

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Uma senhora com oitenta e quatro anos de idade, traqueostomizada, portadora de disfagia orofaríngea grave decorrente de episódio prévio de acidente vascular cerebral ocorrido há 6 meses, vem utilizando sonda nasointestinal para alimentação. Ela encontra-se internada em hospital para tratamento de broncopneumonia decorrente de broncoaspiração, tendo ficado sob assistência ventilatória por 10 dias. Avaliação fonoaudiológica identificou disfagia orofaríngea grave, com risco de broncoaspiração de repetição, tendo sido indicada via alternativa alimentar definitiva. No momento, está hemodinamicamente estável, sem sinais de infecção ativa em curso, com PCR normal e sem leucocitose. Em uso de clopidogrel 10 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Foi solicitada avaliação para realização de gastrostomia endoscópica percutânea.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 51 A gastrostomia endoscópica percutânea é um procedimento classificado como de alto risco de sangramento no pós-operatório, razão por que se deve suspender o uso tanto do AAS quanto do clopidogrel 5 dias antes do procedimento.
- 52 A antibioticoprofilaxia deve ser administrada após a identificação da área de transluminação positiva durante a endoscopia, caracterizando a possibilidade de realização do procedimento por via endoscópica.
- 53 Caso estejam disponíveis tanto a abordagem por via endoscópica com a técnica de punção (*push gastrostomy*) quanto a abordagem por via radiológica, a técnica endoscópica deve ser escolhida por apresentar, no pós-operatório, menor índice de infecção e de hemorragia que a abordagem por via radiológica.

Um senhor com sessenta e oito anos de idade, paciente renal crônico, diabético insulino dependente, hipertenso, não dialítico, fez uso de anti-inflamatório não hormonal por 5 dias, em virtude de lombalgia. Apresentou episódio de sangramento vivo nas fezes durante evacuação, tendo sido encontrado inconsciente no banheiro. Foi trazido para o serviço de emergência, onde foram constatadas: pressão arterial de 85 mmHg × 65 mmHg, frequência cardíaca do 100 bpm, confusão mental e sudorese profusa. Exames laboratoriais revelaram: Hemoglobina 8,5 g/dL, Ureia 100 mg/dL, leucócitos 1.400. Foi iniciada reposição volêmica, com resposta positiva, e o paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva, tendo sido submetido a videoendoscopia digestiva alta. Esse exame revelou úlcera de 12 mm de diâmetro, na incisura angularis, fibrina no centro, bordos elevados e sangramento em jato.

Com relação ao tratamento endoscópico nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 54 Entre as variáveis que compõem o escore de prognóstico de Rockall, o paciente apresenta risco de ressangramento elevado, idade > 60 anos, hemoglobina < 10 g/dL, FC > 100 bpm, comorbidades e achados endoscópicos de sangramento ativo.
- 55 O tratamento endoscópico mais efetivo seria a administração de solução adrenalina 1:10000 UI associada à aplicação de cliques endoscópicos, possibilitando a aplicação de um segundo método hemostático de forma mais eficiente.
- 56 O *second look*-endoscópico não é indicado.

Uma senhora com setenta e três anos de idade, que apresentava quadro dispéptico, com queixa de dor abdominal, foi submetida a videoendoscopia digestiva alta. Esse exame revelou erosões planas no antro e lesão submucosa na parede anterior do bulbo duodenal em torno de 8 mm de diâmetro. Ecoendoscopia foi realizada para esclarecimento diagnóstico, tendo-se observado tratar-se de lesão da segunda camada muscular da mucosa, sem alteração sugestiva de comprometimento linfonodal locorregional. O estudo histopatológico identificou neoplasia neuroendócrina (somatostinoma).

Acerca do tratamento e do prognóstico para esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 57 Recomenda-se reavaliação endoscópica da paciente após a ressecção da lesão a cada 6-12 meses por 2 anos seguidos.
- 58 A opção terapêutica indicada seria a dissecação submucosa endoscópica, em virtude da possibilidade de a ressecção R0 ser atingida com maior frequência por esse método, comparativamente a outros métodos endoscópicos, como a polipectomia simples, a mucosectomia e a polipectomia com ligadura elástica.

Um senhor com sessenta e quatro anos de idade está evoluindo com desconforto epigástrico, saciedade precoce e episódios de regurgitação. Ele é tabagista e relata consumo frequente de bebida alcoólica. Sua história familiar é negativa para neoplasia do aparelho digestivo. Esse paciente foi submetido a videoendoscopia digestiva alta que identificou diminuição expressiva do pregueado mucoso, erosões planas no corpo, xantasma na pequena curvatura do corpo gástrico, nodularidade discreta no antro, principalmente na pequena curvatura, e áreas levemente elevadas, de coloração acinzentada, aspecto opalescente e superfície aveludada. Teste de urease foi positivo. Foram realizadas duas biópsias da mucosa do corpo e duas do antro, que identificaram atrofia da mucosa do corpo e do antro e focos de metaplasia intestinal completa no antro. Pesquisa de *H. pylori* deu positivo 2+/3+.

Julgue os próximos itens, a respeito desse caso clínico.

- 59 O paciente em questão deve ter seguimento endoscópico anual em virtude do risco aumentado de câncer gástrico relacionado à gastrite atrófica acometendo o corpo e o antro e da presença de metaplasia intestinal no antro.
- 60 A coleta dos fragmentos para estudo histopatológico atendeu aos critérios de Sidney modificados.
- 61 Os exames do paciente mostram, como achados endoscópicos frequentemente relacionados à presença de *H. pylori*: a nodularidade da mucosa do antro e a presença sugestiva de metaplasia intestinal no antro.

Um paciente com cinquenta e oito anos de idade, portador de cirrose hepática, Child C, com queixa de sangramento digestivo há 3 semanas, evidenciado por episódio de melena, sem repercussão hemodinâmica, procurou serviço de hepatologia, onde foi submetido a videoendoscopia digestiva alta para avaliação diagnóstica e orientação quanto ao tratamento endoscópico. Nesse exame, observou-se a presença de varizes esofágicas de grande calibre, azuladas, tortuosas, com manchas vermelhas dispostas sobre as elas, nos 8 cm distais do esôfago torácico, sem extensão para o fundo gástrico. Enantema em padrão pontilhado com mucosa em aspecto de mosaico no corpo gástrico. Exames laboratoriais mostraram Hg 9,3 g/dL, Ht 28,8%, leuco 9.400 mm³, plaquetas de 42.000 × 10³/mm³.

Acerca do tratamento e do prognóstico para o paciente objeto desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 62 Está indicada realização de ligadura elástica de varizes esofagianas.
- 63 O uso de cianoacrilato é uma terapêutica alternativa à ligadura elástica na profilaxia secundária.
- 64 O seguimento adequado após iniciar o programa de ligadura elástica de varizes esofagianas seria nova sessão a cada 3 meses, até o controle endoscópico ser atingido, não sendo necessária a combinação com betabloqueadores não seletivos.

Paciente submetido a gastroplastia por *bypass* há 3 meses, que vem evoluindo com dificuldade para se alimentar, com episódios frequentes de vômitos pós-prandiais associados a desconforto epigástrico, foi submetido a endoscopia digestiva alta na qual se identificou estenose da anastomose gastrojejunal, com diâmetro da anastomose gastrojejunal em torno de 8 mm × 6 mm, impedindo a passagem do endoscópio para a alça jejunal eferente.

Acerca do tratamento do paciente objeto desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 65 O seguimento endoscópico com novas dilatações deve ser realizado a cada período de 15 dias, iniciando-se sempre pelo estágio no qual terminou a última sessão, procurando-se atingir um diâmetro máximo de 15 mm ao final do tratamento.
- 66 Deve-se prosseguir com passagem de fio-guia pela estenose, passagem do balão pelo guia com posicionamento deste no nível da anastomose, posterior dilatação com utilização de balão de dilatação endoscópica TTS (*through the scope*), iniciando-se com calibres 8 mm, 9 mm e 10 mm.

Paciente portador de DRGE com diagnóstico de esôfago de Barrett, em seguimento há 3 anos, foi submetido a videoendoscopia digestiva que identificou prolongamento de mucosa de aspecto colunar circunferencial de 3 cm e maior prolongamento longitudinal de 6 cm. Foram realizadas biópsias na mucosa de aspecto colunar a cada 3 cm de distância. Avaliação histopatológica mostrou esôfago de Barrett com displasia de baixo grau.

Em relação ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e seguimento nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 67 A abordagem endoscópica com realização de ablação térmica por radiofrequência está associada a maior possibilidade de estenose esofágica, em virtude do acometimento circunferencial.
- 68 As biópsias endoscópicas realizadas estão de acordo com o protocolo de Seattle para seguimento de esôfago de Barret.
- 69 O seguimento endoscópico adequado, de acordo com ASGE e ESGE, será a realização de endoscopias anuais, com biópsias seriadas da área identificada com esôfago de Barrett, segundo o protocolo de Seattle.
- 70 Deve-se indicar terapêutica endoscópica, sendo a mucosectomia a técnica endoscópica com melhor resultado para eliminação da área de mucosa com esôfago de Barrett com displasia associada, com menor índice de complicação e recidiva.

Um paciente com trinta e oito anos de idade foi submetido a videoendoscopia digestiva alta para investigação de quadro dispéptico. Esse exame mostrou erosões não confluentes maiores do que 5 mm junto à linha z, erosões planas no antro e hiperemia no bulbo. Também foi identificada lesão submucosa no fundo gástrico, em torno de 15 mm de diâmetro, endurecida e descolada da mucosa.

A respeito do seguimento e tratamento desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 71 Em virtude do tamanho da lesão, o tratamento adequado poderá ser realizado por endoscopia, mediante a técnica de enucleação ou a mucosectomia endoscópica.
- 72 Está indicada a realização de ultrassonografia endoscópica para esclarecimento diagnóstico, com a possibilidade de realização de punção para a coleta de material para biópsia de acordo com o aspecto endoscópico.

Uma mulher com quarenta e cinco anos de idade, com queixa de disfagia e perda ponderal significativa nos últimos meses, foi submetida a videoendoscopia digestiva alta em que se identificou acalasia da cárdia, permitindo a passagem do endoscópio com resistência importante. Exame contrastado mostrou dilatação esofágica, sem desvio importante do eixo, lentificação do esvaziamento esofágico e ondas de contração terciárias. Manometria esofágica evidenciou hipertonia do esfíncter inferior do esôfago, ausência de relaxamento do esfíncter inferior do esôfago e aperistalse do corpo esofágico.

Nesse caso clínico,

- 73 POEM (*peroral endoscopy myotomy*) é uma alternativa terapêutica possível, apresentando menos sintomas de refluxo gastroesofágico quando comparada à miotomia a Heller associada a funduplicadura a Dor.

Com relação ao uso de medicações e aos procedimentos endoscópicos, julgue os itens que se seguem.

- 74 O antibiótico no paciente cirrótico com hemorragia digestiva alta deve ser iniciado após a avaliação endoscópica, com terapia da lesão sangrante.
- 75 Pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta diagnóstica em uso de warfarina não devem ser submetidos a biópsia de mucosa gástrica, dado o risco de hemorragia.
- 76 O uso de clopidogrel não constitui contraindicação à colocação de *stents* na via biliar por CPRE.

A respeito de endoscopia digestiva e doenças do esôfago, julgue os itens seguintes.

- 77 No tratamento da acalasia, a injeção de toxina botulínica é o tratamento definitivo de escolha por ser menos invasivo.
- 78 O diagnóstico de Esôfago de Barrett é estabelecido após procedimento endoscópico, sendo a biópsia necessária apenas para avaliação do grau de displasia.
- 79 A classificação de Zargar é utilizada na avaliação das lesões cáusticas e predizem a possibilidade de evolução para estenose.
- 80 Paciente com ingesta de corpo estranho com suspeita de perfuração de esôfago deve ser submetido a tomografia computadorizada.
- 81 Infecção por *cândida* que se apresenta como placas maiores que 2 mm, com edema e hiperemia, sem ulceração, é classificada como grau II pela classificação de Kodsí.

No que se refere à doença ulcerosa péptica (DUP) e suas complicações hemorrágicas, e à relação da bactéria *H. pylori* em sua patogênese, julgue os itens a seguir.

- 82** Nos pacientes em que for observada úlcera com sangramento ativo à endoscopia, é recomendado tratamento com dois métodos hemostáticos, sendo um deles a injeção de adrenalina.
- 83** Toda úlcera gástrica e duodenal visualizada em exame de imagem deve ser submetida à biópsia por endoscopia.
- 84** A coleta de uma amostra de tecido de corpo e uma de antro para o teste da uréase, ou de duas de corpo e duas de antro para análise histológica, são opções invasivas para o diagnóstico de *H. pylori* e para o controle da terapia de erradicação.
- 85** As classificações mais utilizadas na avaliação das hemorragias digestivas altas relacionadas à DUP são a de Forrest e a de Sakita.
- 86** Pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa que na estratificação de risco pré-endoscópica obtiver resultado ≤ 1 pelo escore de Glasgow-Blatchford, pode ser manejado sem necessidade de internação hospitalar, com exame endoscópico ambulatorialmente.

Com relação à colonoscopia e suas aplicações, julgue os itens que se seguem.

- 87** Caso a histopatologia de paciente submetido a colonoscopia de rastreio, com retirada de 2 pólipos menores que 10mm, evidencie adenoma tubular com displasia de baixo grau, a recomendação é repetir a colonoscopia em 10 anos.
- 88** A angiotomografia pré-colonosopia é recomendada para os pacientes com hemorragia digestiva baixa ativa e instabilidade hemodinâmica.
- 89** Pólipos pediculados entre 10 mm e 20 mm devem ser retirados com alça de polipectomia a frio.
- 90** O preparo do paciente com constipação crônica deve ser otimizado, com aumento da dose do laxativo.

A ecoendoscopia é um exame que tem várias aplicações na prática gastroenterológica. Acerca desse exame, julgue os itens a seguir.

- 91** Quando indicada aspiração do conteúdo das lesões císticas pancreáticas, deve-se dosar CEA, amilase e realizar citologia do conteúdo aspirado.
- 92** Nos tumores esofágicos, a endoscopia possibilita a avaliação da extensão da lesão e o acometimento linfonodal.
- 93** Lesões císticas pancreáticas maiores que 3 cm devem ter seu conteúdo aspirado por agulha fina via ecoendoscopia.

A manipulação da via biliar pode ser necessária tanto para patologias benignas quanto malignas, sendo a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) um exame de grande importância nesses casos. No que diz respeito a esse exame, julgue os itens subsequentes.

- 94** Em pacientes com cálculos maiores que 8 mm em colédoco, a dilatação da papila com balão é uma alternativa à esfínterectomia, em especial para os pacientes com coagulopatia ou anatomia alterada.
- 95** Uma vez realizada a drenagem da via biliar por coledocolitíase com esfínterectomia, não é necessária a colecistectomia, a menos que ainda haja cálculos remanescentes na vesícula.
- 96** Alguns pacientes com coledocolitíase, em especial os assintomáticos, não devem passar por intervenção endoscópica.

Considerando que na gastroenterologia é comum o uso de sondas, julgue os itens que se seguem.

- 97** Existem outras indicações de uso de sondas que não são para alimentação do paciente, como a gastrostomia.
- 98** Quando indicado o uso de sondas enterais, sua inserção deve ser feita por orifícios naturais, optando-se por inserções percutâneas caso a previsão de tempo de uso seja longa.

Com relação a procedimentos endoscópicos, julgue os itens seguintes.

- 99** *Stents* metálicos autoexpansíveis devem ser indicados para alívio da disfagia em pacientes com tumores esofágicos avançados, desde que estes não estejam situados no terço proximal do órgão, pelo risco de complicações obstrutivas.
- 100** Com relação ao risco de hemorragia, a polipectomia com alça a frio é segura para exérese de pólipos colônicos com diâmetro menor que 10 mm.
- 101** A complicação mais frequente da CPRE com papilotomia endoscópica é a hemorragia aguda, seguida de perfuração e colangite.
- 102** Na polipectomia endoscópica de pólipos intestinais pediculados, a aplicação preventiva de *endoloops* deve ser preferida à aplicação de *hemoclips* para prevenção de hemorragias.

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Ecoendoscopia, julgue os itens a seguir.

- 103** Está indicada a punção de lesões subepiteliais da muscular própria do esôfago maiores que 10 mm de diâmetro para diferenciar leiomiomas de outras lesões potencialmente malignas.
- 104** Todo cisto pancreático deve ser puncionado por ecoendoscopia, mesmo quando se tratar de achado incidental.
- 105** O tipo de agulha ou calibre não altera a acurácia diagnóstica nas punções de lesões subepiteliais.
- 106** Está indicada profilaxia antibiótica na punção de cistos pancreáticos.

Acerca de achados endoscópicos em doenças sistêmicas, julgue os itens que se seguem.

- 107** A doença de Crohn no trato digestivo alto manifesta-se mais comumente na forma de múltiplas ulcerações aftoides ou serpiginosas no antro sobre uma mucosa difusamente edemaciada e nodular.
- 108** São achados endoscópicos encontrados no caso de sífilis gástrica: nodularidade da mucosa, úlceras, erosões e atrofia da mucosa.
- 109** A amiloidose sistêmica pode manifestar-se na forma de gastroparesia causada por depósito de amiloide nos nervos e músculos ou por insuficiência vascular.
- 110** A doença celíaca pode ser suspeitada através do aspecto endoscópico da mucosa duodenal, que pode apresentar nodularidade, fissuras e diminuição ou achatamento das pregas da segunda porção duodenal.
- 111** Granuloma na mucosa gástrica pode ser encontrado na tuberculose, na sarcoidose, na doença de Crohn, na histoplasmose e na mastocitose.

Um homem com 61 anos de idade, diabético, hipertenso e com antecedente de infarto agudo do miocárdio procurou o pronto-socorro com queixa de hematêmese em grande quantidade havia cerca de 5 horas. Ao exame de entrada, apresentava pressão arterial de 100 mmHg × 65 mmHg, pulso de 106 bpm e taquipneia. Nos exames laboratoriais iniciais, não apresentava anemia nem nenhuma outra alteração significativa. Foi solicitada uma endoscopia digestiva alta para investigação do quadro.

Em relação a esse caso clínico e a hemorragias digestivas de causa não varicosa, julgue os itens subsequentes.

- 112** A indicação de endoscopia digestiva alta foi correta, mesmo não havendo indícios de anemia no hemograma.
- 113** Esse paciente alcança 4 pontos no *score* de Rockall pré-endoscópico, podendo chegar a 11 pontos no *score* de Rockall pós-endoscópico, de acordo com os achados do exame.
- 114** A pesquisa de *Helicobacter pylori* está contraindicada na endoscopia inicial, em razão da baixa sensibilidade diagnóstica do teste da urease na vigência de sangramento digestivo alto.
- 115** Caso a endoscopia digestiva mostre uma úlcera gástrica Forrest III e a presença de coágulos no estômago, o paciente poderá receber alta precoce, após normalização dos parâmetros hemodinâmicos.
- 116** Esse paciente deve receber uma dose *in bolus* de 80 mg de pantoprazol intravenoso seguida de infusão contínua de 8 mg/hora de pantoprazol durante 72 h.

Paciente com 46 anos de idade, do sexo masculino, etilista havia 25 anos, deu entrada no pronto-socorro com história de hematêmese e melena de grande volume havia 3 dias. Ao exame, encontrava-se obnubilado, taquicárdico, hipotenso e taquipneico, com extremidades frias e sudoreicas. Teve novo episódio de hematêmese na presença do clínico que o atendeu, que solicitou uma endoscopia digestiva alta de urgência.

Com relação a esse caso clínico e a hemorragia digestiva alta varicosa, julgue os itens a seguir.

- 117** Uma alternativa para controle da hemorragia digestiva alta refratária a tratamento endoscópico e farmacológico é a passagem do TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*), que tem taxa de sucesso de 90%.
- 118** Esse paciente deve receber reposição volêmica, antibiótico e drogas vasoativas e ser intubado antes da realização da endoscopia digestiva alta.
- 119** Caso a endoscopia digestiva alta mostre estigmas de sangramento recente em varizes tipo GOV 2, o tratamento preconizado será a ligadura elástica das varizes esofágicas.
- 120** Se o exame de endoscopia digestiva alta evidenciar varizes esofágicas de grosso calibre, tortuosas e azuladas, com sinais da cor vermelha abundantes, deverá ser realizada escleroterapia endoscópica com agentes esclerosantes, como o oleato de etanolamina ou o álcool absoluto.

Espaço livre