

CONCURSO PÚBLICO 2011

Universidade Federal de Santa Maria

Médico - Gastroenterologia

Nome: _____

Inscrição: _____

UFSM

PRRH
Pró-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 grosseiro, 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 hepatorenal.
- (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 assintomático 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 hipoeicoico 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 irressecabilidade 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 deglutido, 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 estrogiloidíase 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, retroperitônio, 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 hepatorenal 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 hepatorenal e oligúria.
- (C) Óxido nítrico é uma droga vasoativa que melhora a função renal do paciente com síndrome hepatorenal.
- (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 desintéria 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) complicação extraintestinal 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 borborigmo. 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 susceptibilidade para Doença de Crohn em pessoas idosas.
- (B) determinam susceptibilidade 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 RCU.
- (E) estão associadas ao risco de desenvolvimento de câncer em RCU.

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 absorptivo.
- (B) A presença de fezes frescas com pH abaixo de 5,5 sugere má-absorção de carboidratos.
- (C) A linfangectasia 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) A doença 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) 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, crânio 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?

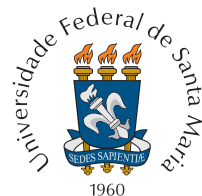
- (A) Dieta com baixo conteúdo de cálcio.
- (B) Dieta rica em gorduras e baixo consumo de fibras.
- (C) Uso de AINEs em bases regulares.
- (D) Mutação do gene APC.
- (E) Inativação do sistema MMR.

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 anatomopatológico 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 hipocogênica 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.



CONCURSO PÚBLICO 2011

Universidade Federal de Santa Maria

GABARITO OFICIAL

Médico - Gastroenterologia

| NÚMERO DA QUESTÃO | ALTERNATIVA |
|-------------------|-------------|
| 01 | A |
| 02 | C |
| 03 | D |
| 04 | D |
| 05 | A |
| 06 | B |
| 07 | A |
| 08 | E |
| 09 | A |
| 10 | C |
| 11 | E |
| 12 | B |
| 13 | D |
| 14 | E |
| 15 | C |
| 16 | D |
| 17 | E |
| 18 | A |
| 19 | E |
| 20 | B |

| NÚMERO DA QUESTÃO | ALTERNATIVA |
|-------------------|-------------|
| 21 | B |
| 22 | E |
| 23 | E |
| 24 | A |
| 25 | C |
| 26 | D |
| 27 | C |
| 28 | D |
| 29 | D |
| 30 | B |
| 31 | D |
| 32 | D |
| 33 | B |
| 34 | C |
| 35 | C |
| 36 | D |
| 37 | D |
| 38 | C |
| 39 | C |
| 40 | C |