

PROCEDIMENTO CONCURSAL DE INGRESSO NO IM 2019

PROVA NACIONAL DE SERIAÇÃO

JÚRI DE RECURSO – GASTROENTEROLOGIA

A análise das reclamações foi baseada na informação presente no livro de texto “*Harrison’s Principles of Internal Medicine*”, 19ª Edição (versão física).

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	21 -alínea 2	41 – alínea 3	1- Alínea 1
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a linha que afirma “Relativamente aos riscos dos procedimentos endoscópicos, assinale a afirmação falsa: (...) A pancreatite está descrita em cerca de 5% das CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica)”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít. 345, pág.1884: “ERCP carries additional risks. Pancreatitis occurs in about 5% of patients undergoing the procedure.” Foram apresentadas duas reclamações referindo citações extraídas de “guidelines” da American Society for Gastrointestinal Society (ASGE) e da European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), que referem valores diferentes para a incidência da complicação pancreatite aguda pós-CPRE, respectivamente 3 a 10% e 3.5%. A referência a uma meta-análise com um valor de incidência de 9,7%, contida nas “guidelines” da ASGE, constitui mais um dado isolado da literatura, pelo que não se equipara à referência académica em livro de texto, nem sequer à orientação adoptada em “guidelines”, que abrangem múltiplas fontes bibliográficas. A referência da alínea a um valor “cerca de 5%” corresponde à frase do livro de texto (“in about 5%”) e não contradiz a amplitude de variação referida nas “guidelines”.		
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	22- alínea 5	42- alínea 1	2 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à diarreia aguda, qual das seguintes afirmações é falsa: (...) O desenvolvimento de um quadro persistente de diarreia é frequente na infestação intestinal por Giardia”, considerada verdadeira		

	na chave da prova.
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít. 55, pág.267: “Persistent diarrhea is commonly due to Giardia”.</p> <p>Foram apresentadas reclamações referindo que a afirmação do livro de texto não equivale à afirmação da alínea, por não se poder tirar conclusões sobre as características da história natural da infecção por Giardia a partir da frequência significativa da Giardia como causa de diarreia persistente. Nas reclamações foram revistas as características da infecção por Giardia, descritas no capít. 254, em que se afirma que a maioria das pessoas infectadas por Giardia são assintomáticas, o que foi invocado como argumento para contestar a veracidade da alínea. No entanto, no mesmo capít. 254, pág.1406, afirma-se: “Disease manifestations of giardiasis range from asymptomatic carriage to fulminant diarrhea and malabsorption. (...) Individuals with chronic giardiasis may present with or without having experienced an antecedent acute symptomatic episode. (...) Symptoms may be continual or episodic and may persist for years.” O argumento de que a descrição da giardiase no livro de texto não permite avaliar a afirmação da alínea não tem fundamento, podendo-se concluir pela sua veracidade a partir da bibliografia recomendada.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	22- alínea 4	42- alínea 5	2- Alínea 3
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à diarreia aguda, qual das seguintes afirmações é falsa: (...) O período de incubação da infecção por Vibrio cholerae varia entre 8 e 72 horas”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa indicação do livro de texto, capít.55, pág.266, tabela 55-2, com o título “Association between pathobiology of causative agents and clinical features in acute infectious diarrhea”, em que na linha referente a Vibrio cholerae, se indica o período de incubação de 8-72 horas.</p> <p>As reclamações contestam a veracidade da alínea por alegada inconsistência de dados sobre o assunto no livro de texto, pelo facto de, no capít. 160, pág. 856, Tabela 160-4, constar a indicação de que o Vibrio cholerae se inclui no grupo de agentes infecciosos com período de incubação superior a 16 horas. Outro argumento refere a afirmação do livro de texto do capít. 193, pág. 1063, que refere: “In a nonimmune individual, after a 24-48 h incubation period, cholera characteristically begins with the sudden onset of painless watery diarrhea that may quickly become voluminous”.</p> <p>Apesar da inconsistência das diferentes referências do livro de texto acerca do período de incubação do Vibrio cholerae, a citação utilizada para a alínea figura num dos capítulos indicados como fonte de consulta para preparação para as questões sobre gastroenterologia,</p>		

	pelo que se considera que, no contexto da matéria seleccionada para estudo, estava disponível a informação apropriada para a solução da alínea.
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	23- alínea 3	43- alínea 4	3- Alínea 2
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Em relação à disfagia, qual das seguintes afirmações é falsa: (...) A esofagite eosinofílica é uma causa comum de disfagia”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.53, pág. 256, que refere: “The most common structural causes of dysphagia are Schatzki’s rings, eosinophilic esophagitis and peptic strictures”. Foi apresentada uma reclamação, que considera a adjectivação de causa comum errónea, argumentando que essa indicação de frequência relativa apenas está correcta no grupo das disfagias estruturais, e não no conjunto de todas as causas de disfagia. Considera ainda, que as disfagias de causa não estrutural constituem a maioria das etiologias de disfagia, mas não apresenta uma citação do livro de texto que fundamente este argumento.</p> <p>Deve-se acrescentar que, a reforçar a afirmação da alínea, o livro de texto refere, na pág.257: “Endoscopic and histological abnormalities are evident in the leading causes of esophageal dysphagia: Schatzki ring, gastroesophageal reflux disease and eosinophilic esophagitis.(...)The emergence of eosinophilic esophagitis as a leading cause of dysphagia in both children and adults has led to the recommendation that esophageal mucosal biopsies be obtained routinely in the evaluation of unexplained dysphagia even if endoscopically identified esophageal mucosal lesions are absent.”. Dada a presença de informação adequada do livro de texto, a complementar a citação original, considera-se que estaria disponível conteúdo relevante para apreciar a alínea.</p>		
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	26 – alínea 1	46 – alínea 2	6 – alínea 5
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Em relação à síndrome do intestino irritável (SII), qual das seguintes afirmações é falsa: (...) A flatulência ocorre frequentemente nos doentes com SII” considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto,		

	<p>capít.352, pág.1965, que refere: “Patients with IBS frequently complain of abdominal distention and increased belching or flatulence, all of which they attribute to increased gas.”</p> <p>Foram apresentadas reclamações que referiam que a afirmação seria falsa, por se verificar, na investigação clínica, que a medição quantitativa da produção de gás intestinal nos doentes com SII não é superior à dos indivíduos sem SII, com vem referido no livro de texto. Essa argumentação, embora baseada num dado concreto validado no livro de texto, não retira validade à afirmação da alínea, nem à afirmação do livro de texto de que ela é retirada, porque o seu conteúdo se refere à percepção sintomática de perturbação do funcionamento digestivo designado por flatulência, ou seja às características clínicas que definem o quadro da síndrome de intestino irritável.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	27 – alínea 5	47 – alínea 1	7 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Qual dos seguintes testes serológicos não se encontra recomendado no algoritmo diagnóstico inicial da hepatite viral aguda?: (...) Ac anti-VHC”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.360, pág. 2018, T 360-6, que se intitula “Simplified diagnostic approach in patients presenting with acute hepatitis”, que inclui como testes serológicos mínimos para diagnóstico diferencial em hepatite aguda, os seguintes: Ag HBs, Ac anti-HB-IgM, Ac anti-VHA-IgM e Ac anti-VHC.</p> <p>Foram apresentadas reclamações argumentando que o teste serológico de detecção de anticorpos anti-VHC tem aparecimento tardio relativamente à fase aguda da hepatite viral, durante o pico de elevação das transaminases, frequentemente com uma demora média de 12 a 24 semanas. As reclamações indicam que no diagnóstico da hepatite viral C aguda o teste apropriado é a detecção do RNA viral do VHC (por PCR ou quantificação da carga viral), que é detectável ainda antes do pico de transaminases. As reclamações fundamentam a sua contestação na afirmação do capít. 360, pág.2017, que estipula: “Assays for HCV RNA are the most sensitive tests for HCV infection and represent the “gold standard” in establishing a diagnosis of hepatitis C. HCV RNA can be detected even before acute elevation of aminotransferase activity and before the appearance of anti-HCV in patients with acute hepatitis C”. Mais ainda, citam a afirmação do livro de texto no capít. 58, pág. 283: “appropriate testing for acute viral hepatitis includes a hepatitis A IgM antibody assay, a hepatitis B surface antigen and core IgM antibody assay, a hepatitis C viral RNA test, and, depending on the circumstances, a hepatitis E IgM antibody</p>		

	<p>assay. Because it can take many weeks for hepatitis C antibody to become detectable, its assay is an unreliable test if acute hepatitis C is suspected “.</p> <p>Não se pode refutar a solidez da argumentação das reclamações, apenas reforçar que a alínea considerada errada na chave do exame, Ag HBe, seria obviamente a opção dispensável na avaliação inicial simplificada. Neste contexto, justifica-se a necessidade de um teste para a hepatite C, ainda que não confiável na fase aguda e obrigando a repetições seriadas num prazo variável até 6 meses, necessário para excluir hepatite aguda C.</p> <p>No entanto, a coexistência de duas versões de algoritmo de diagnóstico diferencial da hepatite aguda, uma no capít. 58 e outra no capít.360, pode constituir fundamento para estabelecer dúvida razoável quanto à opção correcta de resposta. Por esse motivo, dever-se -á aceitar como opção correcta a alínea supra-citada, além de manter adicionalmente a alínea que figura na chave do exame.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é deferida por estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	29 – alínea 3	49 – alínea 2	9 – alínea 2
TEOR DA RECLAMAÇÃO	<p>Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à cirrose hepática, assinale a afirmação falsa: (...) Menos de 5% dos doentes com diagnóstico genético de hemocromatose desenvolvem cirrose hepática”, considerada verdadeira na chave da prova.</p>		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.365, pág. 2062, que refere : “While the frequency of hemochromatosis is relatively common, with genetic susceptibility occurring in 1 in 250 individuals, the frequency of end-stage manifestations due to the disease is relatively low, and fewer than 5% of those patients who are genotypically susceptible will go on to develop severe liver disease from hemochromatosis”.</p> <p>Foram apresentadas reclamações contestando a veracidade desta alínea, considerando que “cirrose hepática” não equivaleria à expressão do livro de texto “severe liver disease” e também que “diagnóstico genético” não equivaleria a “genotypically susceptible”, o que, em sentido estrito, poderia originar controvérsia, mas que, numa interpretação pragmática e abrangente destas definições, tem equivalência com validade facial irrefutável.</p> <p>O argumento que podia parecer contradizer a alínea com maior disparidade, é o valor de frequência relativa da cirrose hepática na hemocromatose hereditária indicada no capít.367 3-2, tabela 367 e-4, com um valor de 50-95%. A Tabela elenca a enumeração dos achados físicos na hemocromatose hereditária, ou seja, nos doentes com a expressão fenotípica de doença, designada hemocromatose</p>		

	hereditária, que difere do diagnóstico genético de mutações de susceptibilidade para hemocromatose, ou seja, a tabela circunscreve-se ao conjunto limitado de doentes com estadio clínico da hemocromatose, com lesão de órgãos-alvo e/ou evoluída para doenças degenerativas sintomáticas. Não se verifica discrepância, por que os diferentes valores de frequência de cirrose hepática se circunscrevem em universos diferentes.
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	30 – alínea 3	50 – alínea 4	10 – alínea 2
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Em relação à pancreatite auto-imune, qual das seguintes afirmações é falsa: (...) Está associada a níveis séricos elevados de IgG4”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.371, pág. 2099, tabela 371-6, que se intitula “Clinical features of autoimmune pancreatitis (AIP)” e que inclui, na lista descritiva, a condição “Increased levels of serum gamma globulins, especially Ig G4”.</p> <p>Foram apresentadas reclamações contestando a veracidade desta alínea, considerando que no texto descritivo sobre pancreatite autoimune, são apresentadas duas entidades distintas: pancreatite autoimune de tipo 1 e de tipo 2, em que apenas o tipo 1 apresenta, nas suas características histológicas, a presença de células contendo IgG4 no infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário; também apenas o tipo 1 se apresenta associado a envolvimento de outros órgãos e sistemas, como parte de doença sistémica a IgG4.</p> <p>As reclamações contestam a alínea considerando que a elevação característica de IgG4 sérica se observa apenas na pancreatite autoimune tipo 1, o que tem vindo a ser confirmado nas sucessivas classificações e sistemas de critérios de diagnóstico publicados até à data. No texto, afirma-se: “In type 1 AIP the pancreas is involved as part of an IgG4 systemic disease and meets HISORt criteria as defined below” (tabela 371-6), o que inclui a característica serológica constante na alínea em apreço.</p> <p>No entanto, no livro de texto, pág. 2099, a pancreatite autoimune é descrita, sem distinção dos seus dois tipos, como uma entidade com dados laboratoriais, histológicos e morfológicos característicos. Estes achados são descritos para o conjunto alargado dos doentes com pancreatite autoimune, e incluem: “Elevated serum levels of IgG4 provide a marker for the disease, particularly in Western populations. Serum IgG4 normally accounts for only 5-6% of the total IgG4 in healthy patients but is elevated to values >280 mg/dl in those with AIP” (autoimmune pancreatitis). A descrição do livro de texto, assim como a citação da tabela são abrangentes e inclusivas, pelo que poderia</p>		

	<p>induzir em erro quanto à especificidade diagnóstica da elevação da IgG4 para o tipo 1.</p> <p>A contestação refere-se à afirmação de associação da IgG4 à pancreatite autoimune, sem especificação de tipo1, onde efectivamente constitui critério diagnóstico. No entanto, a afirmação do livro de texto supra-citada, pela abrangência da descrição da pancreatite autoimune onde se inclui a elevação da IgG4 sérica, permite uma orientação suficiente para a resposta correcta.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto.

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	32 – alínea 5	52 – alínea 1	12 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Qual das seguintes alterações genéticas se associa à presença de albinismo óculo-cutâneo e colite granulomatosa na doença de Hermansky-Pudlak?: (...) Transmissão autossómica recessiva - cromossoma 10q23” considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.351, pág. 1949, tabela 351-2, que se intitula “Primary genetic disorders associated with IBD”, que inclui uma secção relativa à síndrome de Hermansky-Pudlak, com associação genética caracterizada por transmissão autossómica recessiva, situada no cromossoma 10q23, e que se traduz por um fenótipo que inclui, nesta afirmação da tabela, e por esta ordem, colite granulomatosa, albinismo óculo-cutâneo, disfunção plaquetária, fibrose pulmonar.</p> <p>Foram apresentadas reclamações que contestam a formulação da alínea, por esta poder sugerir que se pretendia a identificação de eventual anomalia genética adicional, responsável pela manifestação da colite granulomatosa, para além das restantes características fenotípicas obrigatórias e constantes da síndrome, que são o albinismo e a disfunção plaquetária.</p> <p>As reclamações invocam citações do livro de texto, explicativas da síndrome referida, para argumentar que a colite granulomatosa poderia estar associada a outras anomalias genéticas, para além da alteração conhecida, associada ao albinismo óculo-cutâneo. Passa-se a citar, no capít.315, pág.1715, afirma-se: “The Hermansky-Pudlak syndrome is an autosomal recessive disorder in which granulomatous colitis and ILD (intersittial lung disease) may occur. It is characterized by oculocutaneous albinism, bleeding diathesis secondary to platelet dysfunction, and the accumulation of a chromolipid, lipofuscin material in cells in the reticuloendothelial system”.</p> <p>No entanto, nas diferentes descrições da síndrome em vários capítulos, este mecanismo adicional é sugerido, mas não é identificado, pelo que não poderia corresponder a nenhuma das alíneas restantes da</p>		

	<p>questão. A única alínea, que indubitavelmente estaria associada à síndrome, com ou sem colite granulomatosa, seria a alínea supra-citada.</p> <p>No capít. 140, pág. 730, refere-se: “It (platelet storage pool disorder) is also seen as a part of inherited disorders of granule formation, such as Hermansky-Pudlak syndrome (...) Few of these abnormalities have been dissected at the molecular level but they likely result from various mutations”.</p> <p>Na ausência de identificação completa do genótipo das variantes da síndrome, a anomalia constante da alínea está associada, sine qua non, à colite granulomatosa da síndrome de Hermansky-Pudlak.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	34 – alínea 1	54– alínea 2	14 – alínea 5
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à hepatite aguda, assinale a afirmação falsa: (...) A terapêutica glucocorticoide não está recomendada na hepatite fulminante”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.360, pág. 2020, que afirma: “In fulminant hepatitis, the goal of therapy is to support the patient by maintenance of fluid balance, support of circulation and respiration, control of bleeding, correction of hypoglycemia, and treatment of other complications of the comatose state in anticipation of liver regeneration and repair (...). Glucocorticoid therapy has been shown in controlled trials to be ineffective. Likewise, exchange transfusion, plasmapheresis, human cross-circulation, porcine liver cross-perfusion, hemoperfusion, and extracorporeal liver-assist devices have not been proven to enhance survival. Meticulous intensive care that includes prophylactic antibiotic coverage is the one factor that does appear to improve survival. Orthotopic liver transplantation is resorted to with increasing frequency, with excellent results, in patients with fulminant hepatitis.”</p> <p>Foi apresentada uma reclamação considerando que esta alínea poderia ser considerada falsa, por a construção frásica da alínea conter a expressão “não está recomendada”, o que difere de ser ineficaz e não aumentar a sobrevida. No entanto, da descrição dos recursos terapêuticos na hepatite fulminante no livro de texto, fica evidente, quais os que, pela ineficácia e ausência de benefício provado na sobrevida, não devem ser considerados como opção, o que equivale a não estarem recomendados, apontando para o transplante hepático como o recurso de resgate, quando necessário.</p>		
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	35 – alínea 5	55– alínea 1	15 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à hepatite auto-imune (HAI), assinale a afirmação falsa: (...) O anticorpo anti-LKM1 é típico da HAI do tipo II”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.362, pág. 2050, que afirma:” Type II autoimmune hepatitis, often seen in children, more common in Mediterranean populations, and linked to HLA-DRB1 and HLA-DQB1 haplotypes, is associated not with ANA but with LKM. (...) In type II autoimmune hepatitis, the antibody is anti-LKM1, directed against cytochrome P450 2D6. This is the same anti-LKM seen in some patients with chronic hepatitis C.”</p> <p>Foram apresentadas reclamações considerando que a construção frásica da alínea com o adjectivo “típico”, induz a sugestão de falsidade da alínea, por implicar acuidade diagnóstica superior à da expressão original do livro de texto “está associado”. No entanto, no livro de texto, figura outra frase, citada acima, com uma expressão definitiva e inequívoca:” the antibody is anti-LKM1”.</p> <p>O facto de a hepatite crónica viral C decorrer com expressão frequente de autoanticorpos, nomeadamente ANA e ASMA e, com muito menor frequência, LKM1, não retira a tipicidade deste anticorpo para o diagnóstico da hepatite autoimune tipo 2. O argumento da eventual associação com o anticorpo LC1 (anti-liver cytosol 1), por vezes isolado, não retira o carácter paradigmático, ainda que não exclusivo nem patognomónico, do LKM1 no diagnóstico da hepatite autoimune tipo 2.</p>		
DELIBERAÇÃO	A reclamação é indeferida por a alínea estar fundamentada no livro de texto		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	36 – alínea 2	56– alínea 3	16 – alínea 1
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Todas as seguintes situações constituem contra-indicação absoluta para a transplantação hepática, excepto uma: (...) Consumo activo de álcool”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A afirmação da alínea baseia-se numa citação do livro de texto, capít.368, pág. 2069, Tabela 368-2 que se intitula: “Contraindications to liver transplantation”, com uma enumeração de contra-indicações absolutas, em que figura “active substance or alcohol abuse”.</p> <p>Foram apresentadas reclamações sobre a discrepância entre a expressão do livro de texto “active alcohol abuse” e a alínea (“consumo</p>		

	<p>activo de álcool”, sem referência a excesso ou abuso). Neste sentido a construção da alínea, por ser diferente da citação original do livro de texto, induziu, em alguns examinandos, a dúvida sobre a veracidade da alínea como contraindicação ao transplante.</p> <p>As reclamações propuseram que a expressão “consumo activo”, sem indicação de quantidade, duração e padrão de comportamento associado, pudesse confinar-se a consumo social de dose de álcool inferior ao limiar considerado lesivo para a saúde (cf pág.2055), ou mesmo inferior ao considerado com potencial de desencadear doença hepática alcoólica (40-80 g/dia cf pág. 2052).</p> <p>De acordo com a nomenclatura actual, deve-se referir que os termos de “alcohol abuse” e “alcohol dependence” foram definidos por critérios na DSM4, entretanto modificados na DSM5 para “AUD - Alcohol use disorder”, e que envolvem padrões de comportamento relativamente ao consumo de álcool, mais do que um limiar de quantidade de álcool consumida por dia (cf capít. 497, pág. 2726).</p> <p>A definição consagrada pela OMS para o limiar de consumo diário com risco potencial para a saúde humana será de 2 bebidas /dia para homens e 1 bebida/ dia para mulheres. Ainda é consensual avaliar o consumo de álcool como consumo excessivo ou abusivo, como uma avaliação de quantidade de álcool ingerida, em que os limiares da OMS fossem ultrapassados por um indivíduo saudável. Mais ainda, num doente com cirrose hepática, candidato a transplante, o risco de descompensação fatal obrigaria a indicar a abstenção etílica absoluta.</p> <p>Se se respeitar a definição estricte de consumo abusivo, o que requer verificação dos critérios da DSM4, a tradução para consumo activo não terá correspondência com o livro de texto. Se se considerar que a expressão usada na alínea, de “consumo activo de álcool” substitui a expressão “alcohol abuse” como tradução livre, circunscrevendo-a a candidatos a transplante hepático, indubitavelmente é uma contraindicação absoluta. Esta está, aliás, consignada nas condições de acesso aos centros de transplante, que preconizam um período mínimo de seis meses de abstenção etílica total para ponderar uma candidatura para lista activa.</p> <p>O recurso ao transplante de resgate emergente em doentes com hepatite aguda alcoólica, citada como argumento por algumas reclamações, continua restricto a alguns centros, com ensaios clínicos para validação de estratégias de selecção dos candidatos com menor probabilidade de recidivismo alcoólico após o transplante, e não pode ser extrapolado para esta argumentação.</p> <p>Como conclusão, considera-se que a expressão usada na alínea de “consumo activo de álcool” não traduz indubitavelmente a definição do livro de texto de “alcohol abuse” que, aliás, é a que efectivamente consta da tabela usada para fundamentação da alínea, pelo que se justifica a dúvida razoável sobre a sua interpretação.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação é deferida porque se considera significativa a discrepância entre a designação usada na alínea, e a expressão correspondente do livro de texto.

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	36– alínea 4	56 – alínea 5	16 – alínea 3
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Todas as seguintes situações constituem contra-indicação absoluta para a transplantação hepática, excepto uma: (...) Colangiocarcinoma”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A alínea está fundamentada no capít. 368, pág. 2069, na Tabela 368-2 do livro de texto, em que o colangiocarcinoma está incluído na lista das contra-indicações absolutas ao transplante hepático.</p> <p>As reclamações apresentam excertos do livro de texto em que são descritas as estratégias terapêuticas para o colangiocarcinoma, nas quais se pode incluir o transplante hepático, mas após radioterapia e/ou quimioterapia e eventual cirurgia com ou sem ablação tumoral.</p> <p>A contra-indicação consiste na inviabilidade de decidir pelo transplante hepático como a opção inicial e definitiva de tratamento curativo, pelo alto risco de recidiva do colangiocarcinoma.</p> <p>No livro de texto, capít.365, pág.2062, afirma-se: “A dreaded complication of PSC is the development of cholangiocarcinoma, which is a relative contra-indication to liver transplantation”. Algumas reclamações invocam a discrepância entre duas citações do livro de texto; no entanto, convém recordar que o transplante hepático na colangite esclerosante primária pode ser decidido devido à evolução da doença e o colangiocarcinoma poder ser um achado incidental no fígado explantado ou um diagnóstico de suspeita de displasia em citologia/histologia colhida em estenose da via biliar. No contexto da colangite esclerosante primária, os critérios de contra-indicação específicos devem-se à patogénese do colangiocarcinoma nesta doença em particular.</p> <p>No entanto, as referências do capít. 368 , pág.2068, reportam-se à citação que afirma: “Patients with nonmetastatic primary hepatobiliary tumours -primary hepatocellular carcinoma (HCC), cholangiocarcinoma, hepatoblastoma, angiossarcoma, epithelioid hemangioendothelioma, and multiple or massive hepatic adenomata – have undergone liver transplantation; however, for some hepatobiliary malignancies, overall survival is significantly lower than that for other categories of liver disease (...). Because the likelihood of recurrent cholangiocarcinoma is very high, only highly selected patients with limited disease are being evaluated for transplantation after intensive chemotherapy and radiation”. Daqui se depreende que a primeira linha de tratamento não é o transplante hepático imediato, mas a quimioterapia e/ou radioterapia/braquiterapia, sendo por isso uma contra-indicação absoluta como primeira opção de tratamento.</p> <p>No livro de texto, capít.111, pág.553, no subcapítulo sobre tratamento de colangiocarcinoma, diferenciam o tumor hilar como indicação para cirurgia radical, assim como o tumor distal da via biliar extrahepática. Quanto ao transplante, é referida a possibilidade apenas em colangiocarcinoma perihilar com <3 cm sem metástases, mas apenas após terapêutica neoadjuvante com radioterapia e quimioterapia de</p>		

	<p>radiossensibilização. Os tumores sem os critérios de selecção referidos são alocados para formas de quimioterapia e/ou radioterapia indicadas para colangiocarcinoma intrahepático irressecável, sem recurso ao transplante.</p> <p>No capít. 369, pág 2070, figura a enumeração de patologias que podem ser electivas para transplante, sem atender à seriação pelo valor de MELD, onde se incluem “highly selected cases of hilar carcinoma”, o que poderia ser considerado com uma disparidade. No entanto, também nestes casos de colangiocarcinoma, só se pondera o transplante após selecção consoante a eficácia do tratamento prévio ao transplante e não como recurso imediato e suficiente.</p> <p>Na pág.2074, vem referido:”Because cholangiocarcinoma recurs almost invariably, few centers now offer transplantation to such patients; however a few highly selected patients with operatively confirmed stage I or II cholangiocarcinoma who undergo liver transplantation combined with neoadjuvant chemoradiation may experience excellent outcomes”. Esta citação, usada nas reclamações, mantém a perspectiva de que o transplante não deve ser usado senão após terapêutica neoadjuvante eficaz, pelo que se mantém a veracidade da contra-indicação absoluta do transplante isolado e imediato.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação foi indeferida por a alínea estar fundamentada nas referências do livro de texto.

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	36– alínea 5	56 – alínea 1	16 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Todas as seguintes situações constituem contra-indicação absoluta para a transplantação hepática, excepto uma: (...) Síndrome de imunodeficiência adquirida”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A alínea está fundamentada no capít.368, pág. 2069, na Tabela 368-2 do livro de texto, em que a síndrome de imunodeficiência adquirida está incluída na lista das contra-indicações absolutas ao transplante hepático.</p> <p>Foram apresentadas reclamações referindo que a atribuição de contra-indicação absoluta à SIDA e de contra-indicação relativa aos doentes com seropositividade VIH com falência do controle da virémia VIH ou CD4<100/μL constitui uma discrepância relativamente à classificação da infecção VIH pelo CDC, baseada na contagem dos linfócitos T CD4+, que figura no capít.226, pág.1216, tabela 226-2, em que o estadio 3, considerado como correspondendo à síndrome de imunodeficiência adquirida, sem infecções oportunistas, mas definido por uma contagem de CD4 inferior a 200/μL.</p> <p>As reclamações referem que os doentes com contagens entre 100 e 200/μL, estão erroneamente atribuídos à lista das contra-indicações absolutas, pelo critério da tabela 368-2, o que introduz controvérsia na interpretação da questão.</p>		

	<p>No entanto, deve-se considerar que o critério que define contraindicação relativa, por não incluir este subgrupo de doentes, ao abranger apenas doentes com contagens inferiores a 100 /μL, sugere a inexistência de contraindicação ao transplante para esse subgrupo. Seria redundante estabelecer, na alínea da contraindicação absoluta para a SIDA, a menção dessa exceção, que fica implícita pela definição da contraindicação relativa.</p> <p>Considera-se, por isso, que a bibliografia recomendada apresentava dados específicos suficientes para resolver a questão.</p>
DELIBERAÇÃO	A reclamação foi indeferida por a alínea estar fundamentada nas referências do livro de texto.

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	37– alínea 5	57 – alínea 1	17 – alínea 4
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à transplantação hepática, assinale a afirmação falsa (...) O tacrolimus pode causar hirsutismo e hiperplasia gengival”, considerada falsa na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A alínea está fundamentada no capít.368, pág. 2071, do livro de texto, em que se afirma : “tacrolimus does not cause hirsutism or gingival hyperplasia”.</p> <p>Foram apresentadas reclamações referindo que se encontra no livro de texto, uma referência ao transplante renal no capít.337, pág.1829 , tabela 337-3, intitulada “Maintenance immunosuppressive drugs” , em que na linha referente ao tacrolimus, na coluna dos efeitos adversos , se refere : “Similar to CsA, but hirsutism / hyperplasia of gums unusual”. As reclamações argumentam que a raridade de um efeito adverso não permite afirmar a impossibilidade de ocorrência, e que a disparidade de referências do livro de texto impede a interpretação da alínea.</p> <p>A construção da alínea , ao usar a expressão “pode causar” sugere uma probabilidade significativa de ocorrência, similar à conhecida para a ciclosporina, pelo que a referência do capítulo sobre transplante hepático, constituiria uma indicação clara e concisa da sua raridade, embora , em termos científicos, nunca se possa excluir a probabilidade, ainda que diminuta, de associação de um fármaco com um determinado efeito adverso. Se a probabilidade de ocorrência fosse, no limite, impossível, a expressão adequada seria, eventualmente, “tacrolimus can not cause hirsutism or gingival hyperplasia”. Apesar da dificuldade acrescida, a alínea fazia referência ao transplante hepático, pelo que a opção seria uma resposta consentânea com a informação contida no capítulo respectivo, que permite reconhecer a alínea como falsa.</p>		
DELIBERAÇÃO	A reclamação foi indeferida por a alínea estar fundamentada nas referências do livro de texto.		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO N.º	38– alínea 2	58 – alínea 3	18 – alínea 1
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Foram apresentadas reclamações sobre a alínea que afirma “Relativamente à apendicite aguda, assinale a afirmação falsa : (...) A febre ocorre sensivelmente em menos de um quinto dos casos”, considerada verdadeira na chave da prova.		
ANÁLISE	<p>A alínea está fundamentada no capít.356, pág. 1987, na tabela 356-2 do livro de texto, intitulada “Relative frequency of common presenting symptoms”, em que a linha referente a febre indica 10-20%.</p> <p>As reclamações apontam a possibilidade de ocorrer febre alta nos casos de apendicite aguda complicada, evoluída para perfuração, fleimão ou abscesso, associada a febre alta > 38,3°C ou a calafrios.</p> <p>No entanto, a citação que usam na argumentação é clara a distinguir o quadro de apendicite aguda das suas complicações na pág. 1987: “Patients with simple appendicitis normally only appear mildly ill with a pulse and temperature that are usually only slightly above normal. The provider should be concerned about other disease processes beside appendicitis or the presence of complications such as perforation, phlegmon or abscess formation if the temperature is >38.3°C (~101°F) and if there are rigors”.</p> <p>Aliás, o título da questão refere apenas os casos de apendicite aguda, o que exclui os diagnósticos supra-citados, que resultam habitualmente do diagnóstico tardio da apendicite aguda, tal como se refere na pág. 1986 “(...) it is still important to identify patients who might have appendicitis as early as possible to minimize their risk of developing complications. Patients who have had symptoms for more than 48h are more likely to perforate”.</p> <p>Considera-se que a distinção entre as diferentes entidades nosológicas fica evidenciada no livro de texto, pelo que as reclamações sobre esta alínea não resultam de controvérsia no livro de texto.</p>		
DELIBERAÇÃO	A reclamação foi indeferida por a alínea estar fundamentada nas referências do livro de texto.		