- E Dois nódulos com mais de 3 centímetros cada, com alfafetoproteína normal.

11 Paciente masculino de 26 anos, há aproximadamente dois anos tem apresentado episódios de náuseas e vômitos com duração de um a dois dias, com intervalos assintomáticos de dois a três meses. Durante os eventos queixa-se de dor epigástrica leve a moderada. Na história, refere que a mãe (52 anos) tem quadro de cefaleia recorrente acompanhada de náuseas e vômitos desde os 30 anos de idade. Refere que situações de estresse psicológico frequentemente desencadeiam os episódios.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A Enxaqueca.
- B Vômitos funcionais.
- C Gastroparesia idiopática.
- D Síndrome da artéria mesentérica superior.
- E Vômitos cíclicos.

12 Assinale as proposições:

- I - O marcador tumoral CA 19.9 pode ser falsamente baixo na presença de icterícia ou colangite.
- II - Num paciente com tumor pancreático considerado inoperável no pré-operatório, deve ser realizada uma biópsia com agulha fina dirigida com ecografia ou tomografia.
- III - Pequenos implantes metastáticos na superfície peritoneal somente podem ser detectados com laparoscopia e lavado peritoneal.
- IV - Metástases a distância, invasão de artérias como o tronco celíaco ou artéria mesentérica superior, oclusão da veia mesentérica superior ou veia porta, são critérios de irremovibilidade de tumor pancreático. Infelizmente quando a tomografia computadorizada detecta essas lesões, apenas 30% delas se confirmam na laparotomia.
- V - Aproximadamente 40% a 50% dos pacientes com tumores pancreáticos diagnosticados são considerados candidatos à ressecção cirúrgica curativa; o restante é submetido a tratamentos paliativos.

Estão corretas

- A apenas I e II.
- B apenas I e IV.
- C apenas II e III.
- D apenas III, IV e V.
- E I, II, III, IV e V.

13 Paciente masculino de 62 anos, encaminhado pela dermatologia com diagnóstico clínico e histológico de porfiria cutânea tarda. Na avaliação clínica, foi detectada uma história de alcoolismo crônico de 30 anos, com ingestão de aproximadamente 120 gr de álcool/dia. Ao exame físico, há presença de hepatomegalia, fígado endurecido, borda romba, sem ascite, sem edema, sem icterícia. Ecografia mostrando hepatomegalia com sinais de hipertensão porta. Atividade de protrombina de 80%, bilirrubina total 1,2 mg%, 130.000 plaquetas, albumina 3,8 mg/dl, TGO 120, TGP 91, hemoglobina 14,2 mg%, ferritina de 800 mg%, saturação de transferrina de 65%. Dos itens propostos, quais, mais frequentemente, estão relacionados com a patologia do paciente e são importantes na conduta e no tratamento desse caso.

- I - Pesquisa de Anti-HCV.
- II - Pesquisa de IgG sérica.
- III - Pesquisa de mutações do gene HFE.
- IV - Pesquisa de anticorpos antimitocôndria.
- V - Ceruloplasmina sérica.

Estão corretas

- A apenas I e II.
- B apenas II e III.
- C apenas II e IV.
- D apenas I e III.
- E apenas I, IV e V.

14 Analise as afirmações:

- I - Gradiente de albumina soro-ascite menor que 1,1 g/dL sugere hipertensão portal na patogenia da ascite.
- II - Paciente cirrótico com 600 neutrófilos/mm³ no líquido ascítico, creatinina sérica >1,5 mg/dL, bilirrubina total > 4 mg/dL, atividade de protrombina de 56% deve receber 1,5 g de albumina/kg no primeiro dia de tratamento e 1,0 g/kg no terceiro dia, além de antibiótico EV.
- III - Gradiente de albumina soro-ascite maior que 1,1 g/dl tem uma especificidade de 97% para diagnóstico de cirrose.
- IV - Exame do líquido ascítico em um paciente com cirrose, que apresenta mais de 250 neutrófilos / mm³, com glicose menor que 50mg/dl, proteína total maior que 2,5 gr/dl e DHL maior que o limite superior da normalidade, merece investigação radiológica por suspeita de peritonite secundária.
- V - Testes bioquímicos no líquido ascítico que podem ser úteis: Ph, dosagem do lactato e de colesterol.

Estão corretas

- A apenas I, II e IV.
- B apenas I e III.
- C apenas II, IV e V.
- D apenas III e V.
- E apenas II e IV.

15 *Strongyloides stercoralis* é um parasita que vive no solo em regiões endêmicas, tropicais e subtropicais. A larva penetra na pele, causando uma dermatite serpiginosa; migra pelo sistema venoso para pulmão e brônquios, é deglutiída, parasitando o intestino delgado, podendo causar sintomas digestivos como náuseas, dor abdominal, diarreia e perda de sangue oculto. Eventualmente, com uso de corticoide ou imunossupressores, pode causar quadro grave de estrongiloidíase disseminada ou fulminante. Qual o medicamento que, por ser mais eficaz e mais bem tolerado, é mais indicado para o tratamento?

- A Albendazol.
- B Tiabendazol.
- C Ivermectina.
- D Mebendazol.
- E Praziquantel.

16 Assinale a afirmação INCORRETA.

- A Até 40% dos pacientes com diverticulite aguda apresentam hemograma normal, sem leucocitose ou desvio à esquerda.
- B Apesar de o ultrassom ser facilmente disponível e sem radiação, é um procedimento diagnóstico de segunda linha para paciente com suspeita clínica de diverticulite.
- C Apesar do risco de a colonoscopia causar perfuração, na vigência de diverticulite aguda, uma sigmoidoscopia limitada, com mínima insuflação de ar pode, eventualmente, ser útil para excluir patologias como carcinoma ou colite isquêmica.
- D A tomografia computadorizada demonstra que, pelo menos, 70% das diverticulites cursam com pequenos abscessos de menos de 4 mm.
- E Pacientes, após o segundo episódio de diverticulite, não necessariamente precisam ressecção cirúrgica.

- 17 Estudos atuais, principalmente de autores japoneses, concluem que, de todas as pancreatites crônicas, aproximadamente 6% são de etiologia autoimune.

As características dessa patologia são:

- I - Infiltrado de linfócitos e plasmócitos, fibrose, flebite obliterativa do pâncreas.
- II - Infiltrado de linfócitos e plasmócitos, fibrose comprometendo vias biliares, retroperitôneo, glândulas salivares, rins.
- III - Aumento do volume difuso ou focal do pâncreas, com estreitamento irregular do ducto pancreático principal, podendo simular tumor pancreático.
- IV - Aumento da imunoglobulina IgG sérica.
- V - No estágio final, pode apresentar atrofia e calcificação, sendo indistinguível de outras formas de pancreatites crônicas.

Estão corretas

- A apenas I e III.
- B apenas I, III e V.
- C apenas II e III.
- D apenas II e IV.
- E I, II, III, IV e V.

- 18 Paciente masculino de 35 de anos, com queixa de disfagia intermitente há dois anos, geralmente a sólidos, com períodos de semanas ou meses sem sintomas. Nesses dois anos de evolução, a disfagia não tem piorado. Refere pirose retroesternal eventual. Nega sintomas noturnos. Foi submetido a uma endoscopia digestiva alta e a exame de manometria esofageana. Ambos foram normais. Fez uso de 40 mg /dia de pantoprazol durante 3 meses, mas nesse período continuou a apresentar o sintoma. Assinale a conduta mais indicada para esse caso.

- A Realizar nova endoscopia, com múltiplas biópsias e exame histopatológico com contagem de eosinófilos.
- B Dobrar a dose do inibidor de bomba de prótons (IBP).
- C Usar outro IBP, como rabeprazol 40 mg.
- D Prescrever Amtryptilina 25 mg à noite.
- E Solicitar Rx contrastado de esôfago.

- 19 Marque a afirmação correta.

- A Síndrome hepatorrenal se caracteriza por insuficiência renal, com hiponatremia e sódio urinário alto.
- B Uso de diurético de alça é importante para tratar o paciente com síndrome hepatorrenal e oligúria.
- C Óxido nítrico é uma droga vasoativa que melhora a função renal do paciente com síndrome hepatorrenal.
- D O paciente com encefalopatia hepática melhora com uso de antidepressivos tricíclicos.
- E Em paciente cirrótico com peritonite bacteriana espontânea, é recomendado o uso de doses elevadas de albumina humana EV, associadas ao antibiótico.

20 Considerando a diarreia aguda, marque a afirmação INCORRETA.

- A Na diarreia do viajante, 80% dos casos respondem bem ao uso de antibiótico.
- B Os pacientes com quadro clínico de desinteria leve ou moderada só melhoram em 3-7 dias, se usarem antibióticos.
- C Uma percentagem razoável de *Campylobacter jejuni* é resistente a quinolonas.
- D Pacientes com síndrome de gastroenterite com duração maior do que uma semana podem se beneficiar do uso de antibiótico .
- E O quadro clínico de gastroenterite bacteriana é indistinguível da gastroenterite viral.

21 Em relação ao Esôfago de Barrett:

I - Está indicado o controle da obesidade, cessação de tabagismo e dieta rica em fibras, para diminuição do risco de adenocarcinoma.

II - É um fator de risco para adenocarcinoma esofágico. O uso de inibidores de bomba de prótons diminui esse risco.

III - Displasia de baixo grau deve ser acompanhada por endoscopia digestiva e biópsia a cada 6 meses.

IV - Sintomas de refluxo gastroesofágico, com duração superior a 5 anos, predispõem ao Esôfago de Barrett.

V - Episódios de refluxo ácido com duração maior que 5 minutos é fator preditivo para Esôfago de Barrett.

Está(ão) correta(s)

- A apenas I.
- B apenas I, III, IV e V.
- C apenas II, III e V.
- D apenas II e IV.
- E I, II, III, IV e V.

22 Homem, 53 anos, assintomático, foi submetido à colonoscopia. Havia três pólipos, o maior medindo 1,5 cm , que foram removidos com alça de polipectomia. O diagnóstico histopatológico foi de pólipos adenomatosos. Qual a conduta a ser seguida com esse paciente?

- A Colonoscopia em 5 anos.
- B Colonoscopia em 10 anos.
- C Colonoscopia em 1 ano.
- D Colonoscopia em 6 meses.
- E Colonoscopia em 3 anos

23 São fatores de risco para o desenvolvimento de colite pseudomembranosa:

- () Idade avançada e internação hospitalar.
- () Uso de quimioterápicos e cirurgia gastrointestinal.
- () Uso de múltiplos antibióticos e baixos níveis de anticorpos antitoxina.
- () Cateteres nasoentéricos e doença grave.

A sequência correta é

- A F - F - F - V.
- B V - V - V - F.
- C V - F - V - F.
- D F - V - F - F.
- E V - V - V - V.

24 Assinale a alternativa correta em relação ao Tumor Carcinoide Gástrico.

- A O tratamento do tipo I, para lesão menor que 1,0 cm, é a remoção endoscópica.
- B O tipo II é o mais frequente.
- C O tipo III está associado à Síndrome de Zollinger-Ellison.
- D Hipergastrinemia está ausente no tipo II.
- E O tipo I é mais comum em homem.

25 Qual(is) das condições citadas não constitui (em) complicações extraintestinais da colite ulcerativa?

- A Espondilite anquilosante.
- B Uveíte e episclerite.
- C Dermatite herpetiforme.
- D Colangite esclerosante.
- E Anemia hemolítica autoimune.

26 Paciente de 45 anos vem à consulta, referindo diarreia há mais de 4 semanas, com fezes pálidas, volumosas, espumosas, sem sangue, pós-prandial. Relata também perda de peso, apesar da ingestão adequada de alimentos, distensão abdominal e borburismo. O exame padrão-ouro para confirmar esses sintomas é

- A Teste de Sudan III.
- B Elastase fecal menor que 200 ug/g.
- C Dosagem de cálcio sérico.
- D Pesquisa de gordura fecal maior que 7g/dia.
- E Teste do esteatócrito ácido.

27 O gene IBD1 no cromossomo 16 codifica a proteína NOD2 (CARD15). Mutações em IBD1

- A determinam suscetibilidade para Doença de Crohn em pessoas idosas.
- B determinam suscetibilidade para Retocolite Ulcerativa.
- C estão associadas à Doença de Crohn em indivíduos jovens, com comprometimento ileal e risco de estenose.
- D estão associadas ao risco de pancolite e mau prognóstico na RCUI.
- E estão associadas ao risco de desenvolvimento de câncer em RCUI.

28 A Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica propôs, em 1962, a definição de câncer gástrico precoce utilizada atualmente. Câncer Gástrico precoce é o que

- A acomete apenas a mucosa.
- B se apresenta sempre como lesão ulcerada.
- C é circunscrito, nunca se estendendo em superfície além de 1 ou 2 cm.
- D pode invadir a submucosa e ter metástases em linfonodos regionais.
- E se classifica em 4 tipos macroscópicos, segundo a classificação de Yamada.

29 Para um paciente de 20 anos, com mutações no gene APC, portador de Polipose Colônica Familiar com múltiplos pólipos com componente viloso e inúmeros pólipos maiores que 10 mm, qual a conduta mais adequada?

- A Expectante, já que se trata de patologia benigna sem nenhum potencial de malignização.
- B Controle endoscópico a cada dois anos, pois após os vinte anos aumenta o risco de malignização dos pólipos.
- C Colonoscopias seriadas com polipectomias para clarear o cólon das lesões.
- D Indicação de colectomia total, pois o risco de malignidade é extremamente alto.
- E Utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para redução das lesões.

30 Com respeito à gravidez e RCUI, assinale a afirmativa verdadeira.

- A Mulheres com RCUI tendem a ter mais abortos do que as mulheres que não apresentam a doença.
- B Pacientes em remissão, no momento da concepção, tendem a permanecer em remissão durante a gravidez.
- C A Sulfasalazina tem potencial teratogênico, podendo causar kernicterus. É excretada no leite materno, portanto deve ser suspensa.
- D O risco de recorrência com complicações no pós-parto imediato é extremamente elevado.
- E A concepção deve ser tentada quando a RCUI estiver clinicamente ativa, porque a gravidez determina remissão da doença.

31 Faixa colágena subepitelial com menos de 4 micras, visível em biópsias do cólon proximal e que apresenta biópsias retais normais, é consistente com o diagnóstico de

- A Colite Colágena.
- B Colite Linfocítica.
- C Colite Ulcerativa.
- D Cólon Normal.
- E Isquemia do cólon.

32 Com relação à diarreia secretora, assinale a afirmativa FALSA.

- A Persiste com o jejum.
- B Volume fecal é maior que 1 litro por dia.
- C Gap osmótico < 50.
- D Gastrina e polipeptídeo intestinal vasoativo são secretagogos que não estão envolvidos na sua gênese.
- E Frequentemente é o componente mais debilitante da síndrome carcinoide.

33 Assinale a alternativa que apresenta o fenótipo de doença celíaca mais comum.

- A Forma clássica, caracterizada por atrofia vilosa e achados clínicos de má-absorção intestinal.
- B Forma atípica, caracterizada por atrofia vilosa com achados clínicos leves e moderados como deficiência de ferro, osteoporose, baixa estatura e/ou infertilidade.
- C Forma silenciosa, na qual a atrofia vilosa é identificada em testagem de pacientes assintomáticos devido à história familiar de doença celíaca, ou durante uma endoscopia digestiva alta realizada por outras razões.
- D Forma potencial naqueles pacientes que nunca apresentaram uma biópsia consistente com doença celíaca, mas apresentam alterações sorológicas e/ou imunológicas características da doença frequentemente identificada em pacientes com história familiar dessa doença.
- E Forma latente em pacientes que tiveram diagnóstico prévio de doença celíaca que responderam à retirada de glúten, mas que tiveram a arquitetura vilosa do intestino delgado normal após reintrodução do glúten. A forma latente também pode se caracterizar por indivíduos com sorologia elevada da tTG IgA, mas mucosa intestinal que pode subsequentemente desenvolver doença celíaca.

34 Em relação à síndrome de má-absorção, é INCORRETO afirmar:

- A As doenças que fazem parte do grupo classificado como defeito pré-entérico da absorção intestinal, na verdade traduzem mais um distúrbio digestivo do que absorutivo.
- B Apresença de fezes frescas com pH abaixo de 5,5 sugere má-absorção de carboidratos.
- C A linfangiectasia primária é considerada um defeito pré-epitelial da absorção intestinal e caracteriza-se por má-absorção de gorduras e por enteropatia perdedora de proteínas.
- D O teste da D-xilose tem sido usado para estudar a capacidade absorptiva, principalmente do intestino delgado proximal.
- E Adoena celíaca é considerada um defeito epitelial da absorção intestinal.

35 Aponte o procedimento que NÃO deve ser adotado em diarreias infecciosas agudas com febre, tenesmo retal e disenteria.

- A Uso de antiemético.
- B Uso de antibiótico.
- C Uso de anticolinérgicos.
- D Dieta sem resíduos.
- E Uso de reidratação oral.

36 Homem de 45 anos interna com hematêmese e enterorragia. Há uma semana iniciou tratamento com ibuprofeno para lumbalgia. O exame físico revelou PA 80/60, FC 120 bpm. Após correção da instabilidade hemodinâmica, o sangramento aparentemente parou. A endoscopia digestiva alta revelou coágulo aderido na pequena curvatura do estômago, acima da incisura. O coágulo foi facilmente removido pela lavagem e revelou uma úlcera com vaso visível não sangrante. Foi realizado tratamento endoscópico com injeção de álcool 90% e se iniciou Pantoprazol (40mg IV 8/8 horas). O paciente foi mantido na CTI com os cuidados adequados. No entanto, 8 horas mais tarde o paciente desenvolveu hematêmese maciça, voltando a apresentar instabilidade hemodinâmica. Considerando o histórico do paciente, assinale a alternativa correta.

- A Utilização de adrenalina previamente à injeção de álcool, reduziria o risco de ressangramento.
- B A eletrocoagulação deverá ser associada à injeção de álcool, para reduzir o risco de ressangramento.
- C A infusão contínua de Pantoprazol, previne novo sangramento.
- D Ressangramento é uma possibilidade muito alta neste tipo de lesão, mesmo com tratamento adequado.
- E O escore de Rockall não indica internação em CTI.

37 Qual das anormalidades NÃO é manifestação extracolônica da Polipose Adenomatosa Familiar?

- A Adenoma duodenal.
- B Osteomas da mandíbula, crâneo e ossos longos.
- C Pólipos de glândulas fúndicas.
- D Hipertrofia congênita das parótidas.
- E Anormalidades dentárias.

38 Qual das condições NÃO é fator de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal?

- A Dieta com baixo conteúdo de cálcio.
- B Dieta rica em gorduras e baixo consumo de fibras.
- C Uso de AINEs em bases regulares.
- D Mutação do gene APC.
- E Inativação do sistema MMR.

39 Paciente masculino de 46 anos com história familiar de câncer gástrico, submetido à EDA por queixas dispépticas. Achados endoscópicos: lesão ulcerada do estômago na parede anterior do antro proximal, 27 mm, bordas irregulares, revestidas por espessa camada de fibrina, pregas convergentes para a lesão, sem amputação. O exame anatomo-patológico revela processo inflamatório com necrose, sem evidências de neoplasia e presença de *H.pylori*. Teste de urease positivo. A próxima conduta deverá ser

- A solicitar dosagem de CEA e CA 19-9.
- B solicitar ecoendoscopia: lesão hipoecogênica em planos mais profundos e linfonodos satélites são indicativos de malignidade.
- C repetir a biópsia após tratamento com IBP e erradicação do *H.pylori*.
- D encaminhar à cirurgia, pois os sinais endoscópicos são indicativos de malignidade.
- E tratar com IBP por 8 semanas.

40 A citotoxina associada ao gene A do *H.pylori* (CagA) NÃO está relacionada à (ao)

- A ativação de neutrófilos na ausência de opsonização.
- B maior grau de inflamação aguda e crônica.
- C inibição da síntese epitelial de Interleucina-8.
- D maior probabilidade de ulceração péptica (duodenal e gástrica).
- E risco aumentado de desenvolvimento de atrofia glandular, metaplasia e adenocarcinoma gástricos.