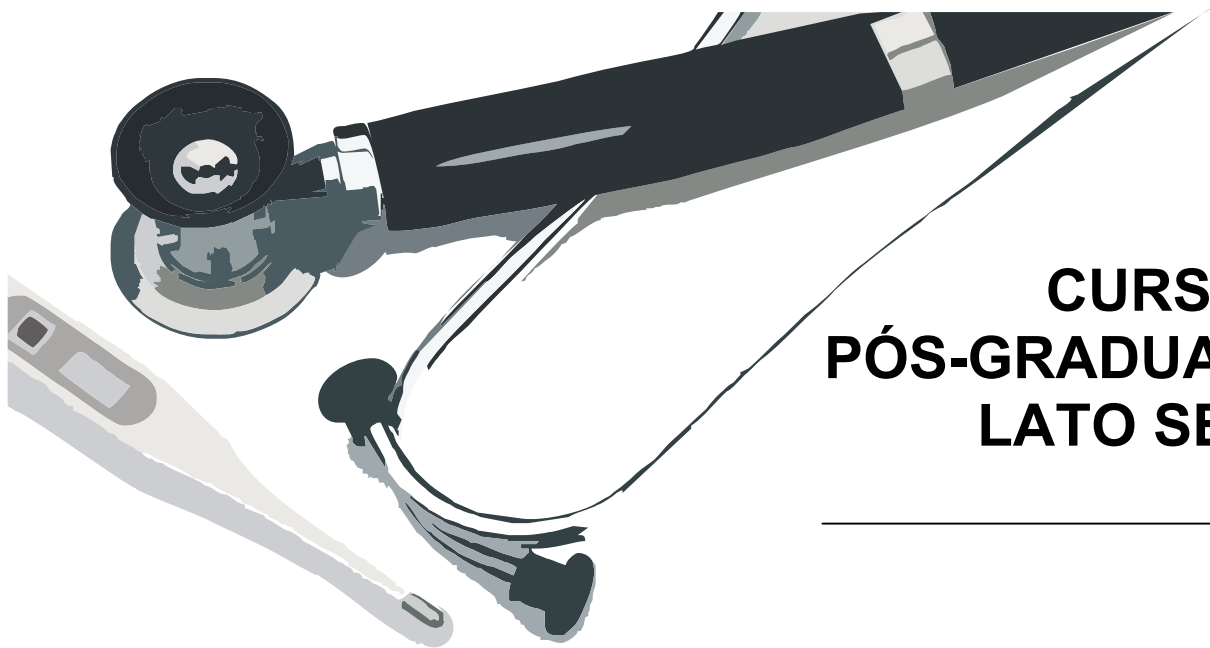


Gabarito



CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU 2009

Medicina – Especialização – Endoscopia Digestiva em Oncologia

Este Caderno contém as questões discursivas de Conhecimentos Específicos correspondente ao curso descrito acima.

- ◆ Confira se este Caderno de Questões corresponde ao curso para o qual você se inscreveu; em caso contrário comunique, imediatamente, ao fiscal da sala.
- ◆ Além deste Caderno de Questões, você recebeu um Caderno de Respostas, onde deverá registrar as suas respostas utilizando caneta esferográfica azul ou preta.
- ◆ A duração desta prova é de **3 (três) horas**.
- ◆ Não faça qualquer marcação que possa identificá-lo no Caderno de Respostas, pois isto poderá anular sua prova.
- ◆ Não será permitido portar, durante a prova, qualquer tipo de aparelho que permita a intercomunicação de mensagens e nenhuma espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, nem a utilização de livros, códigos, manuais, impressos ou quaisquer anotações.
- ◆ O gabarito será divulgado a partir de 14 horas do dia 13 de outubro de 2008, através do site www.inca.gov.br.
- ◆ Para recursos, você deverá seguir as orientações contidas no Edital do Concurso.
- ◆ Você deverá permanecer no local de realização da prova por, no mínimo, sessenta minutos. Os três últimos candidatos serão retidos em sala até que o último deles entregue a prova ou o tempo esteja esgotado, o que acontecer primeiro.
- ◆ O candidato deverá entregar no dia da prova, a documentação exigida ao fiscal, em envelope devidamente identificado com o seu nome, a sua inscrição e o curso no qual está inscrito.
- ◆ Não será permitido ao candidato levar o Caderno de Prova, sendo o mesmo disponibilizado no site do INCA.
- ◆ Certifique-se de ter assinado a lista de presença.

AGUARDE O AVISO PARA INICIAR E BOA PROVA

Conhecimentos Específicos:**1ª Questão: (20 pontos)**

Um paciente idoso, obeso, coronariopata e portador de DPOC foi encaminhado ao Serviço de Emergência com quadro de hematêmese. O exame clínico na chegada do paciente ao setor mostra PA: 90 X 50 mmHg, FC: 120 bpm, FR: 38 irpm, pele fria e sudoréica com pulsos periféricos finos. O endoscopista de referência do local é chamado para realizar uma endoscopia digestiva alta de urgência.

- a)** Indique qual a abordagem terapêutica inicial mais adequada, neste momento. (5 pontos)

Gabarito:

Abordagem terapêutica clínica inicial, com avaliação de permeabilidade de vias aéreas e adequação da ventilação, reposição volêmica com cristalóides e, caso necessário, colóides, aminas vasoativas e transfusão de sangue, coleta de exames laboratoriais (tipagem sanguínea, hemograma, bioquímica e coagulograma, etc), estabilização clínica e, posteriormente, avaliação endoscópica.

- b)** Na preparação para o exame endoscópico, foram administrados Xylocaína spray a 10% em hipofaringe, e 5 mg de Midazolam associado a 25 mg de Meperidina IV. Durante a introdução do aparelho para a realização da endoscopia digestiva alta, o paciente apresenta quadro de intolerância ao exame e agitação. O médico endoscopista opta, então, por aumentar a dose administrada de Midazolam e Meperidina IV, resultando em depressão acentuada do nível de consciência e bradipnéia importante, com cianose de extremidades. Cite a causa mais provável para o quadro respiratório desenvolvido pelo paciente. (5 pontos)

Gabarito:

Depressão respiratória por sedação profunda.

- c)** Descreva a conduta clínica mais adequada, neste momento do exame endoscópico. (5 pontos)

Gabarito:

Avaliar suspensão temporária do procedimento e fazer administração de O2 suplementar. Caso não haja resultado, administrar antagonistas específicos (Flumazenil para o Midazolam e Naloxona para a Dolantina).

- d)** Cite quais são as condições mínimas de equipamento e monitorização para realização do exame endoscópico. (5 pontos)

Gabarito:

Paciente coronariopata, idoso, obeso e pneumopata, com instabilidade hemodinâmica por HDA: alto risco para o procedimento. Condições mínimas: monitorização de SatO2, ECG e PA não invasiva, em ambiente hospitalar (não ambulatorial), preferencialmente em terapia intensiva. Equipamento padrão para esta monitorização, em local com fonte de O2 e aspiração, material para obtenção de via aérea artificial (caso necessário), material e drogas para atendimento de PCR, pessoal médico e de enfermagem com treinamento de ACLS/BLS.

2ª Questão: (25 pontos)

Paciente de 51 anos, motorista, natural do Rio de Janeiro, tabagista de longa data, em acompanhamento no INCA por carcinoma de hipofaringe tratado há dois anos com radioterapia. Foi encaminhado à Seção de Endoscopia Digestiva do INCA devido a uma queixa de odinofagia. A endoscopia digestiva alta mostrou lesão deprimida, medindo 10 mm no seu maior eixo, com uma depressão menor do que 0.5 mm em relação à mucosa adjacente. Durante o procedimento endoscópico, foi realizada cromoscopia com solução de lugol a 2.0 %. A lesão permaneceu não corada pelo lugol e o histopatológico da lesão mostrou se tratar de carcinoma epidermóide.

- a)** De acordo com a classificação japonesa do carcinoma superficial do esôfago, como se classificaria a lesão descrita no paciente em questão? (5 pontos)

Gabarito:

0-IIc.

- b)** Cite o(s) fator(es) de risco para o carcinoma epidermóide de esôfago presente(s) neste paciente, citando mais três outros fatores de risco para esse câncer. (5 pontos)

Gabarito:

Neste paciente: tabagismo e carcinoma de cabeça e pescoço. Outros: etilismo; lesões cáusticas; acalasia; síndrome de Plummer Vinson; tilose plamoplantar ou síndrome de Howel-Evans; Consumo de bebidas em temperatura elevada.

- c)** Como se classificaria o corante utilizado neste paciente, considerando os corantes de absorção, os de contraste ou os de reação? Cite mais dois outros corantes utilizados na cromoendoscopia e as suas classificações. (5 pontos)

Gabarito:

Neste paciente: corante de absorção. Outros: azul de metileno - corante de absorção; azul de toluidina - corante de absorção; violeta de genciana - corante de absorção; índigo-carmim - corante de contraste; vermelho congô - corante de reação; vermelho fenol - corante de reação.

- d)** Qual o papel da ecoendoscopia na conduta deste paciente? (5 pontos)

Gabarito:

Estadiamento pré-tratamento, com avaliação da profundidade da lesão na parede do esôfago e avaliação de linfonodos regionais.

- e)** Cite três contra-indicações para o tratamento endoscópico de lesões superficiais por mucosectomia. (5 pontos)

Gabarito:

Invasão a partir da lâmina própria; ausência de elevação da lesão ("non-lifting sign") após a injeção de solução na submucosa; ulceração na superfície; envolvimento circunferencial do esôfago.

3ª Questão: (30 pontos)

Mulher, 50 anos, com história familiar de câncer colorretal, foi submetida a colonoscopia para rastreamento. O exame revelou cinco lesões polipóides: uma semi-pedunculada de 25 mm no ascendente, uma pediculada de 10 mm no descendente e três plano-elevadas no reto (uma de 15 mm e duas de 2 mm).

- a)** Classifique os pólipos descritos no texto, de acordo com a classificação de Kudo. (5 pontos)

Gabarito:

Lesões:

Semi-pedunculada: 0-Isp

Pedunculada: 0-Ip

Plano-elevada de 15 mm: lesão tipo espreadimento lateral e as duas menores tipo 0-IIa

- b)** Cite pelo menos três parâmetros morfológicos para caracterizar um pólipo como maligno. (5 pontos)

Gabarito:

Parâmetros de malignidade: tamanho (lesões acima de 20 mm têm potencial de 30 %); morfologia (as lesões não-polipóides, incluindo 0-IIc); presença de ulceração, erosão e convergências de pregas.

- c)** Quais os prováveis diagnósticos histopatológicos de cada uma das lesões ressecadas, de acordo com a morfologia? (5 pontos)

Gabarito:

Diagnósticos prováveis:

A lesão tipo 0-Isp: carcinoma em adenoma (ou adenoma puro)

A lesão tipo 0-Ip: adenoma

A lesão tipo LST: adenoma

Duas lesões tipo 0-IIa: hiperplásicos

- d)** Qual o intervalo de seguimento recomendado para esta paciente, de acordo com as suas hipóteses diagnósticas (item c)? (5 pontos)

Gabarito:

Se considerar o pólipo 0-Isp como maligno, recomenda-se nova colonoscopia em 1 ano; se considerar todos os pólipos como benignos, 3 anos.

- e)** Quais são as vias da carcinogênese colorretal e qual é a definição de câncer colorretal superficial (precoce)? (5 pontos)

Gabarito:

Via “seqüência adenoma-carcinoma” e via “carcinoma *de novo*”.

Definição de lesão superficial ou precoce: carcinoma com invasão da mucosa e submucosa, independente da presença ou não de linfonodos metastáticos.

- f)** Cite três complicações relacionadas aos procedimentos de polipectomia e mucosectomia. (5 pontos)

Gabarito:

Complicações:

Sangramento

Perfuração

Serosite

Translocação bacteriana

Estenose cicatricial

4ª Questão: (25 pontos)

Paciente 56 anos, portador de neoplasia maligna avançada de faringo-laringe com infiltração da boca de esôfago, apresentando disfagia progressiva para sólidos e perda ponderal. Deverá iniciar quimioterapia e radioterapia e necessita instalação de acesso alimentar enteral prolongado.

- a)** Quais as opções de acesso enteral endoscópico e, dentre elas, qual é a mais adequada no caso? Justifique sua opção. (5 pontos)

Gabarito:

Opções de acesso enteral endoscópico prolongado:

Sonda enteral;

Jejunostomia endoscópica percutânea;

Gastrostomia endoscópica percutânea – mais adequada para manutenção prolongada de nutrição enteral.

- b)** Cite pelo menos três possíveis indicações para estomia cirúrgica. (5 pontos)

Gabarito:

Apenas em casos de impossibilidade técnica para realização de GEP, em casos de obstrução completa para passagem do aparelho para o estômago ou na indisponibilidade do método.

- c)** Descreva sucintamente as seqüências dos procedimentos para cada uma das três principais técnicas utilizadas nas estomias endoscópicas. (5 pontos)

Gabarito:

c) Técnica de Tração (Gauderer-Ponsky):

- * Realiza-se a infiltração anestésica com lidocaína 2% no ponto escolhido para GEP na parede abdominal.
- * Utilizando-se a técnica do “safe tract”, a agulha usada para a anestesia é inserida pela parede abdominal em direção a luz gástrica com o êmbolo tracionado até que entrem bolhas de ar na seringa. Isto deve ocorrer ao mesmo tempo em que a agulha é vista entrando no estômago.
- * Faz-se a incisão da pele (1 cm) com o bisturi e dissecção dos planos até a aponeurose.
- * Inserção de agulha calibrosa (tipo Jelco 14), acompanhada de visão endoscópica, até a luz do estômago.
- * Passa-se um fio-guia longo através da agulha, sendo este apreendido pelo endoscopista com alça de polipectomia.
- * O fio é retirado com o endoscópio pela cavidade oral.
- * Fixa-se o fio à sonda de gastrostomia, sendo esta tracionada pela outra extremidade do fio, que se exterioriza pela parede abdominal.
- * A sonda percorre o esôfago e estômago e é exteriorizada pela parede abdominal.
- * Reintroduz-se o endoscópio para verificar o correto posicionamento da sonda, sendo que a aproximação das paredes gástrica e abdominal é mantida por tração entre o anteparo interno e o externo.

Técnica de Pulsão (Sachs-Vine):

- * Realiza-se a infiltração anestésica com lidocaína 2% no ponto escolhido para GEP na parede abdominal.
- * Utilizando-se a técnica do “safe tract”, a agulha usada para a anestesia é inserida pela parede abdominal em direção a luz gástrica com o êmbolo tracionado até que entrem bolhas de ar na seringa. Isto deve ocorrer ao mesmo tempo em que a agulha é vista entrando no estômago.
- * Faz-se a incisão da pele (1 cm) com o bisturi e dissecação dos planos até a aponeurose.
- * Inserção de agulha calibrosa (tipo Jelco 14), acompanhada de visão endoscópica, até a luz do estômago.
- * Passa-se um fio-guia rígido longo através da agulha, sendo este apreendido pelo endoscopista com alça de polipectomia.
- * O fio é retirado com o endoscópio pela cavidade oral.
- * Empurra-se sonda de gastrostomia pela extremidade oral do fio-guia em direção ao estômago, mantendo-se o fio-guia retificado nas suas duas extremidades, até que a sonda se exteriorize pela parede abdominal.
- * Reintroduz-se o endoscópio para verificar o correto posicionamento da sonda, sendo que a aproximação das paredes gástrica e abdominal é mantida por tração entre o anteparo interno e o externo.

Técnica de Punção (Russell):

- * Após anestesia do ponto da GEP na parede abdominal com lidocaína 2%, introduz-se uma agulha até o estômago, sob visão endoscópica.
- * Passa-se um fio-guia pela agulha.
- * O fio-guia orienta a passagem de um dilatador, que tem uma bainha externa.
- * Retira-se o dilatador e o fio-guia, e passa-se a sonda de gastrostomia pela bainha.
- * Infla-se o balonete da sonda (anteparo interno).
- * Coloca-se o anteparo externo para fixar o estômago à parede abdominal.

- d)** Considerando a classificação de gravidade, cite três complicações “maiores” e três complicações “menores” da gastrostomia endoscópica percutânea. (5 pontos)

Gabarito:

Menores: Infecção peri-estomal, Obstrução da sonda, Degradação da sonda, Migração da sonda para delgado, Vazamento de dieta pelo óstio de GEP.

Maiores: Peritonite, Perda precoce da sonda, Perfuração, Aspiração, Sepultamento do retentor interno, Fístula gastro-colocutânea, Hemorragia, Fasciíte necrotizante, Implantação tumoral no sítio do estoma.

- e)** Cite 5 indicações e 5 contra-indicações (estas últimas discriminando se absolutas ou relativas) para realização de gastrostomia endoscópica percutânea. (5 pontos)

Gabarito:**Indicações:**

Disfagia neurológica (AVC, TCE, Parkinson, demência, etc), obstrução tumoral (tumores de cabeça e pescoço, câncer de esôfago, etc), trauma facial grave, grandes queimados, re-circulação de bile (fístula bilio-cutânea), administração de medicamentos impalatáveis, descompressão do TGI alto (carcinomatose peritoneal, tumores pélvicos, gastroparesia, etc), gastropexia (tratamento de volvo gástrico ou herniação gástrica trans-diafragmática).

Contra-indicações:**Absolutas:**

- Recusa do paciente
- Doenças em fase terminal
- Coagulopatia grave ou não compensada
- Impossibilidade de passagem do endoscópio para o estômago
- Estômago intratorácico
- Lesões ulceradas, infiltrativas ou infectadas em parede abdominal, no sítio da sonda
- Ausência de transiluminação
- Ausência de motilidade intestinal
- Anorexia Nervosa

Relativas:

- Hipertensão portal
 - Hepatopatia
 - Gastrectomia subtotal
 - Obesidade grave
 - Ascite
 - Peritonite
 - Cirurgia abdominal prévia em andar supra-mesocólico que não favorece o correto posicionamento da sonda
 - Fístula esofágica
 - Fístula proximal de intestino delgado
 - Varizes de esôfago
-
-