

2ª. PARTE – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

21. Qual das seguintes opções é considerada uma contraindicação à endoscopia digestiva alta:

- a) Doença estenosante do esôfago.
- b) Distúrbio motor do esôfago.
- c) Paciente descompensado clinicamente.
- d) Presença de corpo estranho perfurocortante.

22. Qual dos corantes abaixo é considerado a melhor opção para salientar áreas de metaplasia intestinal no estômago:

- a) Solução de lugol.
- b) Azul de metileno.
- c) Tinta da índia.
- d) Ácido acético.

23. Paciente com 76 anos, institucionalizado inicia com disfagia, odinofagia e sialorreia. Suspeita-se da ingestão acidental da própria prótese dentária. Foi realizado na emergência do hospital, RX de tórax que demonstrou a prótese impactada no esôfago cervical. Na endoscopia, a prótese está difícil de ser mobilizada com uma pinça. Qual a melhor conduta a ser feita em seguida:

- a) Insistir e tentar empurrar a prótese para o estômago.
- b) Insistir em remover, proximalmente, a prótese.
- c) Repetir a EDA em 24 horas.
- d) Tratamento cirúrgico.

24. No paciente imunocomprometido, com úlcera esofágica causada por CMV, as biopsias devem ser realizadas em que região da úlcera:

- a) Borda da úlcera.
- b) Fundo da úlcera.
- c) Borda e fundo.
- d) Não é necessária biopsias da úlcera.

25. Paciente de 46 anos, com história de disfagia para sólidos e líquidos, emagrecimento e regurgitação há mais de 03 meses. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou apenas estase líquida no interior do órgão. Qual seria o exame mais adequado a seguir:

- a) Ecoendoscopia.
- b) RX de tórax.
- c) RX contrastado de esôfago e estômago.
- d) Tomografia de tórax.

26. São considerados fatores/condições etiológicos para câncer de esôfago, exceto:

- a) Síndrome de Plummer-Vinson.
- b) Estenose cáustica do esôfago.
- c) Câncer primário de cabeça e pescoço.
- d) Todas estão corretas.

27. Paciente com 52 anos apresentando sintomas dispépticos há 3 meses foi encaminhado para realizar EDA que evidenciou no 1/3 médio do esôfago uma lesão elevada, medindo cerca de 0,8cm de diâmetro, com discreta rugosidade e palidez. Qual o melhor corante para exame e biópsia da lesão:

- a) Solução de lugol.
- b) Azul de metileno.
- c) Indigo carmin.
- d) Tinta da índia.

28. Após aplicação do corante, a lesão ficou claramente delimitada e não corada pelo corante. Realizada a biópsia, o anatomopatológico diagnosticou carcinoma epidermoide limitado à mucosa e submucosa do esôfago.

Qual o tratamento mais indicado para este tipo de lesão?

- a) Terapia endoscópica com coagulador de argônio.
- b) Radioterapia.
- c) Esofagectomia.
- d) Mucosectomia.

χ

29. Em relação à úlcera gástrica está correto:

- a) Se houver história de uso de anti-inflamatórios esteroidais concomitante não é necessário biopsiar a lesão.
- b) A localização de úlcera gástrica benigna na grande curvatura não é comum.
- c) Deve-se sempre repetir a biópsia após 04 semanas de tratamento.
- d) Uma úlcera maligna nunca cicatriza, mesmo com o uso de IBP de última geração.

30. Em relação ao HP, é incorreto afirmar:

- a) Para o exame histológico, devemos coletar 05 biópsias: duas do antro, duas do corpo e uma da incisura.
- b) A atrofia gástrica e a metaplasia intestinal dificultam a identificação da bactéria.
- c) Nos pacientes com tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP), bactérias tendem a migrar para o fundo e porção proximal do corpo.
- d) O Consenso brasileiro, sobre HP, recomenda suspender o IBP por 10 a 15 dias antes do exame.

31. Assinale a afirmativa incorreta quanto à hérnia hiatal tipo II:

- a) Caracteriza-se pela migração de parte do estômago através do hiato alargado, em direção ao mediastino anterior.
- b) A linha "Z" não se desloca nesta condição.
- c) Classicamente, não se associa à doença de refluxo gastroesofágico.
- d) Os sintomas estão mais relacionados a fenômenos obstrutivos.

32. Quanto ao esôfago de Barrett, não é correto afirmar que:

- a) O azul de metileno é absorvido ativamente pelas células com metaplasia intestinal, sendo especialmente útil no diagnóstico de esôfago de Barrett curto.
- b) O intervalo entre os exames endoscópicos para pacientes sem displasia é de 2 a 3 anos.
- c) Utilização de altas doses de inibidores da bomba de prótons por período prolongado tem demonstrado regressão parcial do esôfago de Barrett.
- d) Há predominância em homens e em negros.

33. Na cromoscopia de esôfago, assinale a afirmativa correta:

- a) A solução de lugol reage com o glicogênio das células malignas do esôfago, corando-as de marrom.
- b) O azul de metileno infiltra-se nas células normais do esôfago, deixando de corar o tecido cancerígeno.
- c) Áreas com erosões causadas por esofagite de refluxo não coram com a solução de lugol.
- d) O azul de metileno não é capaz de salientar áreas de metaplasia intestinal no esôfago de Barrett.

34. Dos corantes utilizados em Endoscopia digestiva relacionados abaixo, utilizados na detecção do carcinoma precoce do esôfago, quais são classificados como corantes biológicos?

- a) Índigo carmim e Vermelho congo.
- b) Tinta da índia e Lugol.
- c) Azul de metileno e Verde janus B.
- d) Azul de metileno e Azul-de-evans.

35. Qual o tratamento profilático primário da hemorragia digestiva para pacientes com varizes de esôfago e hipertensão portal?

- a) Propranolol.
- b) Ligadura elástica.
- c) Escleroterapia.
- d) Nitratos.

36. Assinale a principal opção de tratamento para erradicação de *H. pylori*?

- a) Amoxicilina 1 g/dia + claritromicina 1 g/dia + omeprazol 40 mg/dia (durante 07 dias).
- b) Amoxicilina 2 g/dia + claritromicina 1 g/dia + omeprazol 40 mg/dia (durante 07 dias).
- c) Amoxicilina 2 g/dia + claritromicina 1 g/dia + omeprazol 80 mg/dia (durante 10 dias).
- d) Amoxicilina 1 g/dia + claritromicina 2 g/dia + omeprazol 40 mg/dia (durante 10 dias).

37. Qual a segunda etiologia mais frequente de hemorragia digestiva alta em nosso meio?

- a) Úlcera gástrica.
- b) Varizes esofágicas.
- c) Úlcera duodenal.
- d) Laceração de Mallory-Weiss.

38. Qual dos fatores abaixo está diretamente relacionado com o maior risco para ruptura de varizes do esôfago?

- a) Varizes de esôfago Grau II.
- b) Gastropatia congestiva.
- c) Tabagismo.
- d) Ingestão continuada de álcool.

39. Qual a causa mais comum de colangite aguda?

- a) Coledococole.
- b) Pancreatite crônica.
- c) Coledocolitíase.
- d) Estenose da papila de Vater.

40. Na apresentação endoscópica do Linfoma MALT, não encontramos:

- a) Pregas estreitas, sem ulceração.
- b) Aspecto infiltrativo tumoral.
- c) Pregas gigantes.
- d) Gastrite-like, com erosões e enantemas.

41. Na moléstia diverticular hipotônica dos cólons, é correto afirmar:

- a) Os divertículos apresentam formato irregular, forma de pera ou de raquete, apresentando um óstio fino e um cólon diverticular alongado e estreito.
- b) Este tipo de divertículo ocorre, predominantemente, no cólon sigmoide.
- c) Existe hipertrofia da camada circular que determina o aparecimento de pregas mucosas grossas e endurecidas que formam um verdadeiro diafragma na luz intestinal.
- d) Os divertículos se dispõem equidistantes das tênias, formando séries de linhas paralelas de pequena abertura, frequentemente se encontram repletos de matéria fecal endurecida.

42. Qual opção abaixo indica contraindicações absolutas da colonoscopia?

- a) Suboclusão cólica e instabilidade hemodinâmica.
- b) Embolia pulmonar recente e megacólon tóxico.
- c) Aneurisma abdominal e gravidez.
- d) Anastomose cólica recente e coagulopatias.

43. Podemos afirmar que o câncer gástrico é chamado de precoce quando:

- a) Atingiu a muscular própria.
- b) Atingiu a subserosa.
- c) Atingiu a serosa.
- d) Não atingiu a muscular própria.

44. Com relação à Doença Diverticular dos cólons, é errado afirmar que:

- a) Existem dois tipos de divertículo, o falso e o verdadeiro.
- b) A forma hipotônica é a mais frequente.
- c) A colonoscopia não está indicada na vigência de sangramento.
- d) Cerca de 90% dos sangramentos de origem diverticular cessam espontaneamente.

45. São consideradas vantagens da ligadura elástica, em relação à escleroterapia endoscópica de varizes esofagianas, exceto:

- a) Maior eficácia na hemostasia aguda.
- b) Menores taxas de complicações.
- c) Maior rapidez na erradicação das varizes.
- d) Erradicação das varizes com 2-3 sessões.

46. Paciente realizou endoscopia digestiva alta devido à hemorragia digestiva alta onde foi evidenciada lesão ulcerada em parede posterior de bulbo com coágulo aderido à base. Qual a classificação de Forrest para este caso?

- a) Ia.
- b) Ib.
- c) IIa.
- d) IIb.

47. Não é considerada contraindicação à realização de gastrostomia percutânea:

- a) Ascite.
- b) Laparotomia anterior.
- c) Peritonite.
- d) Interposição de estrutura entre a parede abdominal e o estômago.

48. Sobre as úlceras de Cameron:

- a) Sua hemorragia pode ser aguda ou crônica.
- b) Seu tratamento é cirúrgico.
- c) Sua cicatrização é mais rápida que a das úlceras pépticas.
- d) São encontradas na região da gastroduplicatura.

49. Quanto às próteses biliares, atualmente utilizadas na Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, assinale a afirmativa incorreta:

- a) As próteses plásticas mais utilizadas são as de 10 Fr pela sua colocação mais fácil.
- b) O tempo médio de permeabilidade das próteses plásticas é de 5 a 6 meses.
- c) As próteses metálicas foram criadas com o intuito de resolver o problema de obstrução das próteses plásticas.
- d) Apesar do alto custo das próteses metálicas, seu custo/benefício nos tumores de vias biliares é vantajoso.

50. Quanto ao tipo das úlceras gástricas, assinale a afirmação incorreta:

- a) As do Tipo I se localizam no corpo gástrico e não estão relacionadas à outra doença gastrointestinal.
- b) As do Tipo II se localizam no corpo gástrico ou *incisura angularis* e estão associadas à úlcera duodenal.
- c) As do Tipo III são úlceras pré-pilóricas.
- d) As úlceras do Tipo I necessitam de secreção ácida aumentada.