



Questões de prova teórica para processo seletivo para residência médica em ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Questão 1. Um paciente de 28 anos, com diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa extensa há 3 anos, em uso irregular de mesalazina oral, procura o pronto atendimento com quadro de 5 dias de evolução de diarreia sanguinolenta (10–12 evacuações/dia) e dor abdominal difusa. Ao exame: desidratado, PA 100/60 mmHg, FC 112 bpm, T 38,4 °C. Exames laboratoriais mostram Hb 9,8 g/dL, PCR 68 mg/L, albumina 2,7 g/dL. Radiografia simples de abdome sem sinais de megacólon tóxico. De acordo com as recomendações atuais, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar prednisona VO 1 mg/kg/dia e manter acompanhamento ambulatorial, pois não há sinais de megacólon tóxico.
- B) Iniciar antibióticos de amplo espectro e aguardar resultado de coprocultura antes de qualquer terapia imunossupressora.
- C) Internar o paciente, iniciar corticosteroide intravenoso em dose plena e realizar investigação infecciosa concomitante.
- D) Iniciar infliximabe como terapia de primeira linha, uma vez que apresenta melhor taxa de remissão do que corticosteroides.
- E) Indicar colectomia subtotal de urgência devido à gravidade do quadro clínico

Questão 2. Paciente de 31 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Doença de Crohn ileocolônica há 4 anos, em uso irregular de azatioprina, refere eliminação crônica de secreção purulenta pelo períneo há 6 meses, sem febre, sem dor anal importante, sem sinais sistêmicos. Nega piora recente. Ao exame perianal: dois orifícios externos localizados posteriormente, a 3 cm e 5 cm da margem anal, sem hiperemia, sem flutuação, sem dor à palpação. Toque retal sem dor significativa. Exames complementares: ressonância magnética de pelve mostra dois trajetos fistulosos transesfincterianos posteriores, comunicantes entre si, com trajeto em ferradura posterior, sem coleções, sem abscesso, sem sinais de inflamação ativa do reto. Colonoscopia mostra ileíte leve, reto endoscopicamente normal. Laboratório com PCR normal e calprotectina fecal 210 µg/g. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar ciprofloxacino + metronidazol por 8 semanas como tratamento definitivo.
- B) Realizar fistulotomia cirúrgica para resolução completa dos trajetos.
- C) Colocar seton de drenagem e iniciar terapia anti-TNF.
- D) Iniciar corticoterapia sistêmica para indução de remissão da doença perianal.
- E) Observar clinicamente, pois não há sinais infecciosos ativos.

Questão 3. Em relação ao rastreamento de neoplasias em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal, analise as afirmativas abaixo e assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

() Em pacientes com retocolite ulcerativa extensa e atividade acentuada, o rastreamento para câncer colorretal deve ser iniciado imediatamente ao diagnóstico.

() Pacientes com Doença de Crohn restrita ao íleo não necessitam rastreamento endoscópico colorretal específico além do recomendado para a população geral.

() A presença de colangite esclerosante primária (CEP) associada à DII indica vigilância colonoscópica anual desde o diagnóstico, independentemente da atividade inflamatória e do tempo de doença

() A cromoscopia para vigilância de displasia é recomendada apenas para pacientes de alto risco (como CEP ou displasia prévia), não sendo necessária nos demais pacientes.

() A detecção de displasia em mucosa com inflamação ativa deve ser interpretada com cautela, sendo recomendada a otimização do controle inflamatório e repetição da colonoscopia antes de decisões definitivas.

A) F – V – V – F – V

B) V – V – F – V – V

C) V – V – V – F – F

D) V – V – V – F – V

E) F – F – V – F – V

Questão 4. Paciente de 36 anos, sexo feminino, com diagnóstico de doença celíaca confirmado há 12 meses (tTG-IgA positivo >10× LSN e biópsia duodenal com atrofia vilositária total – Marsh-Oberhuber 3c), iniciou dieta isenta de glúten rigorosa, acompanhada por nutricionista. Evoluiu com melhora significativa dos sintomas gastrointestinais, ganho ponderal, correção da anemia ferropriva. No acompanhamento atual, apresenta-se assintomática, dosagem de antitransglutaminase tecidual (tTG- IgA) ainda discretamente positiva (1,5× LSN), IgA total normal. Qual é a interpretação e conduta mais adequadas neste cenário?

A) Trata-se de falha terapêutica, sendo indicada endoscopia imediata para excluir doença celíaca refratária.

B) A persistência de sorologia positiva após 12 meses indica baixa adesão à dieta, devendo-se suspender o seguimento.

C) A normalização clínica associada à queda progressiva da sorologia é compatível com resposta adequada, não sendo obrigatória endoscopia de controle neste momento.

D) A sorologia persistentemente positiva contraindica a manutenção da dieta isenta de glúten.

E) A resposta histológica precede a resposta sorológica, sendo esperado duodeno normal neste período.

Questão 5. Um homem de 74 anos com histórico de insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão e hiperlipidemia é admitido no pronto-socorro com anemia grave, apresentando hemoglobina de 5,7 g/dL (normal: 14-17 g/dL). Seu INR era de 1,0 (normal: <1,2) e a contagem de plaquetas na admissão era de 210.000/ μ L (normal: 150.000-350.000/ μ L). Ele relatou fezes escuras nos dias anteriores, mas reconhece que agora suas fezes estão marrons. Ele não utiliza anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e parou de tomar aspirina há um ano. Ele foi hospitalizado 5 vezes no ano anterior com quadros clínicos semelhantes e foi submetido a múltiplos procedimentos endoscópicos, que não foram diagnósticos. Ele já realizou endoscopias por cápsula que demonstraram angiodisplasias no intestino delgado e foi submetido a enteroscopia profunda anterógrada e retrógrada, mas continua apresentando sangramento no intestino delgado apesar da fulguração de uma única angiectasia observada no jejuno. Sua última endoscopia digestiva alta e colonoscopia foram realizadas há 2 meses e revelaram apenas diverticulose no cólon sigmóide. O paciente recusa quaisquer outros procedimentos endoscópicos. Além da ressuscitação inicial, qual seria a **melhor** opção de medicação subsequente para o tratamento do sangramento recorrente, provavelmente decorrente de angiectasia(s) no intestino delgado?

- A) Infusões intravenosas de ferro
- B) Talidomida
- C) Ácido tranexâmico
- D) Ácido aminocapróico
- E) Tratamento hormonal

Questão 6. Uma mulher de 23 anos comparece à sua clínica com queixa de náuseas e vômitos há 2 anos. Ela apresenta náuseas diárias que duram o dia todo. Os vômitos são raros e ocorrem uma vez por semana. Seu apetite é normal e seu peso está estável. Ela não apresenta azia, regurgitação, dor abdominal, distensão abdominal ou alterações no hábito intestinal. Ela consome bebidas alcoólicas socialmente, mas não usa drogas recreativas. Seu hemograma completo e painel metabólico completo estavam normais. Os níveis de cortisol e TSH matinais também estavam dentro dos limites normais. Uma endoscopia digestiva alta com trânsito intestinal não revelou obstrução mecânica. O esvaziamento gástrico após uma refeição padronizada revelou retenção de 8% em 4 horas. A ressonância magnética cerebral também não revelou alterações estruturais. Qual é a melhor próxima etapa no manejo desta paciente?

- A) Iniciar metoclopramida
- B) Solicitar teste para anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA e níveis totais de IgA.
- C) Verificar a presença de antígeno fecal para *H. pylori*.
- D) Iniciar com inibidor de bomba de prótons (IBP) uma vez ao dia
- E) Iniciar o tratamento com amitriptilina.

Questão 7. A esofagite eosinofílica é uma doença complexa multifatorial que envolve interação entre fatores de predisposição individual associados a exposição ambiental. Sobre as características clínicas e histopatológicas desta doença, qual das afirmativas abaixo está **incorreta**:

- A) É uma doença crônica imunomediada, ocasionando disfunção esofágica, pela ação das células Th2 e pela infiltração eosinofílica.
- B) Sintomas que podem ser referidos pelos pacientes são pirose, disfagia, dor torácica e impactação alimentar.

- C) Os achados endoscópicos incluem anéis, exsudatos, sulcos e estenoses.
- D) Para diagnóstico histológico é necessária a presença de pelo menos 15 eosinófilos por campo de grande aumento no tecido esofágico.
- E) As opções medicamentosas incluem tratamento com inibidores da bomba de prótons, anti-histamínicos ou corticosteróides.

Questão 8. A hipertensão portal decorrente de cirrose hepática é responsável por suas complicações mais graves, incluindo ascite, sangramento digestivo e encefalopatia porto sistêmica. O Consenso de Baveno (atualizado na sua versão VII) é uma das diretrizes no manejo e conduta dos pacientes neste contexto. Sobre as recomendações preconizadas por este consenso, está correto afirmar:

- A) Na suspeita de sangramento variceal, drogas vasoativas (octreotida, somatostatina, terlipressina) só podem ser iniciadas após a realização de endoscopia digestiva alta.
- B) Hiponatremia é um efeito colateral possível durante o uso da terlipressina.
- C) Após estabilização hemodinâmica, a endoscopia deve ser realizada em até 24 horas.
- D) A ligadura elástica é atualmente o tratamento de escolha para varizes gástricas, especialmente de fundo.
- E) A implantação de *TIPS* (derivação portossistêmica intra-hepática transjugular) não é uma alternativa terapêutica em sangramentos refratários.

Questão 9. Com relação a diarreia crônica, avalie as assertivas abaixo:

I) Uma das etiologias a serem pensadas em pacientes com diarreia crônica é a colite microscópica, a qual pode apresentar dois padrões histológicos: colite linfocítica ou colagenosa. Este padrão de diarreia pode estar associado a medicamentos como a Olmesartana e à doença celíaca.

II) Insuficiência exócrina pancreática (IEP) é uma etiologia a ser pensada em situações como histórico de pancreatite crônica, cirurgias com ressecções pancreáticas maiores, obstrução de ducto pancreático em neoplasias, na fibrose cística. Portanto, na IEP, além de testes bioquímicos como a elastase fecal é importante a realização de exames de imagem como a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética para investigação de etiologias da IEP.

III) No paciente idoso, restrito ao leito ou em uso recorrente de opioides é importante realizar toque retal para afastar impactação fecal que pode levar a quadro de diarreia paradoxal ou por transbordamento (*overflow diarrhea*), mesmo na investigação de quadros crônicos de diarreia.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I
- B) Apenas a II
- C) Apenas a III
- D) As alternativas I e II
- E) Todas as alternativas

Questão 10. Em relação à gastrite atrófica autoimune, assinale **V (verdadeiro)** ou **F (falso)**:

- () A gastrite atrófica autoimune acomete predominantemente o corpo e o fundo gástrico, com preservação relativa do antro nas fases iniciais.
- () A hipergastrinemia observada nesses pacientes decorre da destruição das células G antrais.
- () A deficiência de vitamina B12 nesses pacientes está relacionada à perda de células parietais e redução do fator intrínseco.
- () A presença de anticorpos anti-célula parietal e anti-fator intrínseco confirma o diagnóstico independentemente da histologia.
- () Pacientes com gastrite atrófica autoimune apresentam risco aumentado tanto para adenocarcinoma gástrico quanto para tumor neuroendócrino tipo I.
- () A acloridria crônica pode levar à hiperplasia de células enterocromafins-like (ECL) mediada por hipergastrinemia.
- () A presença de anemia ferropriva pode preceder o aparecimento de anemia megaloblástica nesses pacientes.

- a) V – F – V – F – V – V – F
- b) F – F – V – F – V – V – V
- c) V – V – V – F – F – V – F
- d) V – F – V – F – V – V – V
- e) F – V – F – V – F – F – F

Questão 11. Uma mulher de 48 anos, com histórico de consumo de álcool e tabaco, apresenta sintomas vagos de desconforto no quadrante superior esquerdo do abdome. Ela relata episódios de dor mais intensa no passado, mas não se lembra de ter sido avaliada ou internada em nenhum hospital. Devido à persistência dos sintomas, foi submetida a uma tomografia computadorizada (TC) do abdome, que mostrou espessamento do ducto pancreático principal próximo à cauda do pâncreas, sem dilatação, e uma lesão cística de 6 x 5 cm próxima à cauda do pâncreas, sem evidência de nódulo mural ou debris. Ela foi encaminhada para ultrassonografia endoscópica (ecoendoscopia). Dado o tamanho do cisto e o diagnóstico incerto, foi realizada uma punção aspirativa com agulha fina. Um líquido marrom e de aspecto fluido foi aspirado do cisto e enviado para citologia e bioquímica. A amilase estava em 5.426 U/L, o nível de CEA em 2,2 ug/L e o nível de glicose em 98 mg/dL. A citologia do líquido revelou células não malignas e alterações celulares compatíveis com o conteúdo de um cisto. Qual é o diagnóstico mais provável para o cisto?

- A. Neoplasia mucinosa papilar intraductal de ramo secundário
- B. Neoplasia cística mucinosa
- C. Pseudocisto
- D. Neoplasia pseudopapilar sólida
- E. Cistoadenoma seroso

Questão 12. Paciente de 48 anos, sexo masculino, com queixa de pirose e regurgitação há 3 anos, com piora noturna e melhora parcial com uso de IBP (inibidor de bomba de prótons) sob demanda. Negava disfagia, perda ponderal. Exames de laboratório com resultados sem particularidades. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que evidenciou os seguintes achados: Linha Z localizada a 40 cm dos incisivos, presença de solução de continuidade mucosa de 7 mm restrita a uma prega mucosa, sem ultrapassar o topo de duas pregas, ausência de estenose, identificando-se presença de segmento da mucosa de coloração

“salmão” de 1 cm acima da junção esofagogástrica, sem lesões nodulares. Biópsias do segmento de cor “salmão” demonstraram metaplasia intestinal especializada sem displasia. Com base nos achados apresentados, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se de esofagite erosiva grau A de Los Angeles, associada a esôfago de Barrett curto
- B) O achado endoscópico é compatível com esofagite grau B de Los Angeles e Barrett curto, devendo ser mantido IBP contínuo
- C) A presença de Barrett confirma DRGE complicada, sendo indicada cirurgia antirrefluxo
- D) A ausência de estenose exclui doença do refluxo clinicamente significativa.
- E) Na presença da lesão erosiva visível, a pHmetria esofágica é obrigatória para confirmação diagnóstica.

Questão 13. No Brasil considera-se sedação como ato médico, portanto, é fundamental ao médico endoscopista conhecer a farmacologia e farmacocinética dos medicamentos, incluindo os diferentes conceitos de sedação, suas possibilidades e limitações, efeitos colaterais, prevenção e tratamento de complicações. Dentro desta realidade, aponte qual a alternativa contempla fármacos sedativos e respectivos antagonistas que são comumente utilizados em endoscopia (fármaco sedativo/antagonista):

- A) midazolam/flumazenil -- fentanil/naloxone -- propofol/sem antagonista
- B) midazolam/naloxone -- fentanil /flumazenil -- propofol/sem antagonista
- C) midazolam /sem antagonista -- fentanil/naloxone -- propofol/sem antagonista
- D) midazolam/sem antagonista -- fentanil/naloxone -- propofol/flumazenil
- E) midazolam/flumazenil -- fentanil/sem antagonista -- propofol/sem antagonista

Questão 14. Dentro do processo de reprocessamento e desinfecção, os tubos de inserção de equipamentos de endoscopia e colonoscopia são classificados como artigos semicríticos, segundo a norma regulamentada pela ANVISA. Qual destas substâncias NÃO é considerada um desinfetante de alto nível?

- A) peróxido de hidrogênio
- B) ortoftaldeído
- C) ácido peracético
- D) quaternário de amônia
- E) glutaraldeído

Questão 15. Dentre as complicações da doença de refluxo gastroesofágico, embora pouco frequente epidemiologicamente, o diagnóstico do esôfago de Barrett representa um fator de risco para surgimento de adenocarcinoma esofágico. Qual a melhor conduta no esôfago de Barrett de segmento longo que apresenta lesão nodular visível com displasia de alto grau?

- A) esofagectomia.
- B) seguimento endoscópico com biópsias da lesão nodular e do restante do epitélio de Barrett a cada 3 meses.
- C) ressecção endoscópica da lesão nodular e ablação por radiofrequência do restante do epitélio de Barrett.
- D) ressecção endoscópica da totalidade do esôfago de Barrett, englobando a lesão nodular.
- E) ablação por radiofrequência da totalidade do esôfago de Barrett, englobando a lesão nodular.

Questão 16. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) é um procedimento de grande impacto no manejo de pacientes com patologias biliopancreáticas, apresentando, entretanto, potenciais efeitos adversos. Neste cenário, qual das alternativas abaixo que contempla corretamente três fatores de maior risco o para o desenvolvimento de pancreatite pós CPER:

- A) Uso corticosteróides, sexo masculino e idade > 65 anos.
- B) Sexo feminino, canulação biliar difícil e pancreatite prévia.
- C) Internação hospitalar recente, pancreatite crônica e uso de anti inflamatório retal.
- D) Disfunção do esfíncter de Oddi, indivíduos jovens, histórico familiar de neoplasia de pâncreas.
- E) Passagem de fio guia no ducto pancreático principal, sexo masculino e injeção de contraste na via biliar.

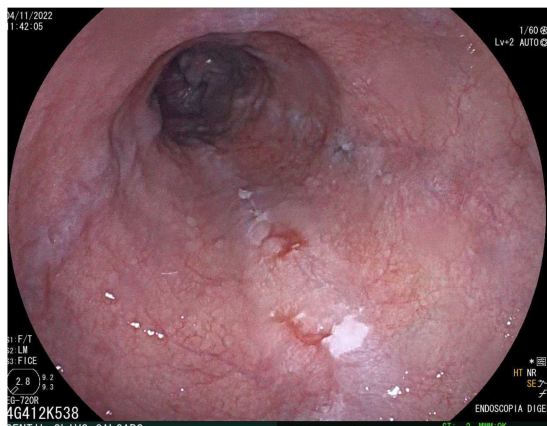
Questão 17. A endoscopia digestiva alta é um exame complementar que avalia e compara padrões da mucosa normal com possíveis alterações, necessitando com frequência da correlação de aspectos clínicos e histopatológicos, requerendo coleta de amostras (biópsias). A adequada amostragem é fundamental para a elucidação diagnóstica. Considerando estas particularidades, podemos afirmar que:

- A) Para pacientes com suspeita de esofagite eosinofílica recomenda-se duas amostras de qualquer segmento esofágico.
- B) O uso de fármacos IBP (inibidores de bomba de prótons) não reduz a acurácia diagnóstica do teste da urease na pesquisa de *Helicobacter pylori*.
- C) Na doença celíaca, confirmada ou suspeita, biopsia-se o bulbo e a segunda porção duodenal, colocando as amostras invariavelmente no mesmo frasco.
- D) Em pacientes com suspeita de gastrite atrófica, recomenda-se pelo menos duas amostras dos seguintes segmentos: Parede anterior e posterior do corpo (C1 e C2), incisura angularis (A3), pequena e grande curvatura do antro (A1 e A2).
- E) Pacientes com úlcera gástrica ativa necessitam apenas as biópsias para pesquisa de *Helicobacter pylori* (antro e corpo)

Questão 18. As duas imagens abaixo referem-se a endoscopia digestiva realizada em um paciente masculino de 70 anos, ex-tabagista (cessou exposição ao tabaco há 2 anos), que apresentava pirose eventual. Durante o procedimento foi encontrada esta alteração no esôfago médio. Usando técnicas para melhorar a acurácia e definição da lesão, qual afirmativa abaixo define melhor a sequência para descrição endoscópica realizada no caso:

- A) Esofagite erosiva relacionada a refluxo gastroesofágico/ uso de lugol para melhor caracterização da lesão.
- B) Esofagite erosiva relacionada a refluxo gastroesofágico/ uso de cromoscopia virtual para melhor caracterização da lesão.
- C) Lesão erosada que pode conter área com displasia / uso de lugol para melhor caracterização da lesão.
- D) Lesão erosada pode conter área com displasia / uso de ácido acético para melhor caracterização da lesão.

E) Esofagite erosiva relacionada a refluxo gastroesofágico/ uso de cromoscopia virtual para melhor caracterização da lesão.



Questão 19. Uma mulher de 61 anos com histórico de DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico) em uso diário de omeprazol comparece para avaliação endoscópica. Ela relata não apresentar disfagia, náuseas, vômitos, dor abdominal, perda de peso ou sangramento. Na endoscopia, observa-se a lesão ilustrada na figura abaixo. Ao sondar a lesão com pinça de biópsia, não se observa o "sinal do travesseiro". O restante do exame físico é normal. Qual é a melhor conduta a seguir no manejo dessa lesão?



- A) Realizar biópsias sobre biópsias na topografia da lesão
- B) Encaminhar para ultrassonografia endoscópica
- C) Solicitar tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste
- D) Acompanhamento endoscópico em 1 ano
- E) Não há necessidade de seguimento deste tipo de lesão

Questão 20. Você é acionado no sobreaviso num contexto de hematêmese volumosa. Após a estabilização hemodinâmica, durante a realização da endoscopia digestiva, o endoscopista se depara com este achado.

- a) Descreva sucintamente qual seria sua classificação desta lesão:
- b) Qual seria sua conduta do ponto de vista endoscópico?

