

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Em relação a patologias do esôfago, julgue os seguintes itens.

- 61 A presença de estrias longitudinais e grumos brancos na superfície esofágica e a atenuação do padrão vascular são sinais endoscópicos de esofagite eosinofílica.
- 62 A esofagite por *Candida albicans* acomete preferencialmente pacientes com AIDS, pacientes transplantados e pacientes com doenças hematológicas, mas pode ocasionalmente ocorrer em pacientes imunocompetentes, sendo a terapia crônica com inibidores de bomba de prótons um fator predisponente.
- 63 A ulceração idiopática do HIV é um importante diagnóstico diferencial da esofagite por citomegalovírus.
- 64 A impactação de bateria no esôfago é uma emergência endoscópica e a sua retirada deverá ser realizadas nas primeiras horas após a impactação, sob o risco de ocorrerem dois tipos de lesão: queimadura elétrica por contato direto com a mucosa esofágica e queimadura por liberação de substâncias químicas.
- 65 **Situação hipotética:** Um paciente com queixa de disfagia intermitente para sólidos realizou endoscopia digestiva alta, que indicou a presença de um anel de Schatzki, sem hérnia hiatal. **Assertiva:** Esse achado não pode ser considerado a causa da disfagia.

Em relação a patologias do estômago e duodeno, julgue os itens subsequentes.

- 66 Na hérnia hiatal mista, a junção esofagogástrica e o fundo gástrico migram através do hiato diafragmático para a região intratorácica.
- 67 O achado de metaplasia intestinal completa no antro gástrico constitui indicação para acompanhamento e monitoramento endoscópico.
- 68 Os pólipos gástricos mais prevalentes são os pólipos de glândulas fúndicas, seguidos pelos pólipos hiperplásicos e pelos pólipos adenomatosos.
- 69 O adenocarcinoma gástrico desenvolve-se em ambiente de hipercloridria.
- 70 Caso se encontre, à endoscopia digestiva, a segunda porção duodenal com diminuição de pregas e padrão mosaico da mucosa, deve-se realizar de quatro a seis biópsias duodenais, sendo pelo menos uma do bulbo duodenal.

Em relação a patologias do cólon e reto, julgue os itens que se seguem.

- 71 As principais causas de hemorragia digestiva baixa são câncer de cólon, pólipos e colites.
- 72 Em um exame de cápsula endoscópica, o achado de pequenas ulcerações no intestino delgado, principalmente no íleo terminal, determina o diagnóstico de doença de Crohn.
- 73 São sinais endoscópicos de endometriose intestinal: abaulamento extrínseco, edema e eritema da mucosa colônica e nódulos azulados.
- 74 A síndrome de Gardner é uma síndrome genética caracterizada pelo desenvolvimento de pólipos hiperplásicos com potencial para transformação maligna em todo o trato gastrointestinal.
- 75 A colopatia isquêmica caracteriza-se pela presença de úlceras longitudinais no cólon e pela demarcação bem nítida entre a área de mucosa doente e a área de mucosa sadia, sendo seu principal diagnóstico diferencial a doença de Crohn.

Em relação aos aspectos técnicos da endoscopia digestiva e à preparação para o exame, julgue os seguintes itens.

- 76 Recomenda-se não associar dois hipnóticos, como o propofol e o midazolam, simultaneamente, pois essa associação aumenta a incidência de depressão respiratória e prolonga o despertar do paciente.
- 77 O flumazenil é um antagonista dos benzodiazepínicos capaz de reverter prontamente os efeitos centrais dessa classe de drogas e sua meia-vida após a administração é longa, durando de cinco a seis horas.
- 78 De acordo com a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, não há necessidade de suspensão do anticoagulante varfarina antes da realização de colonoscopia com biópsias.
- 79 A grande vantagem do uso do propofol para a sedação em endoscopia, quando comparado ao midazolam, é a meia-vida extremamente rápida, que promove um despertar rápido sem deixar sonolência residual.
- 80 A técnica de reprocessamento que elimina todas as formas de microrganismos vivos e também os esporos é a desinfecção de alto nível, utilizada para a limpeza de endoscópios e bocais.

Homem de sessenta e seis anos de idade, portador de cirrose hepática, CHILD B, deu entrada no pronto-socorro com queixa de episódios de melena havia pelo menos três dias. Encontrava-se orientado, hemodinamicamente estável (PA de 100 mmHg e FC de 96 bpm), abdômen discretamente distendido, flácido, indolor à palpação e com piparote positivo. Os exames laboratoriais iniciais da admissão mostraram: Hg de 6,8 g/dL, leucócitos de 13.500 mL e plaquetas de 165.000 k/uL. Foi encaminhado à unidade de endoscopia onde se submeteu a uma videoendoscopia digestiva alta, que apresentou os seguintes resultados: presença de 3 cordões varicosos azulados, tortuosos, de médio e grande calibre localizados nos 2/3 distais do esôfago. Próximo à cárdia constatou-se a presença de área esbranquiçada com depressão central discreta, disposta sobre um dos cordões varicosos, além de *red spots* e pontos hematócísticos dispostos sobre as varizes no 1/3 distal do esôfago.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir, de acordo com o consenso de Baveno VI na condução do caso.

- 81 Em relação a esse paciente, a endoscopia digestiva poderia ser realizada em até vinte e quatro horas após a internação hospitalar.
- 82 Deve-se iniciar antibioticoprofilaxia nas primeiras vinte e quatro horas da admissão, sendo a droga de escolha a ceftriaxona 1,0 g/24 h intravenosa.
- 83 O uso de terlipressina, somatostatina ou octreotida deve ser iniciado após a realização da endoscopia digestiva alta, sendo mantido um desses medicamentos por pelo menos três dias após o início do tratamento.
- 84 O tratamento inicial, nesse caso, deveria ser o uso de betabloqueadores não seletivos (propranolol ou nadolol) associados à ligadura elástica das varizes esofágicas; e, caso o paciente apresente contraindicação ao uso dos betabloqueadores, deverá ser realizada apenas a ligadura das varizes esofágicas.
- 85 Caso ocorra, nos primeiros cinco dias, ressangramento proveniente das varizes esofágicas, está indicada como tratamento inicial a realização de abordagem por via endoscópica (ligadura elástica de varizes); entretanto, se o sangramento for grave, deve-se optar pela realização de TIPS.

Homem de sessenta e oito anos de idade, cardiopata, portador de diabetes melito tipo II e de DPOC, em uso de ANES para tratamento de lombalgia havia pelo menos cinco dias (naproxeno 100 mg/dia), deu entrada no serviço de pronto-socorro apresentando hipotensão arterial PA de 80 mmHg × 45 mmHg, FC de 110 bpm, desidratado + a ++/4+, sudoreico e discretamente confuso. Os familiares relataram que o paciente tinha apresentado três episódios de hematêmese seguidos de queda da própria altura, além de episódios de melena nos últimos três dias. Após ressuscitação volêmica, no pronto-socorro, o paciente foi transferido para a UTI. Foi realizada videoendoscopia digestiva alta, sendo identificada a presença de erosões planas no antro, com pontos de hematina associados, e uma úlcera de 12 mm de diâmetro localizada na parede anterior do bulbo duodenal, com coágulo aderido. Havia sangue parcialmente digerido no fundo gástrico (borra de café) em torno de 80 mL. Após a realização de exaustiva lavagem da úlcera com remoção do coágulo, observou-se a presença de uma úlcera com bordas pouco elevadas, fibrina espessa e um vaso visível disposto centralmente, pontos de hematina, sem esboço de convergência de pregas. Foi realizada aplicação de três cliques endoscópicos metálicos.

Em relação à condução desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 86 Se fosse realizada a aplicação de cliques hemostáticos endoscópicos associados à injetoterapia, com um agente esclerosante nos quatro quadrantes, o resultado hemostático teria sido mais eficaz que a terapia feita com apenas a aplicação de cliques metálicos endoscópicos.
- 87 O *second look* endoscópico deveria ser realizado obrigatoriamente em quarenta e oito horas após a primeira endoscopia, em razão do quadro clínico apresentado por esse paciente no momento de sua entrada no pronto-socorro.
- 88 O paciente em apreço, segundo o escore de Rockall, apresenta critérios de ressangramento elevados, mesmo com a terapia endoscópica realizada de forma efetiva.

Foi realizada em um paciente de sessenta e quatro anos de idade, com queixas dispépticas, videoendoscopia digestiva alta com cromoscopia digital (NBI). Foi identificada no exame área de atrofia intensa no antro com focos de mucosa de aspecto viliforme, compatível com metaplasia intestinal. Foram observados também, na pequena curvatura um pouco acima do piloro — área de superfície irregular com leve protusão da superfície mucosa — discreta elevação marginal e suave afilamento de pregas convergentes, com área mais deprimida e pequena úlcera central, bordas irregulares, sem convergência de pregas, em torno de 15 mm de diâmetro. Foram realizadas biópsias. O estudo histopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma tubular bem diferenciado.

A respeito desse quadro clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 89 O tratamento indicado seria a realização de mucossectomia endoscópica após manobra de elevação da lesão com administração de solução salina abaixo da lesão, demonstrando-se não haver retração cicatricial ou acometimento dos planos mais profundos.
- 90 A ultrassonografia endoscópica (USE) deve ser utilizada para avaliar a possibilidade de mucossectomia endoscópica ou dissecação submucosa endoscópica, para remoção endoscópica dessa lesão, possibilitando a identificação do acometimento neoplásico dos linfonodos perigástricos em região próxima da lesão suspeita.
- 91 Apenas o aspecto endoscópico não permite estabelecer a ressecabilidade endoscópica.

- 92 A técnica de dissecação submucosa endoscópica (ESD) seria superior à mucossectomia endoscópica nesse paciente, mesmo que toda a lesão se elevasse após a administração de solução salina abaixo da lesão e pudesse ser removida em um bloco único.

Uma mulher, de sessenta e oito anos de idade, diabética, portadora de mal de Alzheimer, com internações seguidas por broncopneumonias, teve um episódio de AVC havia seis meses, determinando piora expressiva da disfagia orofaríngea. Foi avaliada pela equipe da fonoaudiologia por meio de videodeglutograma, tendo sido identificada disfagia orofaríngea grave. Faz uso de clopidogrel 75 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Diante do quadro, foi solicitada gastrostomia endoscópica.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue o próximo item.

- 93 Os anticoagulantes orais devem ser suspensos três dias antes da realização da gastrostomia endoscópica, sendo substituídos por heparina de baixo peso molecular, que não deve ser administrada no dia da realização do procedimento.

Uma paciente foi internada na UTI, em razão de sepse por broncopneumonia. A paciente, que tinha sido submetida à gastrostomia endoscópica havia cinco meses e antrectomia com vagotomia trocular trinta anos atrás, estava apresentando episódios de melena de repetição sem repercussão hemodinâmica. A videoendoscopia digestiva alta revelou a presença de campânula interna de gastrostomia na parede anterior do corpo gástrico e a colonoscopia evidenciou a presença de cânula de gastrostomia atravessando o cólon transverso.

A respeito dessa situação, julgue os itens a seguir.

- 94 A remoção da sonda de gastrostomia endoscópica por tração junto à pele, seguida de aplicação de cliques endoscópicos no orifício interno da gastrostomia na parede anterior do estômago, associadas à dieta com baixa quantidade de resíduos nas primeiras setenta e duas horas constituem o tratamento mais adequado e considerado superior à intervenção cirúrgica com a realização de gastrostomia cirúrgica e colorrafia.
- 95 A realização prévia de gastrectomia subtotal (antrectomia) por via laparotômica não é contraindicação relativa para a realização de gastrostomia endoscópica, podendo ser realizada caso a manobra de transluminação seja positiva, bem como a digitopercussão da parede gástrica residual.

Julgue os itens que se seguem, em relação à abordagem endoscópica das vias biliares — colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) — para o tratamento de coledocolitíase.

- 96 A técnica de dilatação de esfíncter de Oddi com balão, após a realização de esfíncterotomia endoscópica, tem sido utilizada para a remoção de cálculos de colédoco maiores do que 15 mm, na presença de desproporção entre o cálculo e o colédoco distal e na presença de estenose biliar com cálculo a montante; estando associada essa técnica com maior incidência de sangramento, após o procedimento, quando comparada apenas à esfíncterotomia endoscópica isolada.
- 97 Abordagem da papila duodenal para o tratamento de coledocolitíase por meio de CPRE, quando a coledocolitíase está localizada dentro de um divertículo duodenal, está associada à maior incidência de sangramento pós-esfíncterotomia endoscópica.

Paciente de sessenta e três anos de idade, portador de doença de Chagas, cardiopata, evoluindo com disfagia, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que mostrou discreta dilatação do esôfago, sem desvio do eixo, e passagem com dificuldade do endoscópio pela cárdia para a cavidade gástrica. O exame radiológico contrastado do esôfago classificou o megaesôfago como Resende Tipo II.

Em relação às possíveis condutas endoscópicas a serem tomadas diante desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 98** A dilatação pneumática com balão tem resultados semelhantes aos proporcionados pela cardiomiectomia cirúrgica a Heller, em relação à resolução da disfagia, com menor risco de perfuração e sangramento quando analisados resultados após três anos do procedimento.
- 99** Os achados iniciais da técnica de POEM (*perioral endoscopy myotomy*) relatados mostram resultados semelhantes à miotomia preconizada por Heller, quando analisado o escore de disfagia de Eckhardt, porém com maior incidência de refluxo.

Em relação aos achados endoscópicos nas doenças sistêmicas, julgue o item subsecutivo.

- 100** Na doença de Crohn, entre os órgãos do aparelho digestivo, o menos afetado é o esôfago. As úlceras lineares, as aftoides ou nodosidades da mucosa são achados comuns. O aspecto típico em pedra de calçamento não é observado. Podem ser encontradas, nos casos mais graves, fístulas para qualquer localização do mediastino ou estenoses do esôfago.

Espaço livre
