PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NOS MOLDES *FELLOW* DA ÁREA DE ENSINO MÉDICO** ANO LETIVO 2027.

EDITAL Nº 001/2026

CHAVE DE CORREÇÃO

106 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA EM ONCOLOGIA

BANCA ORGANIZADORA

QUESTÃO Nº 1 - 20,00 PONTOS

Paciente do sexo feminino, de 61 anos, tabagista e etilista, ex-usuária de drogas, portadora de múltiplas comorbidades (obesidade, hipertensão, diabetes do tipo I, coronariopatia, doença renal crônica, DPOC e artrose grave dos quadris e joelhos), deu entrada no setor de pronto atendimento do hospital com quadro de hematêmese volumosa associada a vômitos incoercíveis.

Ao exame na admissão, mostrava-se pálida, sudorética, hipotensa, taquicárdica, taquipneica e com rebaixamento importante do nível de consciência.

Os filhos que a trouxeram referiram que a paciente já havia apresentado episódios prévios de pancreatite aguda biliar, tendo sido submetida à colecistectomia há 2 anos, sem complicações pós-operatórias.

Há 7 anos, recebeu um enxerto vascular para tratamento de um aneurisma da aorta abdominal, também sem intercorrências clínicas. Lembraram, ainda, que ela vinha queixando-se de dificuldade progressiva para ingerir alimentos sólidos e pastosos, associada à tosse.

Em relação à história familiar, o pai e uma tia faleceram com diagnóstico de câncer do aparelho digestivo, cuja localização não souberam precisar, se no intestino ou no estômago.

Em relação ao quadro clínico descrito, responda aos itens a seguir:

QUESTÃO Nº 1. LETRA A - 10,00 PONTOS

1.a) Descreva, sucintamente, as medidas iniciais prioritárias para o atendimento dessa paciente na chegada ao hospital.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Acessos venosos calibrosos periféricos. (1,6 pontos)
Reposição volêmica com cristalóides. (1,6 pontos)
Intubação orotraqueal com ventilação mecânica. (1,6 pontos)
Hemotransfusão. (1,6 pontos)
Exames laboratoriais. (1,6 pontos)
Internação em CTI. (1,6 pontos)

QUESTÃO Nº 1. LETRA B - 10,00 PONTOS

1.b) Cite cinco possíveis causas do quadro de hemorragia digestiva alta apresentado, correlacionando-as, quando possível, com fatores que possam ser identificados na história da paciente.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Varizes de esôfago (etilismo / hepatite viral crônica - cirrose). (0,8 pontos)
Varizes gástricas (etilismo / hepatite viral crônica - cirrose). (0,8 pontos)
Úlcera gástrica (uso de AINEs). (0,8 pontos)
Úlcera duodenal (uso de AINEs). (0,8 pontos)
Tumor de esôfago (disfagia - fístula aorto-esofágica). (0,8 pontos)
Tumor gástrico (história familiar). (0,8 pontos)
Malory-Weiss (vômitos). (0,8 pontos)
Hematoma roto de esófago (vômitos). (0,8 pontos)
Fístula aortoduodenal (aneurisma de aorta abdominal com enxerto vascular). (0,8 pontos)

Dieulafoy. (0,8 pontos)
GAVE. (0,8 pontos)
Necrose esofágica aguda (multifatorial). (0,8 pontos)

QUESTÃO Nº 2 - 20,00 PONTOS

Dentre as possíveis contraindicações para a realização da gastrostomia endoscópica percutânea, cite três absolutas e três relativas.

Cite cinco indicações para a colocação de acesso enteral por via endoscópica.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Absolutas – falta de consentimento do próprio paciente ou dos responsáveis legais; impossibilidade de passagem de endoscópio pelo trato aerodigestivo superior; coagulopatias não corrigíveis; sobrevida esperada extremamente curta; incapacidade completa de transiluminação e digitopressão.
Relativas – Hepatopatias descompensadas; coagulopatias tratáveis; ascite; peritonite; lesões obstrutivas e infiltrativas da parede gástrica; infecção da parede abdominal. Podemos considerar também a gastrectomia como impossibilidade técnica (nesse caso, deverá ser tentada a jejunostomia).

Disfagia.
Broncoaspiração.
Suporte nutricional pré, per ou pós-tratamento.
Descompressão enteral.
Gastropexia.
Pacientes com DRGE grave.
Administração de medicações impalatáveis.
Terapêutica intraluminal.

QUESTÃO Nº 3 - 20,00 PONTOS

Um homem de 62 anos apresenta icterícia progressiva, colúria, acolia e adinamia nos últimos 3 meses. Não apresenta febre ou dor abdominal.

Exames laboratoriais:

- ✓ Bilirrubina total: 12mg/dL;
- ✓ Bilirrubina direta: 10mg/dL;
- ✓ Fosfatase alcalina: 880U/L;
- ✓ GGT: 1.120U/L;
- ✓ AST/ALT: discretamente elevadas;
- ✓ CA 19-9: 186U/mL;
- ✓ CEA: normal.

A TC de abdome e RM/colangiorressonância demonstram apenas dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do colédoco, com uma estenose irregular de aproximadamente 2,5cm no colédoco distal. Não foi identificado cálculo. Não há massa pancreática identificável. O paciente é encaminhado para avaliação. A partir do caso descrito, responda aos itens a seguir:

QUESTÃO Nº 3. LETRA A - 4,00 PONTOS

3.a) Considerando os achados clínicos e radiológicos, descreva a estratégia para a obtenção do diagnóstico histológico.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Ecoendoscopia (EUS) com punção e CPRE, podendo ser concomitante ou não.

QUESTÃO Nº 3. LETRA B - 4,00 PONTOS

3.b) Informe a próxima estratégia caso a biópsia resulte em "ausência de evidência de malignidade".

CHAVE DE CORREÇÃO:

EUS com aquisição de tecido e avaliação de linfonodos suspeitos.

QUESTÃO Nº 3. LETRA C - 4,00 PONTOS

3.c) Informe o tipo de prótese mais adequado para drenagem biliar nesse caso e justifique sua resposta.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Paciente candidato à cirurgia deve ser submetido à drenagem com prótese biliar plástica. As próteses metálicas podem induzir intensa reação hiperplásica dentro da via biliar, o que poderia dificultar a cirurgia. Em alguns casos, a drenagem inclusive poderia não ser realizada, caso o paciente fosse logo operado

QUESTÃO Nº 3. LETRA D - 4,00 PONTOS

3.d) O exame anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma. Informe o papel da EUS nesse cenário.

CHAVE DE CORREÇÃO:

EUS para estadiamento (avaliação da extensão da doença).

QUESTÃO Nº 3. LETRA E - 4,00 PONTOS

3.e) Suponha, agora, que o paciente apresente obstrução biliar distal maligna irressecável, com icterícia importante, e que uma CPRE tenha sido realizada sem sucesso na obtenção de drenagem adequada. Informe a intervenção mais apropriada para a drenagem da via biliar.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Drenagem biliar guiada por EUS. Em obstrução biliar distal maligna após CPRE malsucedida, a drenagem biliar guiada por EUS constitui a alternativa de escolha. A drenagem trans-hepática percutânea deve ser considerada em caso de falha da drenagem ecoguiada ou em hospitais sem essa tecnologia.

QUESTÃO Nº 4 - 20,00 PONTOS

As síndromes de polipose colorretal estão associadas ao desenvolvimento do câncer colorretal, geralmente com manifestação em crianças e indivíduos jovens.

A partir dessa informação, responda aos itens a seguir:

QUESTÃO Nº 4. LETRA A - 5,00 PONTOS

4.a) Cite três tipos de síndromes de polipose colorretal.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ), Síndrome de Polipose Juvenil (SPJ)

QUESTÃO Nº 4. LETRA B - 5,00 PONTOS

4.b) Informe o tipo de herança e os genes associados a cada uma das síndromes citadas.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Herança autossômica dominante nas três síndromes; APC, STK11 e SMAD4/BMPR1A.

QUESTÃO Nº 4. LETRA C - 5,00 PONTOS

4.c) Informe os principais achados colonoscópicos de cada uma dessas síndromes.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Mais de 100 adenomas na PAF; polipos hamartomatosos distribuídos pelo cólon e reto, morfologicamente diferentes dos adenomas (SPJ) e multiplos polipos hamartomatosos.

QUESTÃO Nº 4. LETRA D - 5,00 PONTOS

4.d) Informe os exames complementares necessários para avaliar a extensão de cada síndrome e pesquisar manifestações extracolônicas e neoplasias associadas.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Na PAF: Endoscopia Digestiva Alta (EDA), para pesquisa de pólipos gástricos e, principalmente, adenomas duodenais/periampulares; avaliação das manifestações extracolônicas, como tumores desmoides, osteomas e alterações tireoidianas e teste genético para APC

Na SPJ - EDA para identificação de lesões hamartomatosas no estômago e duodeno; avaliação do intestino delgado, especialmente cápsula endoscópica ou enterografia por RM; investigação de neoplasias associadas, incluindo pâncreas e outros órgãos e teste genético para STK11.

Na SPJ (Juvenil) - EDA, para avaliação gástrica e duodenal; investigação do intestino delgado quando indicada e teste genético para SMAD4 e BMPR1A

QUESTÃO Nº 5 - 20,00 PONTOS

As lesões epiteliais do trato digestório podem apresentar diferentes etapas da carcinogênese, incluindo lesões precursoras e câncer superficial precoce. Além das neoplasias de origem epitelial, existem lesões e tumores originados de outras linhagens celulares, que podem apresentar comportamento benigno ou maligno.

Para cada um dos segmentos a seguir:

a) Esôfago;

b) Estômago;

c) Duodeno;

d) Intestino delgado;

e) Cólon;

f) Reto.

Cite:

1. Duas lesões precursoras epiteliais relacionadas ao desenvolvimento de câncer.
2. O tipo histológico de câncer epitelial mais prevalente.
3. Uma lesão ou neoplasia de outra origem celular, podendo ser benigna ou maligna.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Distribuição notas

4 pontos para cada segmento (esôfago, estômago...) :

- **1,5 ponto** – duas lesões precursoras (0,75 cada)
- **1,0 ponto** – câncer epitelial mais prevalente
- **1,5 ponto** – lesão/neoplasia de outra origem celular

Segmento	Precursoras	Câncer	Outra origem	Total
Esôfago	1,5	1,0	1,5	**4,0**
Estômago	1,5	1,0	1,5	**4,0**
Duodeno	1,5	1,0	1,5	**4,0**
Intestino delgado	1,5	1,0	1,5	**4,0**
Cólon e reto	1,5	1,0	1,5	**4,0**
TOTAL	**7,5**	**5,0**	**7,5**	**20,0**

a) Esôfago — 4,0 pontos

Lesões precursoras epiteliais – 1,5 ponto

- Esôfago de Barrett com displasia – 0,75
- Displasia/neoplasia intraepitelial escamosa – 0,75

Câncer epitelial mais prevalente – 1,0 ponto

- Carcinoma espinocelular (CEC) – 1,0

Neoplasia de outra origem celular – 1,5 ponto

- Leiomioma – 1,5
  Aceitar: GIST ou leiomiossarcoma.

b) Estômago — 4,0 pontos

Lesões precursoras epiteliais – 1,5 ponto

- Metaplasia intestinal – 0,75
- Displasia/adenoma gástrico – 0,75

Câncer epitelial mais prevalente – 1,0 ponto

- Adenocarcinoma gástrico – 1,0

Neoplasia de outra origem celular – 1,5 ponto

- GIST (tumor estromal gastrointestinal) – 1,5
  Aceitar: linfoma ou tumor neuroendócrino.

c) Duodeno — 4,0 pontos

Lesões precursoras epiteliais – 1,5 ponto

- Adenoma duodenal – 0,75
- Adenoma ampular/periampular – 0,75

Câncer epitelial mais prevalente – 1,0 ponto

- Adenocarcinoma duodenal – 1,0

Neoplasia de outra origem celular – 1,5 ponto

- Tumor neuroendócrino (TNE) – 1,5
  Aceitar: GIST ou linfoma.

d) Intestino delgado — 4,0 pontos

Lesões precursoras epiteliais – 1,5 ponto

- Adenoma convencional – 0,75
- Lesão adenomatosa associada às síndromes de polipose – 0,75

Câncer epitelial mais prevalente – 1,0 ponto

- Adenocarcinoma – 1,0

Neoplasia de outra origem celular – 1,5 ponto

- Tumor neuroendócrino (TNE) – 1,5
  Aceitar: linfoma ou GIST.

e) Cólon e reto — 4,0 pontos

Lesões precursoras epiteliais – 1,5 ponto

- Adenoma convencional (tubular, túbulo-viloso ou viloso) – 0,75
- Lesão serrilhada séssil – 0,75

Câncer epitelial mais prevalente – 1,0 ponto

- Adenocarcinoma colorretal – 1,0

Neoplasia de outra origem celular – 1,5 ponto

- Lipoma – 1,5
  Aceitar: tumor neuroendócrino, GIST ou linfoma.