



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

**PROGRAMAS – GRUPO 008**

Endoscopia Digestiva (606) e Hepatologia (612).

Data e horário da prova:

*Domingo,*  
*3/12/2017, às 14h*

## 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:

***Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.***

- 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 qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos 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, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- 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 pode 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”**

Realização **iades** |  
Instituto Amador de Almeida

Informações: (61) 3574-7200  
www.iades.com.br

## GASTROENTEROLOGIA

### Itens de 1 a 120

Paciente, 55 anos de idade, com história de astenia e emagrecimento de 10 kg em quatro meses, relatou dor abdominal epigástrica em queimação importante, associada a náuseas, vômitos diários e inapetência. Foi iniciada terapia com omeprazol na unidade básica de saúde, sem melhora. Solicitou-se, então, endoscopia digestiva alta.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. Se não há histórico familiar de câncer gástrico, não é necessário solicitar a endoscopia, tendo em vista a idade desse paciente.
2. Em caso de *Helicobacter Pylori* positivo na endoscopia, não será necessário uso de antibióticos, mesmo com sintomas intensos.
3. Em caso de câncer gástrico com tamanho de 3 cm, limitado à mucosa, há possibilidade de ressecção endoscópica.
4. O etopósido utilizado na quimioterapia paliativa do câncer gástrico está fortemente associado à neutropenia, com nadir entre 7 e 14 dias após o uso.
5. No estágio cirúrgico IA, a sobrevida em cinco anos é de 20%.

Homem, 65 anos de idade, com histórico de colelitíase havia dois anos, aguardava cirurgia eletiva. Procurou a emergência em razão de dor abdominal em faixa, náuseas e vômitos.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

6. No que se refere à pancreatite aguda, aumento de transaminases e idade não estão relacionados à gravidade.
7. Em caso de pancreatite, deve ser solicitada, para esse paciente, primeiramente uma tomografia.
8. Considerando a possibilidade de pancreatite biliar, o paciente deve ser submetido a colecistectomia.
9. O fenofibrato deve ser utilizado para a pancreatite por hipertrigliceridemia.
10. O início precoce da dieta enteral em caso de pancreatite aguda é fator que melhora o prognóstico.

Uma mulher fazia acompanhamento no ambulatório de hepatologia, em razão de cirrose associada ao vírus da hepatite C. No último ano, havia sido internada várias vezes em decorrência de peritonite bacteriana espontânea.

Considerado o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

11. Nos EUA, a principal causa de cirrose é o vírus da hepatite C.
12. Em caso de cirrose por hemocromatose, é necessário realizar *screening* de diabetes.
13. Caso essa paciente apresente platipneia, seria necessário considerar, para o diagnóstico, síndrome hepatopulmonar, apesar da possibilidade de a saturação periférica estar falsamente diminuída no paciente cirrótico.

14. O fato de ter tido PBE no passado não diminui a sobrevida da paciente.
15. Essa paciente não é candidata à profilaxia secundária com quinolona.

Mulher, 70 anos de idade, diabética havia 20 anos, em uso de insulina, apresentou quadro de vômitos pós-prandiais havia cerca de 1 ano. Ela procurou o médico que, após constatar normalidade ao exame físico abdominal, levantou a suspeita de gastroparesia diabética.

Considerando o exame complementar e o tratamento para o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

16. A endoscopia digestiva alta e a metoclopramida são indicadas para o diagnóstico e para o tratamento, respectivamente.
17. A tomografia de abdome é o melhor exame para o diagnóstico.
18. A ecografia de abdome superior pode auxiliar no diagnóstico diferencial.
19. A REED contrastada é superior à cintilografia gástrica.
20. A cintilografia gástrica é o melhor exame diagnóstico frente aos anteriormente citados, e a domperidona é um medicamento de escolha no tratamento.

Homem, cirrótico por etilismo crônico, procurou atendimento na emergência em razão de dor e de aumento da circunferência abdominal, além de edema periférico. O médico da emergência realizou ecografia à beira do leito que evidenciou ascite importante, e, considerando esse resultado, optou por realizar paracentese. No líquido ascítico, havia 225 polimorfonucleados. O exame bacterioscópico foi positivo.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

21. Provavelmente, trata-se de bacterioascite.
22. Poderia tratar-se de peritonite bacteriana espontânea.
23. Deve tratar-se de ascite neutrofílica.
24. Poderia tratar-se de peritonite bacteriana secundária.
25. Poderia tratar-se de ascite exsudativa.

### Área livre

Gestante de 30 semanas procurou a emergência obstétrica com icterícia e prurido intenso, além de colúria e de acolia. Foram realizados exames complementares, que evidenciaram coléstase intra-hepática da gestação.

Considerando as opções de tratamento para essa paciente, julgue os itens a seguir.

26. A melhor opção para tratamento dessa paciente é a colestiramina.
27. O ácido ursodesoxicólico pode ser utilizado nesse caso.
28. A dexclorfeniramina pode ser utilizada em casos leves e em não gestantes.
29. A sertralina tem ação no prurido por coléstase como quelante de ácidos biliares.
30. A Rifampicina não é indicada para tratamento da coléstase da gestação.

Homem, 65 anos de idade, diabético, hipertenso, etilista pesado, procurou atendimento de emergência, queixando-se de dor abdominal, vômitos, inapetência e icterícia havia três dias, sem febre. Foram realizados exames que evidenciam TGO = 520 U/L, TGP = 800 U/L, bilirrubina total = 10 mg/dL, tempo de protrombina = 27/s, amilase = 100 U/L, lipase = 80 U/L e creatinina = 1,2 mg/dL. A ecografia de abdome superior evidenciou cálculos na vesícula biliar, sem espessamento das respectivas paredes, colédoco normal sem cálculos no respectivo interior e fígado com sinais de esteatose.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

31. Trata-se de síndrome hepatorenal tipo I.
32. Pode tratar-se de pancreatite aguda alcoólica, e, nesse caso, o tratamento seria de suporte.
33. Pode tratar-se de pancreatite aguda biliar, e, nesse caso, o tratamento seria de suporte.
34. Trata-se de hepatite alcoólica, e o tratamento, nesse caso, seria com prednisona 40 mg por dia.
35. Trata-se de hepatite alcoólica, e o tratamento, nesse caso, seria com pentoxifilina 400 mg ao dia, se houvesse sinais de infecção associada.

Paciente, 59 anos de idade, sexo masculino, tabagista, hipertenso, com histórico de artrose de joelhos e uso crônico de anti-inflamatórios, procurou atendimento médico em razão de dor epigástrica intensa e de evacuações frequentes com fezes amolecidas, escuras e fétidas havia um dia, além de tontura, sudorese e palidez. Na chegada, apresenta-se hipotenso (PA = 90 mmHg x 50 mmHg), com FC = 120/bpm e sudorético. Iniciou-se reposição volêmica e o paciente foi encaminhado à endoscopia prontamente.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

36. Em caso de úlcera gástrica de 20 mm classe IIA de Forrest (vaso visível e não sangrante), poderia ser realizada biópsia.
37. Em caso de úlcera gástrica de 20 mm classe IIA de Forrest, não haveria necessidade de terapia endoscópica, e o manejo seria realizado com NPO, omeprazol 80 mg IV *in bolus* e manutenção com 40 mg IVA cada 12 horas.

38. Esse caso poderia tratar-se de síndrome de Zollinger-Ellison, que é levemente mais frequente em homens, e cuja manifestação mais frequente é a úlcera duodenal.
39. Em caso de *Helicobacter pilory* positivo e úlcera, essa bactéria deveria ser tratada, o que não seria necessário em caso de linfoma gástrico.
40. Caso a endoscopia demonstrasse úlcera com manchas vermelhas ou escuras (Forrest IIC), não haveria alto risco de ressangramento.

Mulher, 62 anos de idade, ex-tabagista, DPOC, diabética, que fazia uso de omeprazol 20 mg pela manhã por história de doença do refluxo gastroesofágico, procurou atendimento médico apresentando febre de 38,7 °C, tosse produtiva e dor ventilatório-dependente. Foi iniciado tratamento com levofloxacino e a paciente foi liberada para tratamento domiciliar.

Em relação ao omeprazol e à pneumonia adquirida na comunidade, julgue os itens a seguir.

41. A alteração da acidez gástrica e a conseqüente colonização bacteriana no estômago estariam associadas a pneumonia em doentes críticos, devendo-se, então, suspender o omeprazol dessa paciente.
42. Nesse caso, substituir o omeprazol por rabeprazol diminuiria a incidência de pneumonia na paciente.
43. Deve-se manter o omeprazol e avaliar risco e benefício, já que novos estudos mostram que comorbidades são fatores relevantes no risco de pneumonia em usuários de inibidor de bomba de prótons.
44. Suspender o omeprazol por 30 dias após o tratamento da pneumonia e reiniciar o uso após esse período é uma opção que diminuiria o risco de pneumonia nessa paciente.
45. Existem estudos que apontam a eficácia do uso de inibidor de bomba de prótons para pneumonia adquirida na comunidade, e não para pneumonia em doentes críticos.

Área livre

Mulher, 80 anos de idade, acamada por AVC isquêmico prévio, foi internada na enfermaria da gastroenterologia por quadro inicial de diarreia, com evolução para distensão abdominal importante, vômitos e ausência de evacuações nos últimos cinco dias. Foi realizado TC de abdome que evidenciou distensão colônica difusa sem identificar ponto obstrutivo. Foi conduzido toque retal sem evidências de fezes em ampola retal.

A respeito da hipótese de pseudo-obstrução intestinal (síndrome de Olgivie) e das medidas a serem tomadas. Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

46. Deve-se iniciar NPO com sonda nasogástrica aberta em frasco por, pelo menos, 48 horas e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos.
47. Na ausência de resposta às medidas iniciais e persistência de distensão em ceco evidenciado por Raio X de abdome, a alternativa é o uso da neostigmina.
48. A colonoscopia descompressiva não deve ser realizada nessa situação.
49. A cecostomia cirúrgica é uma opção terapêutica, para esse caso.
50. Nesse caso, é mais indicado o uso de laxativos irritativos que o uso de sonda retal.

Homem, 62 anos de idade, iniciou acompanhamento no ambulatório de hepatologia em razão de cirrose hepática Child B. Não havia histórico de sangramento digestivo exteriorizado. O paciente, então realizou primeira endoscopia digestiva alta, que demonstrou varizes de pequeno calibre com pontos vermelhos.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

51. Devem-se realizar profilaxia com propranolol e acompanhamento endoscópico anual.
52. Para essa situação específica, a profilaxia com nitrato e o acompanhamento endoscópico anual são medidas mais eficazes que o uso de betabloqueador.
53. Deve-se realizar profilaxia primária semelhante à realizada para variz de médio calibre.
54. Deve-se realizar ligadura elástica, em razão da presença de pontos vermelhos.
55. Nesse caso, somente o acompanhamento endoscópico é superior à profilaxia primária medicamentosa.

Paciente, 40 anos de idade, investigava de cirrose sem causa conhecida. Foram descartadas hepatites virais, uso de álcool e síndrome metabólica. No último ano, o paciente havia apresentado sintomas psiquiátricos, e o médico psiquiatra emitiu diagnóstico de transtorno do humor bipolar.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

56. Nesse caso, os sintomas psiquiátricos são associados à encefalopatia hepática, muito frequente na hepatite autoimune.
57. Nesse caso, considerar a doença de Wilson e dosar o nível sérico de chumbo.

58. A ceruloplasmina seria uma ferramenta de auxílio ao diagnóstico desse caso.
59. Caso haja hemorragia digestiva alta, poderia haver piora dos sintomas psiquiátricos.
60. Em mulheres, a deficiência de alfa-1 antitripsina é a principal hipótese diagnóstica em contexto de cirrose sem causa conhecida.

Paciente, 70 anos de idade, do sexo masculino, com cirrose alcoólica Child C em acompanhamento, levou à consulta exame de imagem de abdome superior contrastado que demonstrou nódulo hepático de 3 cm com captação na fase arterial e *washout* venoso.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

61. Se a alfafetoproteína for maior que 400 ng/mL, o diagnóstico de hepatocarcinoma está praticamente confirmado.
62. A biópsia hepática negativa exclui o diagnóstico de hepatocarcinoma.
63. Esse paciente é candidato à hepatectomia parcial.
64. Caso confirmado o hepatocarcinoma, injeção tumoral de etanol é uma possibilidade terapêutica.
65. Metástases a distância não contraindicam o transplante hepático no hepatocarcinoma.

Paciente, 49 anos de idade, sexo masculino, era diabético e fazia uso de insulina no respectivo domicílio. Havia 10 dias, iniciou-se quadro de dor no abdome superior, inapetência e febre alta. Procurou a emergência e realizou ecografia do abdome superior, que mostrou várias imagens sugestivas de abscesso hepático de cerca de 4 cm a 5 cm as hemoculturas revelaram *Klebsiella spp.*

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

66. Nesses casos, a sensibilidade da ecografia é maior que a da tomografia computadorizada.
67. *Klebsiella spp* é um patógeno frequente em abscessos hepáticos de pacientes diabéticos e a endoftalmite é uma complicação associada.
68. O tempo total de antibioticoterapia é de 4 semanas a 6 semanas.
69. A taxa de sucesso da drenagem do abscesso hepático é alta principalmente em abscessos únicos.
70. Abscessos hepáticos piogênicos normalmente são polimicrobianos.

Área livre

Mulher, 30 anos de idade, procurou atendimento no ambulatório de gastroenterologia por disfagia baixa para sólidos e líquidos, vômitos e perda de peso havia 4 meses. Relatou, ainda, tosse seca, de longa data, além de crises de broncoespasmo ao deitar-se. Negou histórico de etilismo ou tabagismo.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

71. A esofagografia baritada é uma boa opção diagnóstica nesse caso.
72. A principal hipótese, nesse caso, é de obstrução mecânica, e a endoscopia digestiva alta é o exame de escolha.
73. No Brasil, doença de Chagas é uma hipótese etiológica possível para esse caso.
74. A esofagomanometria é o principal exame diagnóstico para esse caso.
75. Em casos de megaesôfago avançado, a esofagectomia não diminui o risco de incidência de câncer.

Mulher, 65 anos de idade, procurou atendimento em unidade básica de saúde próxima à respectiva residência para realizar exames de rotina. Assintomática, na anamnese, ela informa o médico de que a própria mãe havia tido câncer colorretal aos 60 anos de idade.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

76. Essa paciente deveria ter realizado uma colonoscopia aos 50 anos de idade.
77. Em caso de câncer de cólon esquerdo, o principal sintoma é a anemia, diferentemente do câncer de cólon direito, que pode ser assintomático.
78. Em caso de cânceres retais, as metástases pulmonares podem anteceder as hepáticas, em razão do sistema de drenagem retal.
79. As doenças inflamatórias intestinais não são consideradas fatores de risco para câncer colorretal.
80. Alguns estudos têm relacionando a dieta rica em gorduras com o câncer colorretal.

Homem, 55 anos de idade, hipertenso e etilista (60 g de álcool por dia) e tabagista havia 40 anos (duas cartelas de cigarro por dia), deu entrada no pronto-socorro apresentando hematoquezia importante havia 8 horas, com hipotensão (80 mmHg x 50 mmHg) e FC = 132 bpm. Estava com confusão mental no momento da admissão e negava hematêmese. Não havia melena. Após manobras de estabilização do paciente, este foi submetido a endoscopia digestiva baixa, cujo resultado foi normal. Foi realizada cintilografia com hemácias marcadas, que demonstrou sangramento ativo em cólon descendente.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

81. Para hemangiomas sangrantes no cólon, é indicado o tratamento endoscópico com o uso de adrenalina com termocoagulação.

82. Em caso de doença diverticular, é correto tratar o sangramento ativo com injeção de adrenalina isoladamente.
83. Até 10% dos pacientes como o do caso clínico apresentam hemorragia digestiva baixa grave por doença hemorroidária.
84. A cintilografia com hemácias marcadas tem baixa sensibilidade para detectar sangramento ativo.
85. O trânsito gastrointestinal acelerado pode ser causa de hematoquezia.

Homem, 60 anos de idade, apresentou disfagia progressiva havia 6 meses e fraqueza generalizada, emagrecimento (perda de 20% do peso). Tinha histórico de etilismo e tabagismo pesado havia 45 anos. Negou quaisquer queixas relacionadas à pirose.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

86. Provavelmente trata-se de adenocarcinoma de esôfago, em razão dos fatores de risco aos quais o paciente está exposto.
87. Níveis baixos de selênio têm relação com o aumento de adenocarcinoma de esôfago.
88. Na endoscopia digestiva alta, lesões que não são tingidas com lugol provavelmente são de carcinoma de células escamosas, uma vez que essas lesões geralmente são desprovidas de glicogênio.
89. O adenocarcinoma ocorre com maior frequência no esôfago distal.
90. A maior causa de tumores de esôfago ainda é o carcinoma de células escamosas. Entretanto, a incidência de adenocarcinoma de esôfago vem aumentando consideravelmente.

Área livre

Homem, 45 anos de idade, procurou o gastroenterologista por apresentar refluxo gástrico, disfagia e impação do alimento no esôfago. Além disso, apresentava dor epigástrica importante. O médico, antes de solicitar uma endoscopia, fez um teste com inibidor de bomba de prótons em dose dobrada e com um medicamento procinético por 8 semanas. Entretanto, não houve qualquer melhora dos sintomas. O médico, então, solicitou uma endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite com presença de anéis circulares empilhados. Foi levantada a hipótese de esofagite eosinofílica.

91. Deve haver, pelo menos, 10 eosinófilos por campo para o diagnóstico histopatológico.
92. Esôfago de pequeno calibre é frequentemente encontrado nessa patologia.
93. Aproximadamente de 50% a 60% dos pacientes com esse quadro têm IgE sérica aumentada.
94. Atualmente, a dilatação esofágica tem sido mais empregada em pacientes com falha na resposta à terapia convencional.

Paciente, 35 anos de idade, HIV positivo, com CD4 = 96 células/mm<sup>3</sup>, relatou intensa odinofagia, referindo intensa dor retroesternal ao deglutir os alimentos. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesões brancas na mucosa do esôfago.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

95. Esse tipo de infecção ocorre em pacientes com CD4 menor que 200.
96. O voriconazol parece ser melhor que o fluconazol no tratamento dessa patologia.
97. Em caso de paciente gestante, a anfotericina B deve ser utilizada no tratamento dessa enfermidade.
98. Se, em 72 horas de tratamento, o paciente não melhorar, deve-se realizar nova endoscopia.
99. Para essa patologia, a classificação de Zargar deve ser usada pelo endoscopista.

Mulher, 60 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro por icterícia, colúria e acolia havia duas semanas. Ela referiu que, havia 10 meses, vinha apresentando importante dor abdominal e perda de 10% do peso corporal. Não teve febre. Foram solicitados exames de laboratório que demonstraram bilirrubinas totais = 20, sendo que destas, 16 eram de bilirrubina direta. Foi solicitada uma colangiorrressonância magnética, que evidenciou massa de 3 cm x 2 cm x 2,3 cm de aspecto infiltrativo, compatível com colangiocarcinoma intra-hepático.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

100. Nessa patologia, colangite é incomum.
101. CA 19-9 acima de 1.000 UI/mL indica doença avançada.
102. A IgG4 pode estar aumentada nessa patologia.
103. A PET CT tem resultados ruins na busca por metástases ocultas.
104. O colangiocarcinoma intra-hepático geralmente ocorre em pacientes com cirrose estabelecida.

Mulher, 20 anos de idade, foi ao ambulatório para realizar exames de rotina, pois não os realizava havia muito tempo. A paciente não apresentava nenhum sintoma, nem quaisquer queixas. Foram, então, solicitados exames de sangue, indicaram leve alteração das transaminases e aumento da fosfatase alcalina. Ao repetirem-se os exames, foram confirmados os valores elevados. Foi solicitada medição do anticorpo antimitocondria, que se revelou fortemente aumentado.

105. É frequente encontrar aumento das bilirrubinas nessa patologia.
106. Os níveis de colesterol podem estar acima de 1.000 mg/dL em pacientes com xantomas.
107. A principal patologia reumática associada a essa patologia é a artrite reumatoide.
108. Alterações nas transaminases tendem a ser grandes nessa patologia.
109. O anti-Gp210 é associado a pior prognóstico em relação à falência hepática.

Menina, 14 anos de idade, vinha apresentando perda de peso, elevação de transaminases, fadiga e emagrecimento. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram aumento das transaminases, 1,5 vezes acima da normalidade; bilirrubinas normais; e fosfatase alcalina normal. A paciente não tinha histórico de etilismo ou de tabagismo. Foram solicitados, em nova consulta, exames complementares de sangue que evidenciaram presença de títulos anti LKM-1. Foi solicitada medição do antimitocôndria, que resultou negativo. A sorologia para todas as hepatites virais foi negativa.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

110. Trata-se de uma provável hepatite autoimune tipo (HAI) III.
111. Essa doença acomete mais mulheres que homens.
112. A progressão para cirrose nessa hepatite autoimune é mais importante, quando comparada à HAI tipo I.
113. Os anticorpos anti LKM-1 associados à hepatite C são mais homogêneos quando comparados aos anticorpos anti LKM-1 associados à hepatite autoimune.
114. Essa HAI responde menos ao tratamento com corticoide quando comparada à HAI tipo I.
115. Pode haver acometimento renal associado a essa patologia.

Área livre

Paciente, 50 anos de idade, agricultor, previamente hígido, foi ao ambulatório por apresentar diarreia havia 30 dias. Negou histórico de febre, náuseas e vômitos e viagens recentes. Negou etilismo e tabagismo. Relatou pelo menos cinco episódios por dia em que apresenta queixas compatíveis com esteatorreia. Referiu que usava água de poço artesiano. O médico, então, caracterizou o quadro como síndrome disabsortiva.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

116. A giardíase apresenta-se com esteatorreia, e, na maioria dos casos, o hemograma indica eosinofilia importante.
117. O padrão ouro de esteatorreia ainda é a medida de gordura fecal.
118. O teste da D-xilose avalia, principalmente, a capacidade de absorção da porção distal do intestino delgado.
119. Caso a vitamina D esteja baixa, podem-se esperar tetanismo e parestesias.
120. Caso a causa de má absorção seja referente a carboidratos, haverá diminuição de hidrogênio exalado no teste respiratório.

Área livre