

Reclamações de Gastreenterologia
Prova de Seriação 2010

EXAME C1 (Branco)

A análise das questões de Gastreenterologia pelo júri de recurso bem como das múltiplas reclamações suscitadas permitiu as seguintes conclusões:

81. Relativamente ao doente com dispepsia é FALSO que:

1. A dispepsia funcional (DF) é a causa em 60 % das situações.
2. O exame físico é habitualmente normal na DF.
3. O sucralfato terá eficácia comparável aos antagonistas dos receptores H2 da histamina no tratamento da doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE).
- 4. A erradicação da infecção pelo *Helicobacter pylori* agrava os sintomas da DRGE.**
5. Alguns clínicos sugerem que os doentes com desconforto pós-prandial podem responder preferencialmente aos procinéticos.

A alínea 3) deve ser considerada verdadeira com base no livro de texto- *"Sucralfate is a salt of... Its efficacy is felt to be comparable to that of H2 antagonists"* (pag 245 col esq 5º parágrafo), embora a prática clínica não seja completamente coincidente.

A alínea 4) é falsa com base no livro de texto- *"However, eradication of the infection does not worsen GERD symptoms"* (pag 245 col esq 6 parágrafo) e nem mesmo a frase *"Since, at the individual level, GERD symptoms may decrease, worsen or remain unchanged after treatment targeting H. pylori, concerns about GERD should not affect decisions about H. pylori treatment when a definite indication exists."* (pag 947 col dta 2º parágrafo) é suficiente para a considerar definitivamente verdadeira. Assim deveria ser a alínea escolhida, por ser falsa.

Todas as outras alíneas são inequivocamente verdadeiras.

Deste modo considera o júri de recurso, embora compreendendo a razão subjacente a algumas reclamações, que nesta questão só a alínea 4 é falsa, sendo a única opção correcta.

Justificação

1. 243 D 4º
2. 244 E 5º
3. 245 E 5º
- 4. 245 E 6º /947 D 2ª**
5. 245 D 1º/245 E 7º

82. Relativamente ao doente com diarreia aguda, é FALSO que:

1. Mais de 90 % dos casos são causados por agentes infecciosos.
2. A síndrome de Reiter pode complicar infecções como as causadas pela *Yersinia*.
3. A *Shigella* é um dos agentes potencialmente implicados na síndrome hemolítica-urémica.
4. A maioria dos episódios não requer manobras diagnósticas nem terapêuticas específicas.
- 5. A loperamida pode ser útil no tratamento sintomático da disenteria moderada a grave na presença de febre.**

A alínea 5) é inequivocamente falsa sendo todas as outras verdadeiras pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 247 E 6º
2. 248 E 2º
3. 248 E 2º
4. 248 D 1º

5. 249 E 4º

83. Sobre a hemorragia digestiva alta, é FALSO que:

1. A recomendação de pelo menos 3 dias de internamento na úlcera péptica sangrante (UPS) sem base limpa, deve-se a que a maioria das recidivas da hemorragia ocorre nesse período.
- 2. A taxa de mortalidade da UPS em doentes com menos de 60 anos e sem co-morbilidade significativa é inferior a 1 %.**
- 3. Na ausência macroscópica de sangue no conteúdo da sonda naso-gástrica, a pesquisa de sangue oculto no aspirado poderá ter utilidade.**
4. A hemoglobina poderá apresentar-se normal ou ligeiramente diminuída na fase inicial de uma hemorragia digestiva grave.
5. Devem ser administrados antibióticos (nomeadamente quinolonas) no tratamento da rotura de varizes do esófago em doentes com cirrose hepática.

A alínea 3) é inequivocamente falsa.

A alínea 2) também é falsa, pois a mortalidade inferior a 1% está relacionada com a hemorragia digestiva alta (HDA) em geral e não com a UPS- *"The annual incidence of ... for UGIB in USA and Europe is The mortality rate for patients <60 years in the absence of major concurrent illness is <1%"*- (pág 257 col esq. 4º parágrafo).

Todas as outras alíneas são indiscutivelmente verdadeiras.

83. Sobre a hemorragia digestiva alta, é FALSO que:

1. A recomendação de pelo menos 3 dias de internamento na úlcera péptica sangrante (UPS) sem base limpa, deve-se a que a maioria das recidivas da hemorragia ocorre nesse período.
- 2. A taxa de mortalidade da UPS em doentes com menos de 60 anos e sem co-morbilidade significativa é inferior a 1 %.**
- 3. Na ausência macroscópica de sangue no conteúdo da sonda naso-gástrica, a pesquisa de sangue oculto no aspirado poderá ter utilidade.**
4. A hemoglobina poderá apresentar-se normal ou ligeiramente diminuída na fase inicial de uma hemorragia digestiva grave.
5. Devem ser administrados antibióticos (nomeadamente quinolonas) no tratamento da rotura de varizes do esófago em doentes com cirrose hepática.

A alínea 3) é inequivocamente falsa, mas a alínea 2) também, pois a mortalidade inferior a 1% está relacionada com a HDA em geral e não com a UPS. Todas as outras alíneas são verdadeiras.

Deste modo, deve aceitar-se como respostas correctas as alíneas 2) e 3).

Justificação

1. 257 D 2º
- 2. 257 E 4º**
- 3. 259 D 2º**
4. 259 E 4º
5. 258 E 4º

84. Da seguinte lista de fármacos, qual deles tem MENOR probabilidade de provocar hepatite colestática?

- 1. Paracetamol.**
2. Clorpromazina.
3. Eritromicina.
4. Ampicilina.
5. Ácido clavulânico.

O paracetamol é inequivocamente o fármaco a escolher pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 264 E 6º

2. 265 E 1º

3. 265 E 1º

4. 265 E 1º

5. 265 E 1º

85. Qual das seguintes causas de ASCITE cursa habitualmente com baixo gradiente de albumina (< 1,1 g/dL)?

1. Síndrome de Meigs.

2. Carcinomatose peritoneal.

3. Síndrome de Budd-Chiari.

4. Metástases hepáticas.

5. Hepatite alcoólica.

A alínea 2)- carcinomatose peritoneal é inequivocamente a situação em que a ascite cursa com baixo gradiente de albumina (<1.1g/dL) pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 268 D 1º/268 E 3º

2. 267 D 1º

3. 267 D 1º

4. 267 D 1º

5. 267 D 1º

86. Em relação à acalásia, uma patologia motora do músculo liso do esófago, é FALSO que:

1. A anomalia subjacente é a perda de neurónios intra-murais.

2. O espasmo difuso do esófago pode evoluir para acalásia.

3. A disfagia para sólidos e líquidos é um dos sintomas.

4. A colecistoquinina provoca relaxamento paradoxal do esfíncter esofágico inferior.

5. A pressão basal do esfíncter esofágico inferior é normal ou elevada, havendo redução ou ausência de relaxamento induzido pela deglutição.

A alínea 4) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1849 D 2º

2. 1850 D 2º

3. 1850 E 2º

4. 1850 E 4º

5. 1850 E 4º

87. Sobre a infecção pelo *Helicobacter pylori* (Hp), nomeadamente em doentes com úlcera péptica, é VERDADE que:

1. O Hp pode ligar-se às células epiteliais da mucosa gástrica e frequentemente invade-as.

2. O Hp está actualmente presente em mais de 90 % dos casos de úlcera duodenal.

3. A sua prevalência aumenta com a idade dos doentes.

4. A infecção crónica predominante do corpo gástrico predispõe à úlcera duodenal.
5. A urease do Hp permite a metabolização de NH₃, molécula protectora das células da mucosa epitelial.

A alínea 2) é aparentemente verdadeira com base nos conhecimentos adquiridos, mas, o livro de texto refere que actualmente a prevalência do Hp na UD é mais baixa (pag 947 col esq 2º parágrafo e pag 1858 col dta 4º parágrafo) pelo que deve ser considerada falsa. A alínea 3 é indiscutivelmente verdadeira pelo que deveria ser a escolhida. Todas as outras alíneas são falsas.

Deste modo o júri de recurso considera todas as reclamações improcedentes.

Justificação

1. 1858 E 6º
2. 1858 D 4º /947 E 2º
- 3. 1858 D 2º**
4. 1859 E 4º
5. 1858 D 6º

88. Em relação à enteropatia com perda de proteínas (EPP), qual das afirmações é FALSA?

1. Em geral a perda de proteínas é não-selectiva.
- 2. A α 1-antitripsina pode ter utilidade no diagnóstico das perdas gástricas de proteínas.**
3. A linfangiectasia intestinal pode estar presente em cerca de metade dos casos de doença linfática periférica intrínseca.
4. A linfopenia num doente com hipoproteïnemia favorece o diagnóstico de EPP.
5. O tratamento da hipoproteïnemia na linfangiectasia intestinal pode beneficiar de dieta hipolipídica e da administração de triglicéridos de cadeia média.

A alínea 2) é inequívocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1884 D 4º
- 2. 1884 D 4º**
3. 1885 E 1º
4. 1884 D 4º
5. 1885 D 3º

89. Em relação à doença de Crohn, é FALSO que:

1. Os sintomas sistémicos estão frequentemente presentes.
- 2. A positividade para anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) é frequente.**
3. O recto está frequentemente poupado.
4. As estenoses intestinais são frequentes.
5. A colite segmentar é típica da doença.

A alínea 2) é inequívocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1892 T 289-4
- 2. 1892 T 289-4**
3. 1892 T 289-4
4. 1892 T 289-4
5. 1892 T 289-4

90. São múltiplos os fármacos utilizados na terapêutica da doença inflamatória intestinal.

É FALSO que:

1. Sulfasalazina e derivados de 5-ASA estão indicados na terapêutica da colite ulcerosa e da doença de Crohn cólica de gravidade ligeira a moderada.
2. A pouchite após colectomia e anastomose ileo-anal em doentes com colite ulcerosa responde habitualmente a antibioterapia com metronidazol ou ciprofloxacina.
3. Os corticóides são úteis na colite ulcerosa ou doença de Crohn de gravidade moderada a severa.
- 4. Azatioprina é útil na doença inflamatória intestinal corticodependente, observando-se eficácia apenas após 8 a 12 semanas de terapêutica.**
5. O metotrexato numa dose de 15 mg/semana é eficaz na manutenção da remissão da doença de Crohn activa.

A alínea 4) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1895 E 3º
2. 1896 E 3º
3. 1895 D 4º/D 6º
- 4. 1896 E 5º**
5. 1896 E 7º

91. Relativamente à doença diverticular do cólon, é FALSO que:

1. Afecta perto de metade da população ocidental com mais de 60 anos.
2. Os anti-inflamatórios não esteróides aumentam o risco de hemorragia diverticular.
3. Quando complicada de diverticulite aguda, perto de 75 % dos doentes hospitalizados não requer cirurgia.
4. O tipo de divertículo do cólon mais comum é o pseudo-divertículo.
- 5. A doença manifesta-se mais cedo na mulher do que no homem.**

A alínea 5) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1903 E 1º
2. 1903 D 2º
3. 1904 D 6º
4. 1903 D 1º
- 5. 1903 E 1º**

92. Relativamente à isquemia intestinal, é FALSO que:

1. A isquemia aguda é mais comum que a crónica.
- 2. Se há suspeita de colite isquémica deve evitar-se a colonoscopia.**
3. A taxa de mortalidade é superior a 50 %.
4. A trombose venosa mesentérica associa-se habitualmente a estados de hipercoagulabilidade.
5. A insuficiência venosa mesentérica é a forma com melhor prognóstico.

A alínea 2) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1910 E 1º
- 2. 1911 D 2º**
3. 1910 D 3º
4. 1910 E 1º
5. 1911 D 4º

93. Em relação às provas ou testes hepáticos, é VERDADE que:

- 1. Podem ser normais em doentes com patologia hepática grave.**
2. Frequentemente sugerem um diagnóstico etiológico específico.
3. As aminotransferases e a fosfatase alcalina permitem avaliar a função de síntese hepática.
4. A função hepática é facilmente mensurável por testes sanguíneos.
5. Não permitem agrupar os doentes nas categorias de lesão hepatocelular ou colestática.

Nesta questão apenas a alínea 1) é verdadeira, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

- 1. 1923 E 7º**
2. 1923 D 2º
3. 1923 D 3º
4. 1923 D 3º
5. 1923 D 2º

94. Relativamente ao tratamento da hepatite viral aguda, é FALSO que:

1. A maioria dos autores recomenda o uso de antivirais no tratamento da hepatite B aguda grave.
2. Elevações ligeiras das aminotransferases, com bilirrubina e tempo de protrombina normais, não devem impedir que os doentes retomem a sua vida normal.
- 3. Nas formas graves, os glucocorticóides podem ser úteis.**
4. A maioria dos autores recomenda tratar a hepatite C aguda com interferão peguillado e ribavirina, durante 24 semanas.
5. Restringir o exercício e propor dieta hipercalórica, sobretudo no período matinal, pode ser útil.

A alínea 3) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1946 E 2º
2. 1946 D 1º
- 3. 1946 E 3º**
4. 1946 E 2º
5. 1946 E 3º

95. Qual dos seguintes antivirais proporia – atendendo à eficácia, potência e perfil de resistências mais favoráveis – para o tratamento da hepatite B crónica resistente à lamivudina?

1. Telbivudina.

2. Entecavir.
- 3. Adefovir.**
4. Entricitabina.
- 5. Tenofovir.**

Com base no livro de texto as alíneas 3 (adefovir) e 5 (tenofovir) são verdadeiras- pag 1960 col dta 2º parágrafo, embora clinicamente se deva utilizar preferencialmente o tenofovir conforme a grelha referenciada pelo júri.

Deste modo, considera o júri de recurso, que se deve aceitar como correctas as alíneas 3 e 5.

Justificação

- 1.1962 E 6º
- 2.1960 D 2º
- 3.1960 D 2º**
- 4.1962 E 6º
- 5.1960 D 2º**

96. Na doença hepática alcoólica, é FALSO que:

1. A ingestão de 160 g de álcool/dia aumenta em 25 vezes o risco de desenvolver cirrose alcoólica.
2. Apenas 10 % a 20 % dos alcoólicos irão desenvolver hepatite alcoólica.
3. A biopsia hepática deve ser efectuada sempre que possível para confirmar o diagnóstico de hepatite alcoólica.
4. Leucograma com neutrófilos > 5500 células/mL, na presença de função discriminante (ou índice discriminativo) > 32 pontos, prediz hepatite alcoólica grave.
- 5. A cirrose hepática está presente em até 10 % dos doentes com hepatite alcoólica comprovada histologicamente.**

A alínea 5) é inequívocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1969 E 2º
2. 1969 E 1º
3. 1971 E 1º
4. 1970 T 301-2
- 5. 1970 D 1º**

97. Em relação aos factores de risco para doença hepática alcoólica, é FALSO que:

- 1. A lesão hepatocelular provocada pelo álcool necessita de algum grau de desnutrição concomitante.**
2. A infecção concomitante pelo vírus da hepatite C associa-se a alterações histológicas mais avançadas em doentes jovens e a uma redução da sobrevida.
3. As mulheres têm maior susceptibilidade a doença hepática alcoólica quando ingerem quantidades de álcool superiores a 20 g/dia.
4. A obesidade poderá potenciar o efeito hepatotóxico do álcool.
5. Polimorfismos genéticos do citocromo P4502E1 têm sido documentados em doentes com doença hepática alcoólica.

A alínea 1) é inequívocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1969 T 301-1
2. 1969 T 301-1
3. 1969 T 301-1
4. 1969 T 301-1
5. 1969 T 301-1

98. Em relação à cirrose biliar primária (CBP), é FALSO que:

1. Histologicamente caracteriza-se por inflamação portal e necrose de colangiócitos de ductos biliares de pequenas e médias dimensões.
2. Os anticorpos antimitocondriais estão presentes em cerca de 90 % dos doentes.
3. **O subtipo IgG das imunoglobulinas está tipicamente aumentado.**
4. A maioria dos doentes é assintomática e diagnosticada muito antes das manifestações de doença hepática avançada.
5. Hiperpigmentação, no tronco e membros superiores, e xantelasmas, são sinais clássicos da CBP.

A alínea 3) é inequivocamente falsa , sendo as outras verdadeiras, pelo que todas as reclamações são improcedentes.

Justificação

1. 1974 E 5º
2. 1974 E 6º
3. **1974 D 4º**
4. 1974 D 2º
5. 1974 D 3º

99. São causas de hipertensão portal intra-hepática, todas as seguintes patologias, EXCEPTO uma. Indique-a:

1. Schistosomíase.
2. Cirrose hepática.
3. Hepatite alcoólica.
4. **Síndrome de Budd-Chiari.**
5. Síndrome veno-oclusiva.

Com base na tabela da página 1976 do livro de texto apenas o Síndrome de Budd-Chiari não é causa de hipertensão portal intra-hepática, pelo que se consideram todas as reclamações improcedentes.

Justificação

1. 1976 T 3º
2. 1976 T 3º
3. 1976 T 3º
4. **1976 T 3º**
5. 1976 T 3º

100. Qual dos seguintes NÃO é habitualmente considerado factor de mau prognóstico na pancreatite aguda?

1. **Amilasemia ≥ 5 vezes o limite superior do valor normal.**
2. PCR > 150 mg/L na admissão.
3. Hipoxemia < 60 mmHg.
4. Presença de 3 critérios de Ranson.

5. Índice de massa corporal > 30 kg/m².

Indiscutivelmente, a alínea 1) não constitui factor de mau prognóstico na pancreatite aguda pelo que deveria ser a resposta escolhida. Todas as outras constituem factores de mau prognóstico. Consideram-se todas as reclamações improcedentes.

Justificação

1. 2007 D 5º

2. 2008 D 4º

3. 2008 T 307-2

4. 2008 T 307-2

5. 2008 T 307-2