

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: ENDOSCOPIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de atuação Endoscopia Digestiva

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.17 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

- 01.** Sobre a realização de sedação durante os exames endoscópicos, responda corretamente:
- A) O opioide de preferência, em gestantes, é a meperidina (classe B), pois o fentanil (classe D) é teratogênico.
 - B) O fentanil é excretado no leite materno, porém em baixas concentrações, sendo a amamentação segura logo após a sua utilização.
 - C) Em associação ao opioide de escolha, deve-se utilizar o diazepam (classe B) ou, se anestesista presente, propofol (classe C) para sedação em gestantes.
 - D) Serviços de endoscopia do tipo II podem realizar sedação moderada (consciente), desde que sejam utilizadas apenas medicações como: midazolam, fentanil e propofol em baixas doses.
- 02.** Sobre o processo de desinfecção e reprocessamento de materiais reutilizáveis em serviços de endoscopia, responda a alternativa correta.
- A) São acessórios semicríticos aqueles que entram em contato com a pele não íntegra e penetra mucosas não íntegras, mas não penetra cavidades estéreis.
 - B) A desinfecção pode ser executada em três níveis a depender da solução e método utilizados: baixo, médio e alto nível. Na de alto nível, todos os microrganismos devem ser eliminados para que o processo seja concluído com sucesso.
 - C) São medidas de controle de infecção: higiene pessoal, uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, reprocessamento adequado, treinamento único da equipe que deve ocorrer apenas antes de iniciar em um serviço de endoscopia.
 - D) São vantagens da desinfecção automatizada: todos os componentes são submetidos a desinfecção e enxágue uniforme, a contaminação cruzada é prevenida pelo uso único de soluções (filtros), menor poluição atmosférica e redução da exposição do indivíduo ao saneante utilizado.
- 03.** Em uma reunião dos residentes de endoscopia digestiva de um hospital terciário, discutiu-se sobre a cromoscopia endoscópica para melhorar a avaliação de algumas patologias do trato digestivo. Foi solicitado a um dos residentes que citasse tipos de corante permanente, de contraste e vital. Qual a resposta correta para o questionamento feito ao residente na ordem questionada?
- A) Tinta nanquim, índigo carmim e lugol.
 - B) Tinta nanquim, cristal violeta e azul de metileno.
 - C) Tinta nanquim, azul de metileno e azul de toluidina.
 - D) Tinta nanquim, índigo carmim e vermelho do congo.
- 04.** Paciente, sexo masculino, 43 anos, portador de asma e rinite alérgica, deu entrada em pronto-atendimento devido quadro de sensação de entalo após ingestão de carne há cerca de 2 horas. Refere ainda sialorreia intensa e tosse frequente desde início do quadro. Assinale a alternativa correta, diante do caso apresentado.
- A) Deve ser realizada endoscopia digestiva alta de emergência pois o paciente apresenta sinais de obstrução esofágica.
 - B) Devido ao risco de broncoaspiração durante a retirada de bolo alimentar por endoscopia, o mais indicado é empurrar o bolo alimentar para o estômago.
 - C) São exemplos de indicações de endoscopia digestiva alta de urgência, em casos de ingestão de corpo estranho: obstrução esofágica, pilha em esôfago e moeda impactada em esôfago.
 - D) A presença de fissuras longitudinais, placas esbranquiçadas e anéis mucosos em esôfago na endoscopia digestiva alta é sugestiva de doença infecciosa associada, devendo ser realizadas biópsias após a retirada de corpo estranho.
- 05.** Homem, 55 anos, tabagista, realiza endoscopia digestiva alta por queixa de pirose. O exame mostrou esôfago de Barrett curto (Classificação de Praga C1M2), confirmado por histopatológico, que revelou ainda displasia de baixo grau. Qual a conduta mais adequada?
- A) Erradicação endoscópica.
 - B) Não há necessidade de acompanhamento.
 - C) Vigilância endoscópica a cada 6-12 meses.
 - D) Repetir endoscopia após 3 meses de otimização do IBP.

06. Paciente, sexo feminino, 42 anos, portadora de esquizofrenia, deu entrada no serviço de emergência acompanhada por familiares após tentativa de suicídio com ingestão de substância corrosiva não identificada. Refere desconforto torácico leve e disfagia. Ao exame físico, encontra-se agitada, consciente, sem enfisema subcutâneo, sem alterações no exame físico abdominal, com frequência cardíaca de 104 bpm e pressão arterial de 100 x 60 mmHg. Assinale a alternativa correta de acordo com o caso descrito.

- A) O ácido ocasiona necrose por liquefação e o álcali ocasiona necrose por coagulação.
- B) É necessário o seguimento endoscópico devido o risco aumentado de neoplasia de esôfago, sendo o principal subtipo o adenocarcinoma.
- C) Deve ser indicada a internação hospitalar em leito de terapia intensiva, independente dos achados da primeira endoscopia, devido ao alto risco de perfuração de esôfago.
- D) É recomendada a primeira endoscopia nas primeiras 48h para diagnosticar a profundidade e o grau de acometimento em pacientes sem suspeita de perfuração de esôfago.

07. Paciente João da Silva, 74 anos, tabagista ativo desde os 25 anos, etilista, autodeclarado como negro, chega ao seu consultório com queixa de disfagia a sólidos e perda de peso (não aferida) há 2 meses. Traz consigo exames realizados logo no início do quadro: endoscopia com laudo normal, pHimpedanciometria de 24h e manometria de alta resolução dentro dos padrões fisiológicos. Exame físico sem alterações, IMC 25 kg/m². Você opta por nova endoscopia com cromoscopia, cujo laudo evidenciou unicamente lesão elevada com discreta depressão central, de bordos irregulares, bem delimitados, medindo 18mm, localizada em parede posterior de esôfago médio, cuja cromoscopia com corante revelou área de coloração rósea (“pink sign”). Histopatológico das biópsias da lesão foi compatível com neoplasia intramucosa bem diferenciada. Exames complementares sem evidência de metástase linfonodal ou a distância. Diante disso, responda corretamente:

- A) Provavelmente trata-se de um carcinoma espinocelular de esôfago e o corante utilizado na endoscopia foi o ácido acético (corante de absorção), devendo ser procedida com ressecção preferencialmente com mucosectomia.
- B) Provavelmente trata-se de um adenocarcinoma esofágico e deve ser procedida ressecção preferencialmente por mucosectomia e poderá ser dispensado o tratamento cirúrgico complementar se margens livres de neoplasia e a profundidade da lesão não ultrapassar 500 micrômetros após a muscular da mucosa.
- C) Provavelmente trata-se de um carcinoma espinocelular de esôfago, deve ser procedida ressecção preferencialmente por dissecação endoscópica de submucosa e poderá ser dispensado o tratamento cirúrgico complementar se margens livres de neoplasia e a profundidade da lesão não ultrapassar 200 micrômetros após a muscular da mucosa.
- D) Provavelmente trata-se de um carcinoma espinocelular de esôfago, deve ser procedida ressecção preferencialmente por mucosectomia e poderá ser dispensado tratamento cirúrgico complementar se margens livres de neoplasia e a profundidade da lesão não ultrapassar 500 micrômetros após a muscular da mucosa.

08. Paciente masculino, 55 anos, assintomático, comparece para realização de colonoscopia para “screening” do câncer colorretal. Durante o exame, foi encontrada lesão polipoide em reto, avaliada por magnificação. Baseado na classificação de Kudo, o padrão de criptas da lesão sugere qual diagnóstico histológico?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) Adenoma viloso.
- B) Adenoma tubular.
- C) Pólipo hiperplásico.
- D) Carcinoma invasivo.

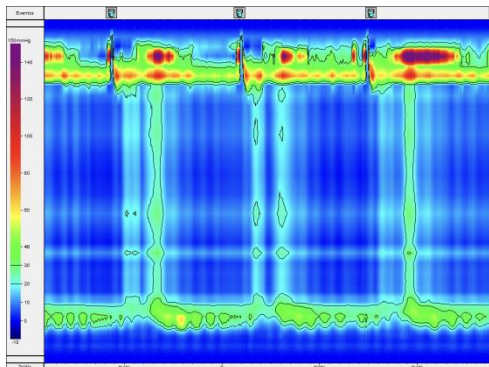
09. Paciente, do sexo masculino, 67 anos, foi submetido a endoscopia digestiva alta devido quadro de síndrome dispéptica e durante o exame foi evidenciada uma lesão subepitelial em pequena curvatura de corpo gástrico médio medindo cerca de 2,5 cm. Foi submetido a ecoendoscopia digestiva alta que mostrou uma lesão de ecotextura hipoeoica originada na quarta camada. Marque a alternativa correta no tocante às lesões subepiteliais.
- A) Os lipomas gástricos se apresentam como lesões anecóicas e não devem ser puncionados por ecoendoscopia se o aspecto for típico.
- B) A principal suspeita no caso é de GIST, sendo esperada a positividade para CD34, CD117, desmina e proteína S100 na análise imuno-histoquímica.
- C) Como a lesão no caso se origina na quarta camada, as principais hipóteses diagnósticas são pâncreas ectópico e tumor neuroendócrino.
- D) São alguns sinais de malignidade das lesões subepiteliais: bordas irregulares, espaços císticos, ulceração, focos ecogênicos e heterogeneidade.
10. Paciente, 50 anos, sexo feminino, refere que há 20 dias vem apresentando dor epigástrica de moderada a forte intensidade, associada a náuseas e que alivia após alimentar-se. As dores vêm ficando mais intensas nos últimos 3 dias. Nega sangramentos. É usuária crônica de AINEs devido lombalgia e é ex-tabagista (parou de fumar há 5 anos). Realizou endoscopia digestiva alta, com achado mostrado na foto abaixo. Diante deste achado, assinale a alternativa correta.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

- A) Trata-se de úlcera ativa Sakita A2 em incisura angular de provável origem péptica. Proceder com biópsias da úlcera e de corpo e antro gástrico para pesquisa de *H. Pylori* e iniciar uso de IBP.
- B) Trata-se de úlcera em cicatrização Sakita H2 em incisura angular de provável origem péptica. Proceder com pesquisa de *H. Pylori* e iniciar uso de IBP.
- C) Trata-se de úlcera ativa Sakita A2 em incisura angular de provável origem péptica. Proceder com pesquisa de *H. Pylori* e iniciar uso de IBP.
- D) Trata-se de lesão ulcerada de aspecto neoplásico. Proceder com biópsias da lesão e iniciar estadiamento.
11. Sobre os tumores neuroendócrinos, marque a alternativa correta.
- A) O tumor neuroendócrino gástrico tipo III correlaciona-se com os níveis séricos de gastrina, é o de menor potencial maligno e apresenta marcador positivo para sinaptofisina.
- B) O tumor neuroendócrino gástrico tipo I pode estar associado à gastrite atrófica (autoimune ou por *H. Pylori*) e hipergastrinemia, tendo como marcadores imuno-histoquímicos típicos cromogranina A e sinaptofisina, sendo recomendada a avaliação do Ki-67 e taxa mitótica.
- C) O tumor neuroendócrino gástrico tipo II tem maior potencial de metástase do que o tipo I e diferencia-se deste último por não estar associado à hipergastrinemia, cuja dosagem de gastrina deve ser realizada em vigência de inibidor de bomba de prótons.
- D) O tumor neuroendócrino gástrico tipo I pode estar associado à síndrome de Zollinger-Ellison, ou Neoplasia endócrina múltipla tipo 2, e hipergastrinemia, tendo como marcadores imuno-histoquímicos típicos cromogranina A e sinaptofisina.

12. Paciente, 37 anos, sexo masculino, refere quadro de disfagia inicialmente para sólidos e evoluindo para alimentos pastosos e líquidos há cerca de 3 anos. Queixa-se também de regurgitação e episódios de dor torácica retroesternal. Perdeu 12kg neste tempo. Nega outras comorbidades. Sorologia para doença de Chagas negativa. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou presença de estase líquida em esôfago, calibre esofágico um pouco aumentado, com resistência à progressão do endoscópio para o estômago. Esofagograma evidenciou dilatação difusa do calibre esofágico, notadamente nos terços médio e distal, atingindo até 5,8cm de diâmetro, associada a afilamento abrupto da transição esofagogástrica (sinal de bico de pássaro) e retardo de transito da coluna de contraste. Manometria evidenciou ausência de relaxamento do esfíncter inferior do esôfago às deglutições úmidas (IRP: 25,4 mmHg – normal < 16 mmHg), corpo esofágico exibindo 100% de ondas inefetivas, com pressurização pan-esofágica em 30% das deglutições (imagem abaixo).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante dos achados, podemos dizer:

- A) Os achados são compatíveis com Acalasia do tipo I, conforme a classificação de Chicago v4.0 e podem ser observadas boas respostas tanto com tratamento endoscópico (dilatação ou POEM) quanto com miotomia cirúrgica a médio prazo.
 - B) Os achados são compatíveis com Acalasia do tipo II, conforme a classificação de Chicago v4.0 e podem ser observadas boas respostas tanto com tratamento endoscópico (dilatação ou POEM) quanto com miotomia cirúrgica a médio prazo.
 - C) Os achados são compatíveis com Acalasia do tipo III, conforme a classificação de Chicago v4.0, com os melhores resultados sendo vistos com a realização da miotomia endoscópica (POEM).
 - D) Os achados são compatíveis com Obstrução ao fluxo de saída da junção esofagogástrica, conforme a classificação de Chicago v4.0, com os melhores resultados sendo vistos com a realização do POEM.
13. Homem, obeso, 56 anos, portador de doença de Von Willebrand e estenose aórtica, apresenta quadro de anemia a esclarecer. Em investigação diagnóstica com cápsula endoscópica foram identificadas lesões vasculares em intestino delgado. As lesões vasculares do intestino delgado podem ser classificadas de acordo com a classificação de Yano Yamamoto. Marque a alternativa correta, sobre essas lesões.
- A) As lesões tipo 1a e 1b devem ser tratadas preferencialmente com plasma de argônio ou outras terapias térmicas.
 - B) A lesão tipo 2b corresponde a protrusão vermelha pulsátil com dilatação venosa ao redor.
 - C) As lesões puntiformes com sangramento pulsátil são classificadas como tipo 3.
 - D) É indicada a terapia endoscópica em todos os pacientes, mesmo nos assintomáticos e/ou sem anemia.
14. Mulher, 60 anos, cirrótica descompensada, dá entrada na emergência de um hospital terciário por hematêmese franca. Realizada endoscopia digestiva, após medidas de suporte, que evidenciou sangramento por varizes esofágicas, tratadas prontamente com ligadura elástica. Após 24h do procedimento, a paciente evolui com novo episódio de hematêmese e choque hipovolêmico, sendo submetida a intubação orotraqueal. Realizada nova endoscopia, mas o sangramento é intenso, dificultando nova terapêutica. Qual a medida mais adequada para o momento, visando a interrupção rápida do sangramento e estabilização da paciente?
- A) Escleroterapia.
 - B) Nova ligadura elástica.
 - C) Passagem de balão esofágico.
 - D) Nova endoscopia em 6 horas, após utilização de medicação procinética.

15. Homem, 70 anos, obeso e diabético, em uso recente de AAS em baixa dose por infarto agudo do miocárdio há 3 meses, evolui com hematêmese volumosa, em seu domicílio. Ao chegar no pronto-atendimento, apresenta-se calmo, consciente e orientado, sem novos episódios de hematêmese, com FC 110 bpm, PA 90x40 mmHg, FR 20 irpm. Os exames laboratoriais da admissão evidenciaram hemoglobina de 7 mg/dL, plaquetas 350.000/mL e função hepática normal. Marque a alternativa correta.
- A) A principal hipótese do sangramento digestivo é doença ulcerosa péptica, devendo ser iniciado inibidor de bombas de prótons em altas doses por via endovenosa e o uso AAS não deve ser interrompido.
 - B) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada de urgência, isto é, em até 12 horas, sendo a pesquisa de *H. Pylori* postergada em caso de sangramento por úlcera péptica.
 - C) A passagem da sonda nasogástrica é indicada para confirmar a suspeita de sangramento digestivo e para lavagem gástrica.
 - D) Deve ser iniciada ressuscitação volêmica e não há necessidade de transfusão de hemácias.
16. Paciente, 50 anos, feminino, realiza endoscopia digestiva devido a queixas de dispepsia. Nega outras patologias. Não tem história familiar de CA gástrico. À endoscopia, foram observadas áreas ovaladas enantematosas em antrodistal. Foram realizadas biópsias de corpo e antrogástricos, além de amostras dirigidas das áreas visualizadas. O exame histopatológico foi compatível com gastrite antral ativa com moderada intensidade, metaplasia intestinal incompleta em antro e presença do *H. Pylori*. De acordo com as recomendações mais recentes, publicadas pela Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva (ESGE), em 2019, como deve ser a conduta e o seguimento deste caso?
- A) Deve-se erradicar o *H. Pylori* e não há necessidade de realização de seguimento endoscópico, pois não tem história familiar de CA gástrico.
 - B) Deve-se erradicar o *H. Pylori* e diante de metaplasia intestinal incompleta, o seguimento deve ser com exame endoscópico (de preferência com cromoscopia) e biópsias dirigidas a cada 3 anos.
 - C) Deve-se erradicar o *H. Pylori* e diante de metaplasia intestinal incompleta, o seguimento deve ser com exame endoscópico (de preferência com cromoscopia) e biópsias dirigidas a cada 1-2 anos.
 - D) Não há indicação de erradicar o *H. Pylori*, tampouco de seguimento devido a presença de metaplasia intestinal, pois o risco de desenvolvimento de neoplasia é desprezível.
17. Paciente do sexo feminino, 72 anos, que devido a um quadro de dor abdominal inespecífica realizou TC de abdome superior com contraste. A TC de abdome demonstrou, além de achados, identificou uma lesão hipodensa em corpo pancreático, medindo 1,9 cm em seu maior eixo e com restante do parênquima pancreático normal, compatível com lesão cística. Foi decidido por realização de ecoendoscopia, que evidenciou lesão ovalada, anecóica, em corpo pancreático, medindo 1,8 cm, sem vegetação em seu interior e apresentando comunicação direta com ducto pancreático secundário. O ducto pancreático principal tem calibre máximo de 2,6 mm e o restante do parênquima pancreático é normal. Qual deveria ser, segundo consensos internacionais, a conduta mais apropriada?
- A) Provavelmente trata-se de um pseudocisto pancreático e sugere-se acompanhamento com exames de imagem.
 - B) Provavelmente trata-se de neoplasia papilar mucinosa intraductal e a melhor opção terapêutica seria pancreatectomia corpocaudal, visto o alto risco para evolução para carcinoma.
 - C) Provavelmente trata-se de um cistoadenoma mucinoso e a melhor opção terapêutica seria pancreatectomia corpocaudal, visto o alto risco para evolução para carcinoma.
 - D) Provavelmente trata-se de neoplasia papilar mucinosa intraductal de ducto secundário sem critérios preocupantes e sugere-se acompanhamento com exames de imagem.
18. Paciente, 58 anos, feminino, realiza endoscopia digestiva devido a queixas de desconforto no andar superior do abdome e empachamento pós-prandial. Portadora de hipertensão arterial e diabetes. Relata ter feito EDA há 3 anos por estas mesmas queixas, sendo vista uma gastrite antral erosiva leve e tratado *H. Pylori* na época, sem controle da erradicação. A endoscopia mostra uma lesão isolada, levemente deprimida, na grande curvatura do antroproximal, medindo 12mm. De acordo com a Classificação da Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva, como classificar esta lesão?
- A) Tipo IIa.
 - B) Tipo IIb.
 - C) Tipo IIc.
 - D) Tipo III.

19. Sobre a polipose adenomatosa familiar, marque a alternativa correta.
- A) Pólipos de glândulas fúndicas é a principal manifestação extracolônica.
 - B) O risco cumulativo de desenvolvimento de câncer colorretal em pacientes não tratados é de 85%.
 - C) É recomendado iniciar vigilância com colonoscopia a partir dos 12-14 anos e com endoscopia digestiva alta a partir dos 25 anos.
 - D) A adenomatose duodenal é rara em pacientes com polipose adenomatosa familiar, mas pelo risco de malignidade se justifica o rastreamento com endoscopia digestiva alta.
20. Sobre as lesões de crescimento lateral ("laterally spreading tumor – LST") do cólon, pode-se afirmar:
- A) São denominadas de LST lesões que crescem de forma lateral e são maiores que 20 mm.
 - B) Os tipos granular misto e não-granular pseudodeprimido são os que mais possuem risco de invasão submucosa.
 - C) A terapêutica de ressecção endoscópica está contraindicada quando as lesões ultrapassam 5 cm em seu maior eixo.
 - D) São divididas em 4 grupos (granulares e não granulares), sendo a forma granular homogênea a que possui mais risco de invasão da submucosa.