

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

01. Podemos afirmar que a mortalidade por sangramento digestivo:

- a) permanece em torno de 10%.
- b) reduziu devido a melhores equipamentos.
- c) não se alterou conforme a faixa etária.
- d) não se associa a novas comorbidades além daquelas já existentes.

02. Paciente com varizes esofágicas com sangramento ativo, o que deve ser feito?

- a) Iniciar cianoacrilato como primeira opção.
- b) Em pacientes cirróticos, a escleroterapia tem mais vantagens que a ligadura elástica.
- c) Sonda nasogástrica calibrosa para lavagem gástrica.
- d) Realizar a ligadura elástica, preferencialmente.

03. A respeito da escleroterapia, não é correto afirmar.

- a) Tem níveis de complicações menores que a escleroterapia.
- b) Taxa de ressangramento menor que escleroterapia.
- c) A hemostasia decorre de isquemia pelo anel elástico que compromete apenas a mucosa.
- d) Úlceras decorrentes da esclerose cicatrizam entre duas e três semanas.

04. No que refere ao cianoacrilato, não se pode afirmar.

- a) Não se deve usar em pacientes com hepatopatia crônica avançada com varizes sangrantes.
- b) Tem resultado melhor que a esclerose no sangramento agudo.
- c) Tem resultado pior que a escleroterapia na erradicação das varizes eletivamente.
- d) 75% apresentam complicações de menores portes.

05. São complicações maiores do uso do cianoacrilato, exceto:

- a) estenose.
- b) necrose esofágica.
- c) úlcera sangrante.
- d) pancreatite.

06. São achados endoscópicos na esofagite eosinofílica, exceto:

- a) Sulcos longitudinais.
- b) Anéis e estenoses.
- c) Erosões e úlceras.
- d) Complacência preservada do esôfago.

07. A(s) principal(is) causa(s) de hemorragia digestiva baixa é(são):

- a) ectasias vasculares.
- b) moléstia diverticular.
- c) colites.
- d) câncer e pólipos.

08. Os pólipos na síndrome de Peutz-Jeghers são:

- a) hiperplásicos.
- b) adenomatosos.
- c) hamartomatosos.
- d) de glândulas fúndicas.

09. A taxa de complicação relacionada com a colonoscopia com polipectomia é de cerca de:

- a) 2,3%.
- b) 3%.
- c) 3,5%.
- d) 4%.

10. Quanto a hemorragia pós-polipectomia colônica, é correto afirmar.

- a) Não é a complicação mais comum.
- b) O uso inadequado da corrente elétrica não está associado à causa da hemorragia.
- c) O sangramento tardio decorre do uso da corrente de coagulação e da “queda da escara” entre outros fatores.
- d) Fatores de risco relacionados com o paciente, como hipertensão, uso de anticoagulantes, não concorrem para o sangramento.

11. Em relação às dilatações endoscópicas, é falso afirmar.

- a) Não deve ser realizada na vigência de cicatrização incompleta das lesões.
- b) Coagulopatias e doenças cardiopulmonares devem ser compensadas antes do procedimento.
- c) Não há necessidade de profilaxia com antibiótico, exceto para os pacientes de alto risco de endocardite infecciosa.
- d) Em pacientes de alto risco de tromboembolismo, em que a medicação anticoagulante não pode ser interrompida, sugere-se sua substituição por heparina de baixo peso molecular e interrupção da mesma 8 horas antes do procedimento.

12. Pela classificação de Forrest, uma úlcera com coto vascular visível é:

- a) IIA.
- b) IIB.
- c) IIC.
- d) III.

13. São fatores associados ao ressangramento da úlcera péptica, exceto:

- a) tamanho da úlcera (maior que 1 cm).
- b) hemoglobina (menor que 10 g/dl).
- c) localização da úlcera (grande curvatura gástrica e parede anterior duodenal).
- d) frequência cardíaca maior que 100 bpm e pressão arterial menor que 100 mmHg.

14. O antagonista dos benzodiazepínicos é:

- a) Naloxona.
- b) Flumazenil.
- c) Alfentanil.
- d) Meperidina.

15. Qual o local mais frequente da úlcera duodenal?

- a) Parede anterior.
- b) Parede posterior.
- c) Parede superior.
- d) Parede inferior.

16. A ligadura elástica, quando comparada com escleroterapia endoscópica, podemos afirmar:

- a) que está associada ao maior risco de novo sangramento.
- b) ser o menor número de procedimento para erradicação das varizes.
- c) ser mais disponível e de mais baixo custo.
- d) ser de maiores efeitos adversos e maior mortalidade.

17. Na classificação endoscópica de Los Angeles, Grau A apresenta-se quando há uma ou mais erosões menores do que:
- 7 mm.
 - 8 mm.
 - 6 mm.
 - 5 mm.
18. Sobre varizes gástricas, não está correto afirmar.
- Sangramento ocorre em 30% dos casos.
 - Deve-se realizar a profilaxia primária.
 - Tipos de varizes GOV 2 e IGV 1, segundo Sarin, são as que mais sangram.
 - Na falha do cianoacrilato em sustar o sangramento, uma alternativa é o TIPS.
19. Paciente adulto chega ao pronto-socorro com história de ingestão de agente corrosivo. Pela história clínica, o que podemos afirmar?
- Não foi ingesta acidental, por se tratar de paciente adulto.
 - Foi tentativa de suicídio.
 - Uso de agentes alcalinos para tratar refluxo gastroesofágico.
 - Não tem diferença de resultado se agente alcalino ou se ácido.
20. Em relação à ingestão de substância cáustica, é incorreto afirmar.
- Substâncias alcalinas são mais agressoras ao esôfago do que as substâncias ácidas.
 - O sítio esofágico mais comprometido pelos ácidos é ao nível do arco aórtico, por ser mais estreito naturalmente.
 - É na fase subaguda (10 dias a 8 semanas) que se dá início ao processo de estenose.
 - Na fase tardia (após 8 semanas), reaparece a disfagia.
21. Em relação à esofagite por ingestão de agentes corrosivos, é verdadeiro afirmar.
- O exame endoscópico é atualmente considerado imprescindível na orientação terapêutica, devendo ser realizado quando passadas mais de 48 horas da ingestão.
 - Caso a epiglote e as pregas vocais estejam edemaciadas, a entubação orotraqueal está indicada pelo risco de insuficiência respiratória.
 - Roncos, estridor, tiragem intercostal, cianose ou qualquer outro sinal de insuficiência respiratória determinam necessidade de acesso à via aérea, de preferência pela realização de traqueostomia.
 - A associação de insuficiência respiratória, dor abdominal e instabilidade hemodinâmica pode sinalizar para perfuração do esôfago ou estômago.
22. Na avaliação do comprometimento do esôfago, estômago e do duodeno pós-ingestão de substância cáustica, deve-se realizar uma endoscopia digestiva alta a qual deverá ser realizada:
- a qualquer momento.
 - após as 48 horas.
 - entre 6 e 12 horas.
 - entre 24 e 48 horas com finalidade de passar SNG.
23. Sobre o tratamento e segmento da esofagite cáustica, é incorreto afirmar:
- que o risco de câncer é 1000 vezes maior que população geral.
 - que o tratamento endoscópico prioritário é a dilatação.
 - que pode-se usar a triancinolona injetável por via endoscópica.
 - que não se deve realizar a estenotomia pelo risco de perfuração.
24. Durante uma endoscopia digestiva alta cuja indicação era hemorragia digestiva alta, a conclusão do laudo foi de úlcera gástrica com coágulo aderente. Assinale a afirmativa correta segundo a classificação de Forrest.
- IA.
 - IIA.

- c) III.
d) IIB.
25. Sobre corpo estranho no esôfago, é correto afirmar.
- a) Quando tratar-se de alimento impactado, não se deve utilizar enzimas proteolíticas como primeira opção.
b) Nunca empurrar bolo alimentar impactado para o estômago, às cegas.
c) Nunca se deve utilizar o overtube pelos riscos de complicações causadas pelo mesmo.
d) As moedas são os corpos mais comuns em crianças.
26. Em relação aos corpos estranhos do trato digestório, em que percentagem necessitam de tratamento endoscópico e cirúrgico respectivamente?
- a) 10 a 20% e menos de 1%.
b) 5 a 10% e mais de 2%.
c) 10 a 20% e mais de 1%.
d) 5 a 10% e menos de 2%.
27. Em relação a corpo estranho no esôfago, assinale o item incorreto.
- a) Nos adultos a causa mais comum é o bolo alimentar.
b) Nas crianças a causa mais comum são as moedas.
c) O esôfago possui zonas de estenoses naturais, sendo aí o local de maior ocorrência de impactação de corpo estranho.
d) A extração endoscópica tem alto risco de complicações em geral.
28. Sobre corpo estranho no trato digestivo alto, assinalar a afirmativa errada.
- a) Nos casos de impactação de alimentos, deve-se primeiro utilizar a papaína para dissolver o corpo estranho. Caso não resolva, indicar extração via endoscópica.
b) Quando se tratar de possível obstrução completa, realizar endoscopia de urgência.
c) Se corpo estranho for moeda não impactada, esperar 24 horas para o exame endoscópico.
d) Se corpo estranho for moeda impactada no esôfago, deve-se retirar de imediato.
29. São complicações da gastrostomia endoscópica, exceto:
- a) broncoaspiração e sangramento digestivo alto por úlcera péptica.
b) estenose do óstio por refluxo alcalino.
c) fístula gastrocolocutânea.
d) pneumoperitônio, obrigando sempre a ser feita uma intervenção cirúrgica.
30. A maioria dos linfomas gástricos primários tipo MALT de baixo grau está associada à infecção por:
- a) *Cândida albicans*.
b) *Escherichia coli*.
c) *Helicobacter pylori*.
d) *Clostridium perfringens*.
31. Classificação de risco de eventos tromboembólicos com a interrupção de antiagregante plaquetário é tida como de alto risco:
- a) doença cardíaca isquêmica sem *stent*.
b) profilaxia primária de acidente vascular encefálico isquêmico.
c) doença arterial periférica.
d) *stent* metálico convencional (não farmacológico) colocado nos ramos das artérias coronárias há menos de 1 mês.
32. O tratamento dos pólipos colônicos é a ressecção endoscópica (polipectomia). Assim, deve-se alertar-se para o uso de anticoagulantes ou antiplaquetários antes do procedimento. Nesse contexto, assinale a afirmativa errada.
- a) Suspender AAS somente nos casos de pólipos grandes.
b) Clopidogrel: 7 a 10 dias antes do procedimento.

- c) Coagulograma deve estar normal.
d) Desnecessária suspensão de anticoagulantes e de antiplaquetários, porque a polipectomia é um procedimento de baixo risco de sangrar.
33. Em se tratando de esofagite eosinofílica, o diagnóstico diferencial deve ser feito com as patologias abaixo, exceto:
- a) Doença do refluxo gastroesofágico.
b) Doença de Crohn.
c) Colagenoses.
d) Esofagite actínica.
34. Paciente com história de vômitos de repetição, de início, alimentar e, finalmente, sangue vivo, o diagnóstico provável nesse caso é:
- a) Gastrite hemorrágica.
b) Lesões de Dieulafoy.
c) Síndrome de Mallory-Weiss.
d) Úlcera da cárdia.
35. São achados endoscópicos na esofagite eosinofílica:
- a) redução do padrão vascular e laceração da junção esofagogástrica.
b) traqueização e sulcos longitudinais.
c) estenose e monilíase.
d) impactação de alimento e varizes.
36. Sobre traumatismo esofágico, assinalar a resposta errada.
- a) A causa mais frequente de lesões esofágicas é por ferimento traumático penetrante.
b) Quando há risco de pneumotórax hipertensivo, deve-se fazer a drenagem torácica antes da endoscopia.
c) A endoscopia define local e dimensão da lesão.
d) Está contraindicada a endoscopia no intraoperatório.
37. Paciente foi submetido à endoscopia digestiva alta, sendo diagnosticada lesão gástrica compatível com neoplasia. O resultado das biópsias mostrou tratar-se de adenocarcinoma difuso. Isso se enquadra na classificação de:
- a) OMS.
b) MING.
c) LAUREN.
d) YAMADA.
38. Em relação ao manuseio de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários próximo da terapêutica endoscópica, é verdadeiro afirmar.
- a) Os anticoagulantes orais devem ser suspensos e não substituídos pela heparina.
b) A aspirina e a heparina são as duas drogas mais usadas para reduzir a agregação plaquetária.
c) O efeito da aspirina e do clopidogrel persistem pelo tempo de meia-vida da plaqueta, estimado como entre 7 e 10 dias.
d) A heparina não fracionada pode ter sua atividade anticoagulante revertida com administração de concentrado de plaquetas.
39. O uso profilático de antibioticoterapia para procedimentos endoscópicos está indicado em quais condições clínicas?
- a) Doenças cardíacas.
b) Enxerto vascular sintético ou outros enxertos não valvares.
c) Lesões císticas para realização de ecoendoscopia com punção aspirativa por agulha fina.
d) Pancreatocolangiografia retrógrada endoscópica com drenagem completa de obstrução biliar sem colangite.
40. Tratamento endoscópico e/ou farmacológico apresenta falência de controle do sangramento varicoso em:
- a) 10 a 20% dos casos.
b) 25 a 30% dos casos.

- c) 35 a 40% dos casos.
- d) mais de 40% dos casos.

41. Em relação à Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), são consideradas complicações menores:

- a) Pneumoperitônio.
- b) Perda da coaptação entre as paredes – precoce ou tardia.
- c) Perfuração esofágica, gástrica ou intestinal.
- d) Retirada precoce da sonda com desabamento/peritonite.

42. O divertículo de Zenker é uma herniação através da parede faríngea posterior, entre o músculo construtor faríngeo inferior e o músculo cricofaríngeo, área que foi denominada de triângulo de:

- a) Ludlow.
- b) Killian.
- c) Friedrich Albert.
- d) Mosher.

43. Em qual porcentagem de casos de sangramento gastrointestinal não se identifica a fonte da hemorragia após endoscopia digestiva alta e colonoscopia?

- a) 5%.
- b) 7%.
- c) 9%.
- d) 11%.

44. Na Esofagite Herpética (EH), o melhor local para as biópsias para confirmação histopatológicas de seu agente causal é:

- a) nas margens da úlcera.
- b) no fundo da lesão ulcerada.
- c) nos tecidos adjacentes à lesão.
- d) a biópsia é contraindicada nessas lesões.

45. Para pesquisar *helicobacter pylori*, recomenda-se a retirada de cinco fragmentos nos seguintes locais:

- a) dois no antro gástrico, dois na cárdia e um na *incisura angularis*.
- b) dois no antro gástrico, dois no corpo e um na região pré-pilórica.
- c) dois no antro gástrico, dois no corpo e um na *incisura angularis*.
- d) dois no antro gástrico, dois no corpo e um no fundo gástrico.

46. Pela a classificação de Forrest, a taxa de ressangramento para uma úlcera com coágulo aderido (IIB) é de:

- a) 10 a 20%.
- b) 30 a 51%.
- c) 25 a 41%.
- d) 10 a 30%.

47. São consideradas contraindicações absolutas para realização de colonoscopia:

- a) IAM recente.
- b) gravidez (segundo/terceiro trimestre).
- c) coagulopatias.
- d) recusa do paciente.

48. A síndrome de Budd-Chiari é:

- a) intra-hepática pré-sinusoidal.
- b) intra-hepática sinusoidal.
- c) intra-hepática pós-sinusoidal.
- d) pós-hepática.

49. *Buried Bumper Syndrome* (BBS) é:

- a) uma complicação menor da gastrostomia endoscópica.
- b) o sepultamento do anteparo interno.
- c) a perda de coaptação entre as paredes gástrica e abdominal.
- d) fascite necrosante.

50. Nas Esofagites Infecciosas por Candidíase, na Classificação de Kodosi, inclui-se no grau II:

- a) poucas placas brancas elevadas de até 2 mm, com hiperemia, mas sem edema ou ulceração.
- b) múltiplas placas brancas elevadas maiores que 2 mm, com hiperemia e edema, mas sem ulceração.
- c) placas elevadas confluentes, lineares e nodulares, com hiperemia e ulceração.
- d) presença de membranas friáveis e ocasionalmente diminuição do lúmen esofágico.