

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**.
- A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “**Espaço livre**” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunho.

-- PROVA OBJETIVA --

Em relação aos pólipos gástricos, julgue os itens a seguir.

- 1 Os pólipos hiperplásicos, geralmente localizados no corpo gástrico, manifestam-se em mucosa gástrica atrofica associados à infecção pelo *H. pylori* e à presença de anemia perniciosa.
- 2 Os pólipos de glândulas fúndicas estão associados ao uso crônico de inibidor de bomba de prótons, distribuem-se no fundo do corpo gástrico, geralmente são menores do que 5 mm de diâmetro e apresentam baixa taxa de malignização, devendo ser ressecados endoscopicamente por completo quando têm mais de 10 mm de diâmetro, pelo risco aumentado de malignização.

No que se refere à doença do refluxo gastroesofágico, julgue os seguintes itens.

- 3 São indicações para o tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico: esofagites leves (graus A e B de Los Angeles) em pacientes com EIE defeituoso e propensos a persistirem com episódios de refluxo patológico e presença de hérnia hiatal por deslizamento grande (<05 cm), refratária ao tratamento medicamentoso, ou de hérnia paraesofágica.
- 4 A maioria dos pacientes (60%) com doença do refluxo gastroesofágico apresentam funcionamento inadequado do esfíncter esofágico inferior, sendo a sua disposição intra-abdominal fator inibidor isolado para menor prevalência de formas mais graves da doença do refluxo gastroesofágico.

Em relação ao tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, julgue os itens subsequentes.

- 5 A técnica de McVay pode ser utilizada tanto para o tratamento da hérnia femoral como para a o tratamento da hérnia inguinal direta, podendo ser utilizada tela ou apenas a aproximação do ligamento inguinal ao ligamento de Cooper, com incisão ou não de relaxamento da aponeurose da bainha do músculo reto do abdômen.
- 6 Na abordagem do tratamento da recidiva da hérnia inguinal direta, pela técnica de Stoppa por via videolaparoscópica trans-abdominal pré-peritoneal (TAPP), o tratamento escolhido deve ser a via videolaparoscópica extra-peritoneal (TEP), devido ao menor risco de lesões vasculares e de traumatismos de nervos inguinais.

Em relação à colelitíase, julgue os próximos itens.

- 7 Em pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica assintomáticos, não é recomendada, de forma rotineira, a colecistectomia profilática.
- 8 A fistulização da vesícula biliar decorrente de um episódio de colecistite aguda é uma complicação pouco frequente, que está associada à presença de cálculos grandes, sendo a flexura hepática do cólon o local mais frequentemente acometido, seguida pelo duodeno.
- 9 Em se tratando de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica que apresentam, no pós-operatório, fistula controlada com continuidade bilioduodenal e com vazamento discreto, sem sinais de peritonite, localizada junto à confluência dos hepáticos (classificação III de Bismuth), a abordagem inicial se dá pela via endoscópica, com a realização de papiloesfínterectomia e drenagem da via biliar com prótese.
- 10 São fatores predisponentes para o desenvolvimento de colecistite aguda alitiásica: idade avançada, diabetes, pós-parto, trauma, queimaduras extensas, nutrição parenteral prologada e síndrome de imunodeficiência adquirida com infecções oportunistas associadas.

A respeito do tratamento cirúrgico da doença ulcerosa péptica, julgue o item a seguir.

- 11 A abordagem inicial da obstrução pilórica por doença ulcerosa péptica deve ser clínica, com passagem de sonda nasogástrica, uso de inibidor de bomba de prótons em dose dobrada e NPT por período variável de uma a oito semanas, devendo-se optar, em caso de insucesso da abordagem conservadora, por realizar antrectomia com vagotomia seletiva ou troncular com reconstrução em Y de Roux.

A ultrassonográfica endoscópica permitiu a avaliação mais pormenorizada do pâncreas, assim como a realização de punções biópsias. Com relação à detecção do câncer pancreático, julgue os itens que se seguem.

- 12 No estudo dos cistos neoplásicos pancreáticos, a punção aspirativa por agulha fina permite diferenciar o cisto adenoma seroso do cisto adenocarcinoma e do cisto adenoma mucinoso (IPMN, do inglês *intraductal papillary mucinous neoplasm*): os níveis de CEA e CA 19/9 são baixos no cisto adenoma seroso e elevados no cisto adenocarcinoma e no cisto adenoma mucinoso.
- 13 Em se tratando de lesões sólidas do pâncreas, menores do que 2 cm de diâmetro, não existe diferença de sensibilidade no diagnóstico entre a ultrassonografia endoscópica e a tomografia computadorizada do abdômen com contraste.

As lesões subepiteliais do aparelho digestivo, caracterizadas pelos tumores estromais gastrintestinais (GIST, do inglês *gastrointestinal stromal tumors*) apresentam potencial maligno. Em relação à abordagem terapêutica dessas patologias, julgue os seguintes itens.

- 14 Os GIST gástricos menores de 1 cm de diâmetro devem ser acompanhados por avaliação periódica semestral e por endoscopia e(ou) ultrassonografia endoscópica a cada dois anos.
- 15 As lesões maiores de 2 cm de diâmetro devem sempre ser ressecadas, sendo a abordagem preferencial por via endoscópica.

Em relação aos tumores neuroendócrinos do aparelho digestivo, julgue os itens subsecutivos.

- 16 A presença de sintomas de síndrome carcinoide (diarreia aquosa e rubor facial intermitente) correlaciona-se com a presença de doença metastática hepática em pacientes portadores de tumores carcinoides do intestino delgado, na grande maioria dos casos.
- 17 Pacientes que apresentem tumor carcinoide maior do que 2 cm no apêndice cecal podem ser tratados, de forma eficaz, apenas com apendicetomia, em virtude do baixo índice de metástases locoregionais e à distância.

As neoplasias do apêndice cecal são raras, sendo encontrados tumores do apêndice em aproximadamente 1% das apendicectomias. Em relação ao tratamento cirúrgico dos portadores de cistoadenocarcinoma do apêndice, julgue o item a seguir.

- 18 A colectomia direita está indicada mesmo em pacientes sem envolvimento do mesentério, sem invasão dos órgãos adjacentes ou sinais de doença peritoneal.

A acalasia é uma doença tanto do esfíncter inferior do esôfago como da musculatura lisa do corpo esofágico. Em relação à abordagem terapêutica dessa doença, julgue os próximos itens.

- 19 O POEM (*per-oral endoscopy myotomy*) apresenta resultados semelhantes à miotomia cirúrgica com funduplicadura laparoscópica no que se refere à resolução da disfagia e à diminuição da pressão do esfíncter inferior do esôfago, mas com maior frequência de sintomas de refluxo gastroesofágico.
- 20 Os pacientes tratados com terapia endoscópica, como dilatação pneumática e aplicação de toxina botulínica no esfíncter inferior do esôfago, não apresentam maiores complicações transoperatórias quando submetidos a miotomia associada a funduplicadura anterior, em comparação aos pacientes em que não há manipulação prévia do esfíncter inferior.

Um paciente vítima de acidente automobilístico (colisão de veículos) chegou ao serviço de emergência trazido pelo SAMU. Apresentava-se hipocorado ++/4+, hipotenso (PA: 80 mmHg × 50 mmHg), taquicárdico (110 bpm), com saturação de O₂ de 91% e com escala de coma de Glasgow: 14. O exame físico mostrou crepitação no hemitórax direito ao nível do 8.º, 9.º e 10.º arcos costais, equimose no epigástrico, dor a palpação do abdômen e bacia estável. Após ressuscitação volêmica, estabilizaram-se os níveis pressóricos, o que permitiu a realização de rotina radiológica. Raios X de tórax mostrou fratura do 8.º, do 9.º e do 10.º arco costal, sem hemopneumotórax. A ultrassonografia abdominal na sala de emergência mostrou líquido livre na cavidade, laceração do fígado e hematoma subcapsular esplênico. Foi indicada laparotomia exploradora. Na exploração da cavidade peritoneal, foram identificados cerca de 1,5 L de sangue livre na cavidade peritoneal, hematoma subcapsular extenso acometendo 1/3 inferior do baço, laceração de 5 cm de comprimento e 4 cm de profundidade no segmento VI do fígado com sangramento ativo, lesão do corpo do pâncreas atingindo o ducto pancreático principal, laceração do cólon transversal com extravasamento de fezes para a cavidade peritoneal.

Em relação à abordagem cirúrgica a ser realizada no paciente do caso clínico precedente, julgue os itens subseqüentes.

- 21 A técnica de hepatorrafia com pontos profundos separados (hepatorrafia) mostra-se superior à hepatorrafia com digitoclasia, apresentando menor risco de evoluir com formação de hematoma intra-hepático, de áreas necróticas e de abscesso hepático no pós-operatório.
- 22 Durante a abordagem da lesão hepática, se o sangramento for de grande intensidade, pode ser utilizada a manobra de Pringle; nesse caso, se houver diminuição do sangramento, pode-se afirmar que o sangramento provém origina-se nas veias hepáticas.
- 23 A abordagem da lesão esplênica deve ser conservadora, sem intervenção cirúrgica durante a laparotomia.
- 24 O tratamento adequado da lesão pancreática seria a realização de pancreatorrafia com sutura contínua associada à drenagem da área de sutura.
- 25 No pós-operatório, caso ocorra fístula pancreática que não se resolva inicialmente com conduta conservadora, a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia é o tratamento mais adequado, com maior possibilidade de resolução e menor taxa de complicações quando comparado à reabordagem cirúrgica.

A respeito de mastologia, especialidade médica dedicada aos cuidados das glândulas mamárias, julgue os itens a seguir.

- 26 As alterações mamográficas que não podem ser detectadas ao exame físico incluem microcalcificações agrupadas e áreas de densidade anormal (nódulos, alterações arquiteturais e assimetrias).
- 27 Não é necessária a remoção de grande quantidade de pele para o tratamento eficaz do câncer de mama.
- 28 Para determinar o grau de suspeição de malignidade para alterações na mamografia utiliza-se a classificação de BI-RADS (*breast imaging reporting and data system*).
- 29 Um nódulo mamário palpável pode ser confirmado como um cisto pela aspiração ou ultrassom, sendo o carcinoma intracístico o mais comum deles.
- 30 A biópsia do linfonodo sentinela não se mostra efetiva para o estadiamento do câncer de mama masculino.

Em relação às patologias do estômago, julgue os itens que se seguem.

- 31 Carcinoma gástrico é atualmente o câncer mais comum no mundo e sua incidência vem aumentando, associada a um histórico de tabagismo ou alcoolismo inveterado.
- 32 As úlceras gástricas ocorrem em qualquer região do estômago, embora geralmente não estejam presentes na curvatura menor desse órgão.
- 33 O método mais confiável para diagnosticar uma úlcera gástrica é a endoscopia, que proporciona alta a probabilidade de se diagnosticar uma malignidade quando são realizadas biópsias múltiplas.
- 34 Na síndrome do antro retido, que pode ocorrer após gastrectomia parcial, a mucosa antral não se estende além do músculo pilórico.
- 35 A qualquer paciente com sangramento gastrointestinal superior é indicada reposição imediata e definitiva de líquidos; caso o sangramento seja recorrente ou persista, é indicada cirurgia.

Acerca do cólon, suas patologias, exames indicados e as cirurgias a ele relacionadas, julgue os itens subsecutivos.

- 36 O divertículo é um saco anormal composto por todas as camadas da parede intestinal; o falso divertículo não possui uma das porções da parede intestinal.
- 37 Diverticulite é o resultado da inflamação de um divertículo.
- 38 Na técnica da fulguração, utilizada para tratamento do câncer retal, emprega-se um dispositivo de eletrocautério que, apesar de destruir o tumor, também destrói a parede retal.
- 39 A ressecção de um segmento do cólon é uma opção na doença colônica, quando ocorre estreitamento ou obstrução associados e não havendo nenhuma doença retal ou anal.
- 40 Embora a colonoscopia seja o padrão-ouro para o estabelecimento do diagnóstico do câncer de cólon, esse exame não permite que seja feita uma biópsia do tumor.

Em relação ao aparelho esfinteriano, ao reto e as patologias do ânus, julgue os próximos itens.

- 41 O carcinoma de células basais é um tipo comum de tumor do canal anal. Macroscopicamente tais lesões apresentam as mesmas bordas peroladas com depressão central que apresentam os outros cânceres de células basais da pele.
- 42 O aparelho esfinteriano anal é caracterizado como duas estruturas musculares tubulares superpondo-se uma à outra.
- 43 O prolapso do reto, um problema comum de etiologia obscura, é a eversão em toda a espessura da parede retal através do ânus.
- 44 A hemorroidectomia é o melhor meio de curar a doença hemorroidária quando fracassadas as medidas conservadoras e as hemorroidas estiverem muito prolapsadas.
- 45 A fissura anal é uma úlcera linear da metade inferior do canal anal, mas pode envolver também outros tecidos anais.

Com relação aos distúrbios urológicos, julgue os itens a seguir.

- 46 A gangrena de Fournier, que é uma fasciite necrotizante da genitália masculina e do períneo, não envolve tecidos subcutâneos.
- 47 O priapismo, ereção peniana que persiste além da estimulação sexual e pode não estar relacionada com ela, ocorre predominantemente em homens acima dos 60 anos de idade.
- 48 O câncer de testículo, que chega a ser frequente em idosos, é uma das neoplasias mais curáveis.
- 49 A hiperplasia benigna da próstata é comum entre idosos: a maior parte dos nódulos prostáticos envolvidos nos sintomas obstrutivos associados a ela origina-se no tecido periuretral.
- 50 A varicocele é resultante da dilatação de veias que drenam para as veias espermáticas internas. Ao exame, nota-se uma massa de veias que pode se estender até o anel inguinal externo.

Um paciente foi submetido a laparotomia exploradora, por diverticulite, e está em recuperação na enfermaria.

Considerando o caso clínico apresentado e o mecanismo que envolve o processo de cicatrização da ferida operatória, julgue os itens seguintes.

- 51 A proliferação inicia-se com a epitelização, seguida da angiogênese, e é finalizada com a formação de tecido de granulação.
- 52 A proliferação inicia-se antes da inflamação, que não acontece se o paciente estiver em uso de anti-inflamatórios.

No tocante a cicatrização de feridas cirúrgicas ou traumáticas, julgue os itens seguintes.

- 53 Cicatrização por primeira intenção ou primária consiste no tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas da ferida são aproximadas logo após a produção da ferida, a fim de se evitar contaminação futura.
- 54 Cicatrizes hipertróficas são lesões elevadas que respeitam os limites da ferida e podem apresentar resolução espontânea, mesmo que parcial.
- 55 Cicatriz retrátil ocorre por encurtamento patológico do tecido cicatricial, o que resulta em deformidade ou disfunções.
- 56 Queloides são lesões fibróticas elevadas que respeitam os limites da ferida original e frequentemente apresentam resolução espontânea.

Com relação às infecções intra-abdominais, julgue os itens a seguir.

- 57 Peritonites são infecções intraperitoniais localizadas.
- 58 Abscesso intracavitário é uma coleção purulenta localizada/contida na cavidade peritoneal.
- 59 Fleimão ou plastrão é uma estrutura que se encontra inflamada e bloqueada/contida por processo inflamatório, com pouca ou nenhuma secreção, e próxima ao bloqueio.

Pacientes com infecções intraperitoneais, ou peritonites, podem evoluir com complicações menores ou até mesmo com óbito por sepse. Nessas peritonites, ocorrem alterações da homeostase que podem definir como será a evolução do paciente. Com relação a peritonites, julgue os itens seguintes.

- 60** No paciente com peritonite, não há ativação exacerbada do sistema imune, pois a resposta é modulada.
- 61** A disfunção de múltiplos órgãos e sistemas costuma ocorrer na presença de sepse.
- 62** Pode ocorrer choque séptico secundário devido à peritonite, embora isso não seja causa de aumento da mortalidade.
- 63** Nas peritonites complicadas, pode ocorrer instabilidade hemodinâmica, causada por choque distributivo.

Paciente de 50 anos de idade queixa-se de tosse frequente após as refeições. Relata que já teve episódios acompanhados de regurgitação e que, há um ano, tratou de pneumonia aspirativa.

Com relação a esse caso clínico hipotético, julgue os itens que se seguem.

- 64** No caso clínico apresentado, é provável que o paciente tenha a formação de uma herniação de mucosa e submucosa em uma zona de debilidade natural da transição entre a faringe e o esôfago, situada entre as fibras oblíquas do músculo constritor inferior da faringe e o músculo cricofaríngeo (triângulo de Killian).
- 65** No caso clínico apresentado, o diagnóstico mais provável é que o paciente tenha divertículos epifrênicos, que frequentemente se localizam no terço médio do esôfago e não têm relação com distúrbios da motilidade esofágica.

Paciente do sexo feminino, com 45 anos de idade, tem quadro de dor epigástrica e em hipocôndrio direito pós-prandial, principalmente com refeições hiperlipídicas. Os exames físico, laboratorial (hemograma) e de imagem (ultrassonografia de abdome) dessa paciente apresentam sinais que caracterizam colecistite aguda.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 66** Os sinais clínicos da colecistite aguda são dor à palpação de hipocôndrio direito, com interrupção da respiração profunda durante essa palpação (sinal de Murphy), e plastra subcostal direito.
- 67** Constitui sinal laboratorial da colecistite aguda leucocitose com diminuição da proteína C reativa (PCR), revelada por hemograma.
- 68** Podem constituir características da colecistite aguda: espessamento da parede da vesícula biliar superior ou igual a 5 mm, líquido perivesicular, aumento do diâmetro da vesícula biliar em até 5 cm e Murphy ecográfico.

Com relação a paciente com colelitíase e suspeita de coledocolitíase, julgue os itens seguintes.

- 69** Paciente com alta suspeita de coledocolitíase apresenta quadro de icterícia, colúria e(ou) acolia, além de dilatação das vias biliares e aumento de bilirrubina direta e de enzimas canaliculares.
- 70** Paciente com baixa suspeita de coledocolitíase deve ser submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), para confirmação ou descarte desse diagnóstico.

Um homem deu entrada no pronto-socorro por ter sido vítima de ferimento no abdome provocado por projétil de arma de fogo. Depois de avaliado, ele foi acomodado em leito, para observação.

Considerando os traumas penetrantes do abdome apresentados pelo paciente do caso clínico em tela, julgue os próximos itens.

- 71** Observado o orifício de entrada e saída do projétil no abdome, o paciente, ainda que instável, deverá ser submetido a tomografia computadorizada de abdome com urgência, para se definir o tratamento.
- 72** Estando o paciente estável e sem irritação peritoneal, deve-se realizar radiografia de abdome; se o exame evidenciar o projétil na massa hepática, o paciente poderá ser submetido a tomografia computadorizada do abdome, para definir-se se a conduta será cirúrgica ou não cirúrgica.

Paciente do sexo masculino foi atendido na emergência hospitalar, apresentando tumoração e dor na região inguinocrural direita havia 6 horas. Ele referiu que teve episódio de vômito pouco antes de chegar ao hospital.

Acerca do diagnóstico e do tratamento desse paciente, julgue os seguintes itens.

- 73** O melhor método para o diagnóstico nesse caso é a tomografia computadorizada.
- 74** O diagnóstico provável nesse caso é de hérnia inguinal direta, que acontece por enfraquecimento da parede abdominal devido a alterações do colágeno e por esforço físico.
- 75** O diagnóstico provável é de hérnia femoral, que é adquirida e se apresenta encarcerada e posicionada lateralmente aos vasos femorais.

Uma mulher de 69 anos de idade apresentou-se ao serviço de emergência com queixa de dor abdominal de moderada intensidade, localizada em região periumbilical e em fossa ilíaca direita, associada a náuseas e vômitos, com início havia 24 horas. Apresentou um episódio de fezes diarreicas, sem sangue. Negou febre, porém apresentou calafrios.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 76** Os diagnósticos diferenciais do caso em questão devem incluir apendicite aguda, diverticulite, infecção do trato urinário e isquemia mesentérica.
- 77** Apendicite perfurada é encontrada com maior frequência na população idosa, podendo ocorrer em até 70% dos casos.
- 78** Dor decorrente da mobilização do colo uterino, durante exame pélvico, pode estar presente em casos de apendicite aguda.
- 79** Nos pacientes idosos, a apendicectomia não deve ser realizada por laparotomia, devido a essa população apresentar altas taxas de comorbidades.
- 80** Caso os exames laboratoriais não demonstrem leucocitose, o diagnóstico de apendicite deve ser descartado.

Em relação às doenças que acometem o apêndice cecal e à anatomia desse órgão, julgue os itens que se seguem.

- 81** O suprimento sanguíneo do apêndice é derivado da artéria mesentérica inferior.
- 82** Caso o diagnóstico de tumor carcinoide de apêndice seja realizado incidentalmente na análise patológica, após a operação para tratamento de apendicite, é necessária a complementação do tratamento cirúrgico, independentemente do tamanho da lesão maligna.
- 83** Apendicite na paciente gestante é a emergência não obstétrica mais comum durante a gestação.
- 84** A neoplasia maligna mais comumente encontrada no apêndice é o adenocarcinoma, cujo tratamento cirúrgico consiste primariamente em hemicolectomia direita com linfadenectomia.
- 85** A neoplasia apendicular pode se apresentar inicialmente como apendicite aguda.

Com relação ao tratamento das hérnias inguinais e femorais e ao seu diagnóstico, julgue os itens subsequentes.

- 86** Na população masculina, as hérnias indiretas são mais frequentes que as hérnias diretas. Porém, essa relação é inversa na população feminina: as hérnias diretas são mais frequentes que as indiretas, devido à ausência do cordão espermático nas mulheres.
- 87** O tratamento da hérnia inguinal no idoso é sempre cirúrgico, devido ao risco aumentado de encarceramento do saco herniário e à possível necessidade de tratamento cirúrgico de urgência.
- 88** Hérnias femorais podem ser manejadas conservadoramente em pacientes oligossintomáticos, pois, nesses casos, o risco de encarceramento e estrangulação do saco herniário é baixo.
- 89** A principal complicação tardia do reparo anterior de hérnia inguinal é a dor crônica, definida pela persistência de dor inguinal por mais de três meses após a operação.
- 90** Após o reparo anterior das hérnias inguinais pode ocorrer orquite isquêmica, devido a trombose das veias do plexo pampiniforme. Essa complicação pode causar atrofia testicular.

Identificar e tratar adequadamente casos de abdome agudo é um desafio frequente para o cirurgião geral. A respeito das diversas causas de abdome agudo, de seu diagnóstico e seu tratamento, julgue os próximos itens.

- 91** Em países industrializados, a principal causa de obstrução do intestino delgado se deve a tumores malignos, em especial metástases peritoneais.
- 92** Tração gentil do testículo direito é uma manobra que pode auxiliar no diagnóstico da apendicite aguda em homens.
- 93** Pacientes com colecistite aguda podem apresentar dor referida no ombro direito.
- 94** Anestesia peridural com bloqueio simpático pode ser utilizada como alternativa à neostigmina no tratamento de pacientes com pseudo-obstrução colônica.
- 95** A tomografia computadorizada de abdome com contraste venoso pode ser útil no diagnóstico de colecistite aguda, apesar de ser menos sensível que a ultrassonografia.
- 96** O enema com contraste solúvel é o principal exame de imagem realizado para auxiliar no diagnóstico de pseudo-obstrução colônica.

Acerca das neoplasias de esôfago, julgue os itens que se seguem.

- 97** A neoplasia benigna que ocorre mais comumente no esôfago é o GIST (tumor do estroma gastrointestinal), seguido pelo leiomioma.
- 98** Pacientes com esôfago de Barret com displasia de alto grau não devem ser submetidos a ressecção endoscópica da mucosa, devido ao alto risco de apresentarem metástases linfonodais.
- 99** O vírus da papilomatose humana (HPV) está associado à patogênese de uma parcela dos tumores de células escamosas do esôfago.
- 100** O uso da tomografia com emissão de pósitrons no estadiamento de pacientes com neoplasia maligna de esôfago apresenta como vantagem a não realização de ecoendoscopia, caso seja detectada metástase a distância.

Espaço livre