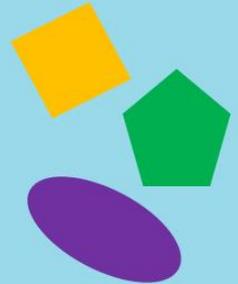
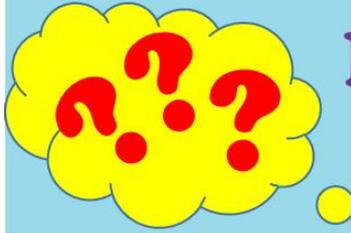


**MEDICINA EM
PASSATEMPOS**

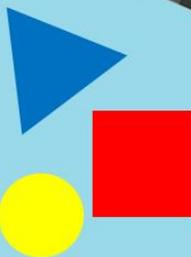
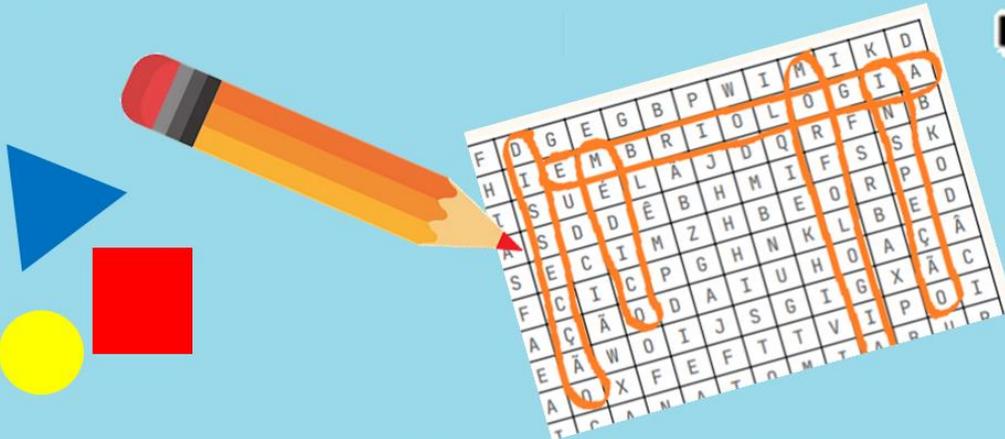


Med_book

5

ESÔFAGO

Start



Prof. Hélio Alves



MEDICINA EM PASSATEMPOS

Med_book

Hélio Alves: marido, pai, ator, autor, escritor, músico percussionista, dançarino, cozinheiro, jardineiro, artesão, artista plástico, inventor e... Professor!

Nas horas vagas, médico, pediatra e cirurgião pediátrico!

Mais de 35 anos atuando como médico e professor de medicina.

Professor da Faculdade de Medicina de Itajubá - FMIT – Grupo AFYA

Médico formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

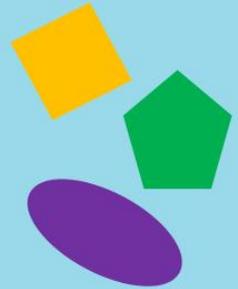
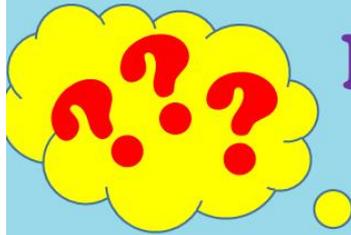
Especialista em Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)

Especialista em Cirurgia Pediátrica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)

Mestre em Morfologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Autor de inúmeros artigos, textos, apostilas e vídeo-aulas em diversos assuntos do conhecimento médico

MEDICINA EM PASSATEMPOS



Med_book

Olá pessoal, vocês conhecem o Med_book – Medicina em Passatempos?

Que tal aprender enquanto se diverte?

Nosso objetivo não é ensinar os assuntos do curso de medicina, mas fazer um reforço do aprendizado de maneira lúdica e gostosa!

Queremos fazer você exercitar os conteúdos sem estresse e de um modo suave. Sem neuras!

Hoje vamos abordar as doenças do esôfago.

Bom divertimento para todos!

ATIVIDADE 1

CAÇA-PALAVRAS

Encontre no diagrama as palavras grifadas no texto. Elas podem estar na horizontal, na vertical ou na diagonal

Anatomia do Esôfago

O **esôfago** é um tubo **muscular** de aproximadamente 25 cm de **comprimento** com **diâmetro** médio de 2 cm. A **função** do esôfago é **conduzir** os **alimentos** da **faringe** para o **estômago**. O esôfago é **dividido** em três porções: **cervical**, **torácica** e **abdominal**. O esôfago normalmente tem três **constrições**. A constrição mais superior ocorre na junção **faringoesofágica** onde se localiza a porção **cricofaríngea** do músculo **constritor** inferior da faringe usualmente denominado **esfíncter** superior do esôfago. O esôfago começa ao nível da **cartilagem cricóidea** da **laringe** e desce posteriormente à **traqueia**. A segunda constrição ocorre no **cruzamento** com o arco **aórtico** e o **brônquio** principal **esquerdo**. O esôfago atravessa o **diafragma** pelo **hiato** esofágico onde ocorre outra constrição.

O **ligamento frenicoesofágico** une o diafragma ao esôfago de modo que este não se movimenta para cima, mas permite algum movimento durante a **respiração** e a **deglutição**. Estes locais de **estreitamento** do esôfago podem ser sede de **impactação** de corpos estranhos e podem oferecer **resistência** à **passagem** de **sondas** e **endoscópios**. O hiato esofágico é uma abertura **elíptica** no **pilar** muscular direito do diafragma, logo à esquerda do plano mediano ao nível da 10ª **vértebra** torácica.

O esôfago abdominal termina no **óstio cárdico** do estômago à esquerda da linha mediana ao nível da 11ª vertebra aumentando de calibre à medida se desloca anteriormente e para a esquerda. A face anterior do esôfago abdominal apresenta um revestimento de **peritônio** que é contínuo com o peritônio da face **anterior** do estômago. A face posterior do esôfago abdominal é coberta pelo peritônio da **bolsa omental** que é contínuo com o peritônio da face posterior do estômago. A **margem** esquerda do esôfago abdominal é separada do fundo gástrico pela **incisura** cárdica.

Q	D	I	A	M	E	T	R	O	W	A	L	I	M	E	N	T	O	S	E
C	R	I	C	O	I	D	E	A	R	S	C	T	Y	B	O	L	S	A	U
D	I	O	A	O	R	T	I	C	O	P	A	A	S	C	D	F	T	G	V
I	E	H	J	F	K	C	O	N	S	T	R	I	T	O	R	L	I	Ç	E
V	S	Z	B	X	R	C	D	V	N	Q	D	F	U	N	Ç	Ã	O	W	R
I	T	E	T	I	P	A	E	A	S	M	I	D	V	D	B	F	B	G	T
D	R	P	A	S	S	A	G	E	M	H	C	J	N	U	R	K	M	L	E
I	E	R	O	Y	U	Ç	L	M	Z	Q	O	X	W	Z	O	C	E	V	B
D	I	B	M	U	S	C	U	L	A	R	E	S	F	I	N	C	T	E	R
O	T	T	C	O	N	S	T	R	I	Ç	Õ	E	S	R	Q	N	O	N	A
A	A	L	M	R	Q	T	I	E	Y	R	U	E	S	Q	U	E	R	D	O
I	M	P	A	C	T	A	Ç	Ã	O	T	I	Y	I	U	I	O	A	O	U
P	E	T	I	R	O	S	Ã	E	S	T	O	M	A	G	O	C	C	S	P
A	N	P	E	R	I	T	O	N	I	O	S	F	D	G	F	R	I	C	G
H	T	J	F	R	E	N	I	C	O	E	S	O	F	A	G	I	C	O	C
A	O	F	A	R	I	N	G	O	E	S	O	F	A	G	I	C	A	P	R
B	K	H	R	L	J	O	Ç	E	Z	R	X	K	C	N	L	O	V	I	U
D	B	H	I	A	T	O	R	N	Ç	Z	V	M	C	X	Q	F	W	O	Z
O	M	E	N	T	A	L	E	C	R	V	T	I	P	I	L	A	R	S	A
M	A	R	G	E	M	Y	B	U	N	I	S	O	C	P	A	R	S	D	M
I	F	M	E	G	Q	T	R	A	Q	U	E	I	A	A	H	I	J	W	E
N	K	E	L	R	E	S	P	I	R	A	Ç	Ã	O	Ç	L	N	Z	R	N
A	E	L	I	P	T	I	C	A	C	A	R	T	I	L	A	G	E	M	T
L	I	G	A	M	E	N	T	O	C	O	M	P	R	I	M	E	N	T	O
R	E	S	I	S	T	E	N	C	I	A	X	E	S	O	F	A	G	O	C

ATIVIDADE 2

DOMINOX

Encaixe no diagrama as palavras assinaladas no texto. Já existe uma palavra para ser usada como ponto inicial. Não considerar os acentos.

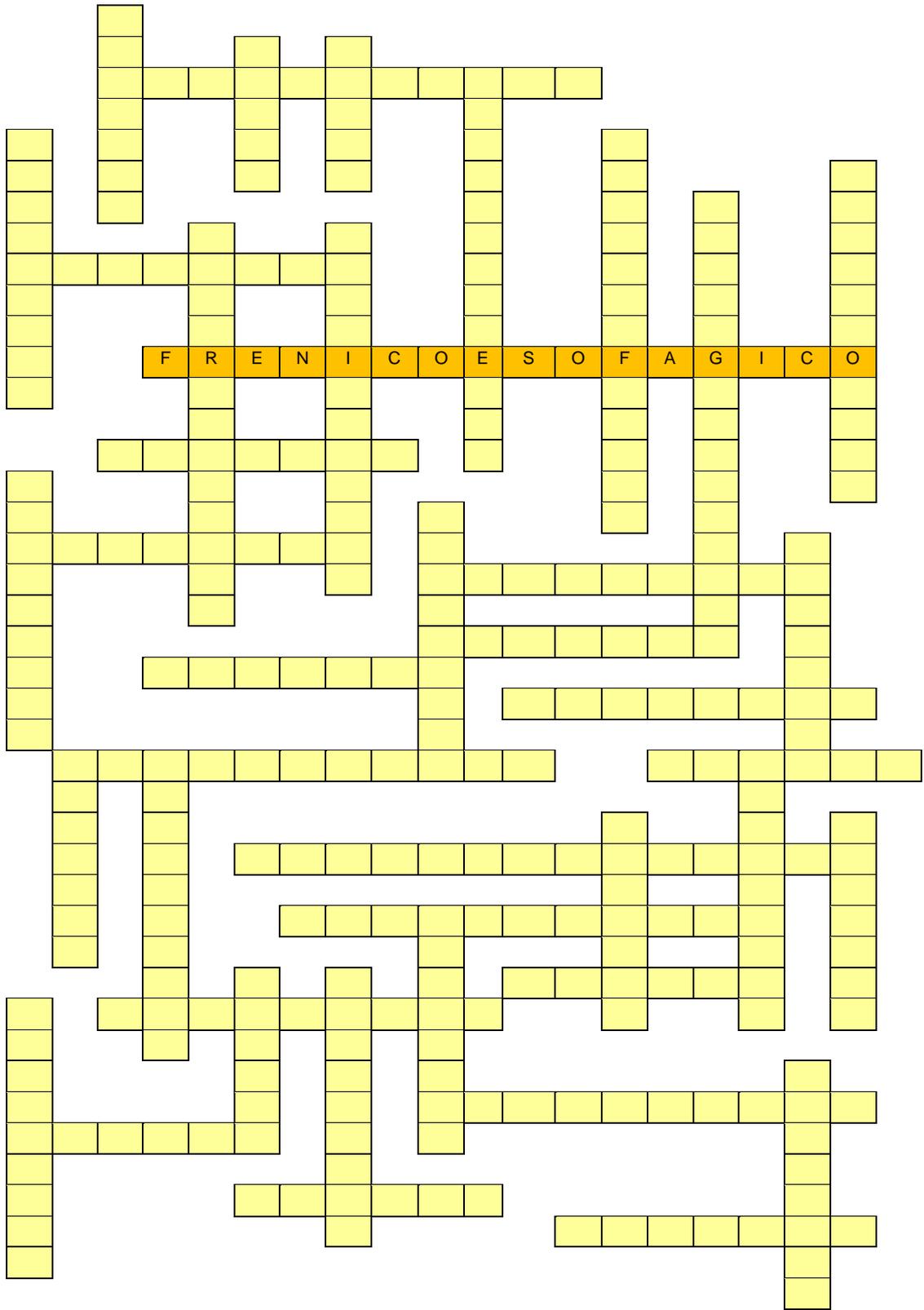
Histologia do Esôfago

A linha Z é uma linha irregular onde ocorre a transição da mucosa esofágica (epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado) para a mucosa gástrica (epitélio colunar simples). Esta transição histológica ocorre um pouco acima da transição anatômica no cárdia.

O plano muscular do esôfago é formado por uma camada muscular circular interna e uma camada longitudinal externa. No terço superior, a lâmina externa é formada por músculo estriado voluntário, o terço inferior é formado por músculo liso, e no terço médio ocorre uma mistura dos dois tipos de músculo.

Imediatamente acima da linha Z ao nível do ligamento frenicoesofágico a musculatura diafragmática que forma o hiato esofágico funciona como um esfíncter fisiológico inferior para o esôfago que se contrai e relaxa. Não existe um esfíncter anatômico como o observado em outros locais do sistema digestório.

Este mecanismo esfinteriano normalmente evita refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. Quando uma pessoa não está comendo, as paredes do esôfago normalmente encontram-se colabadas acima da junção esofagogástrica para evitar o refluxo de alimentos ou suco gástrico para o esôfago.



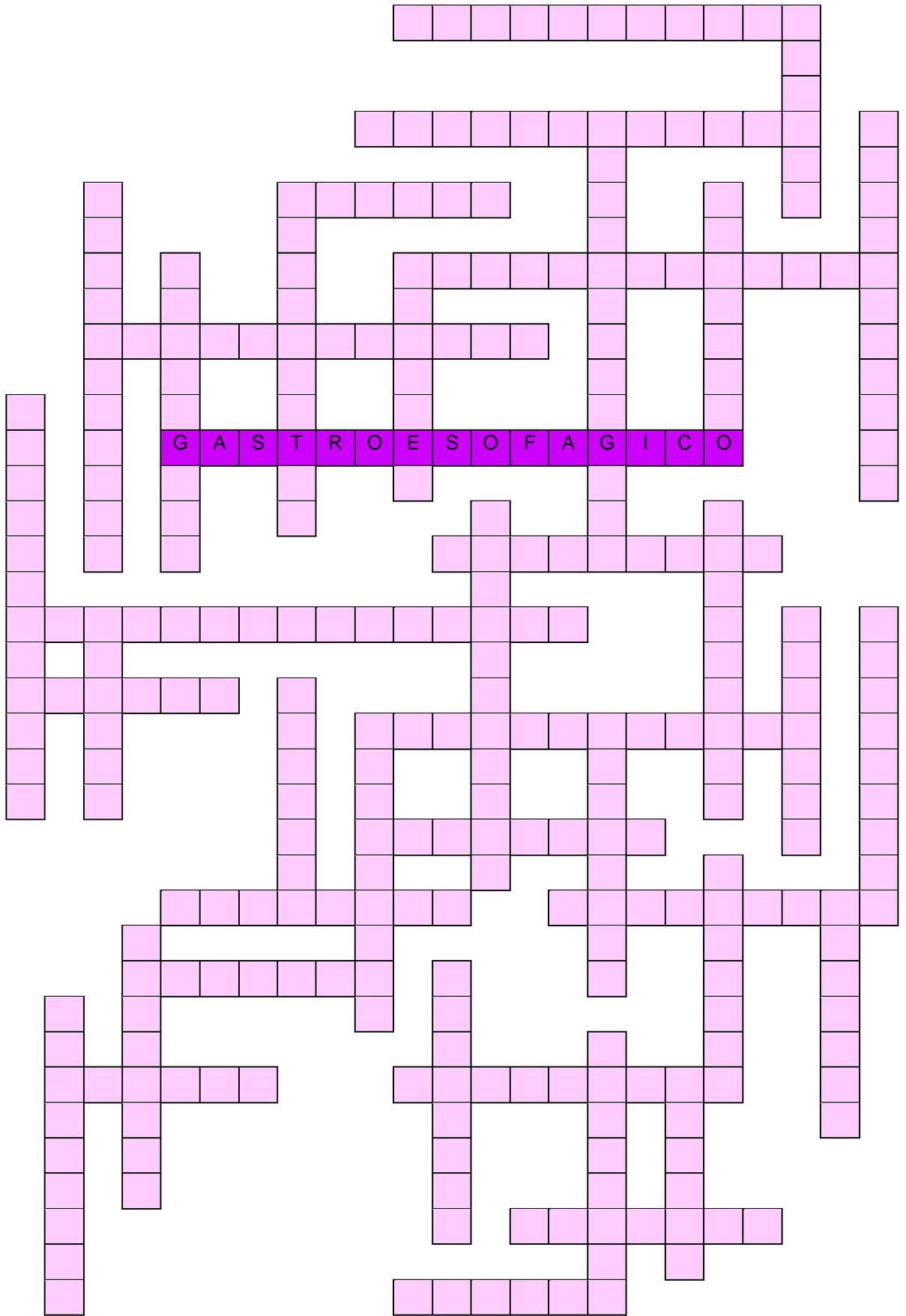
ATIVIDADE 4

DOMINOX

Encaixe no diagrama as palavras assinaladas no texto. Já existe uma palavra para ser usada como ponto inicial. Não considerar os acentos.

Refluxo Gastroesofágico

Refluxo gastroesofágico consiste na passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, com ou sem regurgitação e/ou vômito. Pode ser um processo considerado normal, fisiológico, que ocorre várias vezes ao dia, após as refeições, em lactentes, crianças, adolescentes e adultos, ocasionando poucos ou nenhum sintoma. É um evento fisiológico normal, principalmente em lactentes, nos quais se resolve espontaneamente até os 2 anos de idade, na maioria dos casos. O refluxo fisiológico do lactente raramente inicia antes de 1 semana de vida ou após os 6 meses. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e a Esofagite Eosinofílica são as condições esofágicas mais prevalentes, que acometem todas as faixas etárias em pediatria, causam sintomas de disfunção esofágica e apresentam quadro clínico semelhante. Em lactentes, com sintomas leves e nenhum sinal de alerta, a terapêutica farmacológica é desnecessária. Esses lactentes são considerados “vomitadores felizes” e, por isso, não necessitam de nenhum tratamento medicamentoso. Em lactentes e crianças menores com sintomas de DRGE, a terapia não farmacológica pode ser a opção de escolha, devido à falta de medicamentos com eficácia comprovada, exceto nos casos mais graves (com aspiração, apneia, pneumonia), que necessitam de investigação e terapêutica individualizada. Em crianças maiores e adolescentes, nos quais os sintomas são mais claros e específicos e a esofagite de refluxo é mais frequente, o tratamento farmacológico é mais indicado.



ATIVIDADE 5

CRUZADOX

Responda as perguntas nas fileiras horizontal e vertical usando o banco de respostas e preencha o diagrama. Já existe uma palavra para ser usada como ponto inicial. Não considerar os acentos.

PATOLOGIAS DO ESÔFAGO

	HORIZONTAL	RESPOSTA
1	Um tipo de câncer de esôfago	
2	Estreitamento de qualquer órgão tubular	
3	Cirurgia realizada no fundo gástrico para impedir o refluxo esôfago-gástrico	
4	Tipo de informação nervosa para a musculatura do esôfago	
5	Dificuldade para engolir alimentos líquidos ou sólidos	
6	Deglutição de ar	
7	Exame invasivo utilizado para o estadiamento do câncer de esôfago	
8	Procedimento endoscópico peroral para seccionar as fibras musculares circulares do esôfago	
9	Situação caracterizada pela contratura intensa da musculatura do órgão	
10	Mede o fluxo de líquidos e gases na junção gastroesofágica	
11	Situação caracterizada por aumento do calibre do esôfago	
12	Medicamentos usados para tamponar pH ácido	
13	Exame de imagem que usa ondas sonoras	
14	Cirurgia que consiste na exteriorização de uma abertura do esôfago no pescoço	
15	Divertículo que pode ocorrer acima do esfíncter esofágico inferior	

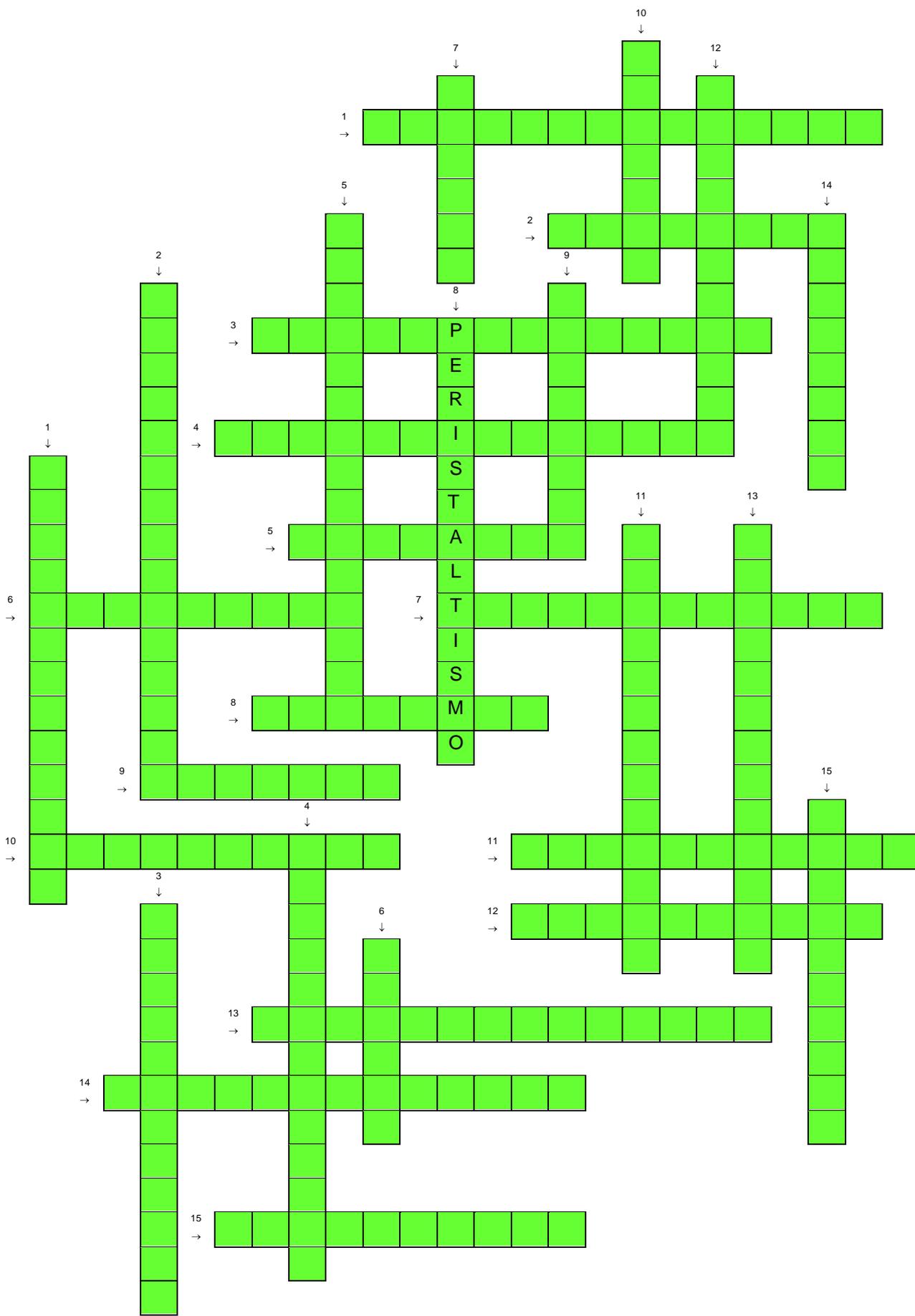
	VERTICAL	RESPOSTA
1	Cirurgia de remoção parcial ou total do esôfago	
2	Doença causada pela infestação pelo protozoário <i>Trypanosoma cruzi</i>	
3	Situação causada pela ruptura do esôfago torácico	
4	Exame de imagem que utiliza nucleotídeos radioativos	
5	Situação que pode ocorrer pela passagem do conteúdo esofágico para a via respiratória	
6	Sensação de queimação retroesternal	
7	Divertículo que pode ocorrer acima da junção faringo-esofágica	
8	Contrações sequenciais da musculatura do esôfago	Peristaltismo
9	Distúrbio caracterizado pela ausência de peristaltismo esofágico	
10	Metaplasia da mucosa do esôfago com substituição do epitélio escamoso por epitélio colunar	
11	Exame de imagem do esôfago usando contraste radiopaco	
12	Plexo de Auerbach	
13	Exame que visualiza o interior do esôfago usando um endoscópio	
14	Tipo histológico do músculo do terço superior do esôfago	
15	Exame para estudar as contrações da musculatura esofágica	

Banco de respostas:

Acalásia
Adenocarcinoma
Aerofagia
Antiácidos
Barrett
Broncoaspiração
Cintilografia
Disfagia
Epifrênico
Esofagectomia

Esofagografia
Esofagoscopia
Esofagostomia
Espasmo
Estenose
Estriado
Funduplicatura
Impedância
Manometria
Mediastinite

Megaesôfago
Mioentérico
Miotomia
Parassimpática
Peristaltismo
Pirose
Toracoscopia
Tripanossomíase
Ultrassonografia
Zenker



ATIVIDADE 6

CAÇA-PALAVRAS

Encontre no diagrama as palavras grifadas no texto. Elas podem estar na horizontal ou na vertical

Acalásia do Esôfago

A **acalásia** esofágica é caracterizada pela ausência de **peristaltismo** esofágico. Na maioria dos pacientes, o **esfíncter esofágico** inferior (EEI) é **hipertenso** e tem inadequado **relaxamento** em resposta à deglutição. Essas **anomalias** levam ao esvaziamento deficiente dos **alimentos**, com conseqüente estase no esôfago. A **etiologia** é desconhecida, mas existem duas teorias: (1) uma doença degenerativa dos neurônios; e (2) **infecções** dos neurônios por um **vírus** (p. ex., herpes zoster) ou outro agente infeccioso. A **degeneração** do plexo mioentérico de Auerbach determina a perda dos neurônios **inibitórios** pós-ganglionares (que contêm óxido nítrico e o **polipeptídeo** intestinal **vasoativo**), que controlam o relaxamento do EEI. Como os **neurônios colinérgicos** pós-ganglionares são poupados, há uma estimulação colinérgica sem oposição, o que aumenta a pressão de repouso e diminui o relaxamento do EEI. Não há nenhuma **propagação** de ondas peristálticas, em **resposta** à deglutição e, sim, à presença de **contrações** simultâneas. A **disfagia** é o sintoma mais comum, apresentada por cerca de 95% dos pacientes. Ela está presente, muitas vezes, tanto para sólidos quanto **líquidos**. A maioria dos **pacientes** se adapta às **alterações** na sua dieta e é capaz de manter um peso estável, enquanto outros acabam experimentando alguma perda de peso. A **regurgitação** de alimento não digerido é o segundo sintoma mais comum e está presente em cerca de 60% dos pacientes. Ela ocorre mais frequentemente na posição **supina** e pode levar à aspiração. A **pirose** está presente em cerca de 40% dos pacientes. Ela não resulta do RGE, mas sim da **estase** e da **fermentação** dos alimentos não **digeridos** no esôfago distal. A dor **torácica** também ocorre em cerca de 40% dos pacientes, resultante da **distensão** esofágica e, em geral, se manifesta no momento de uma refeição. A **endoscopia** é geralmente o primeiro exame realizado para descartar uma **obstrução** mecânica, como uma **estenose** péptica ou câncer. A deglutição de **bário** pode mostrar geralmente um **estreitamento** no nível da junção gastresofágica e um esvaziamento lento do contraste. Um esôfago **dilatado** em alça sigmoide pode estar presente em pacientes com acalásia de longa duração. A **manometria** esofágica é o padrão-ouro para estabelecer o **diagnóstico** de acalásia esofágica. Os achados clássicos são: (1) ausência de peristaltismo esofágico e (2) hipertensão do EEI (em aproximadamente 50% dos pacientes), que apresenta **relaxamento** apenas parcialmente em resposta à **deglutição**. Quando o esôfago se encontra dilatado e em forma de **sigmoide**, pode ser difícil passar um cateter pela junção gastresofágica até o **estômago**. Nesses casos, o **cateter** deve ser colocado com auxílio de endoscopia ou **fluoroscopia**. Recentemente, foi proposta uma nova **classificação** da acalásia do esôfago com base na manometria de alta resolução; tipo I, clássica, com pressão esofágica mínima; tipo II, acalásia com **compressão** esofágica; e tipo III, acalásia com **espasmo**.

Q	H	Ç	W	J	P	O	L	I	P	E	P	T	I	D	E	O	E	C	R	I	T	K	Y	A
S	K	U	F	I	Ç	E	S	T	R	E	I	T	A	M	E	N	T	O	J	N	O	M	P	L
Z	A	D	L	S	H	D	V	C	O	M	P	R	E	S	S	Ã	O	N	D	I	F	A	G	Ç
H	Z	J	C	K	I	L	I	Ç	P	A	C	I	E	N	T	E	S	T	E	B	Z	N	X	C
X	V	X	E	B	P	N	R	M	A	Q	B	C	O	L	I	N	E	R	G	I	C	O	S	W
E	D	R	S	R	E	G	U	R	G	I	T	A	Ç	Ã	O	D	S	A	E	T	Y	M	F	A
L	U	C	P	E	R	I	S	T	A	L	T	I	S	M	O	O	T	Ç	N	O	F	E	L	L
I	C	O	A	L	T	E	R	A	Ç	Õ	E	S	P	A	N	S	O	Õ	E	R	E	T	U	I
S	L	D	S	A	E	F	B	G	Ã	H	T	J	N	Y	K	C	M	E	R	I	R	R	O	M
L	A	Ç	M	X	N	E	U	R	O	N	I	O	S	A	Z	O	A	S	A	O	M	I	R	E
V	S	D	O	A	S	M	G	P	I	R	O	S	E	M	X	P	G	C	Ç	S	E	A	O	N
V	S	I	G	M	O	I	D	E	Q	D	L	H	B	A	R	I	O	Q	Ã	V	N	B	S	T
D	I	S	T	E	N	S	Ã	O	E	N	O	J	M	D	I	A	G	N	O	S	T	I	C	O
I	F	F	P	N	Q	S	T	W	D	E	G	L	U	T	I	Ç	Ã	O	E	U	A	R	O	S
G	I	A	F	T	W	T	O	Y	K	R	I	E	C	A	T	E	T	E	R	U	Ç	I	P	O
E	C	G	T	O	R	A	C	I	C	A	A	S	P	O	B	S	T	R	U	Ç	Ã	O	I	P
R	A	I	N	F	E	C	Ç	Õ	E	S	W	T	A	G	Y	T	S	E	H	D	T	F	A	G
I	Ç	A	N	O	M	A	L	I	A	S	H	E	S	O	F	A	G	I	C	O	J	K	S	U
D	Ã	L	Ç	R	E	L	A	X	A	M	E	N	T	O	Z	S	I	O	X	Q	R	I	C	T
O	O	V	A	S	O	A	T	I	V	O	V	O	N	B	R	E	S	P	O	S	T	A	N	W
S	U	P	I	N	A	S	M	A	Q	W	S	S	W	D	R	E	F	Y	R	G	B	V	T	H
Y	J	L	I	Q	U	I	D	O	S	U	L	E	S	F	I	C	T	E	R	O	I	C	A	O
P	M	K	D	I	L	A	T	A	D	O	A	Q	Ç	S	E	T	Z	D	U	X	F	P	I	G

ATIVIDADE 7

DOMINOX

Encaixe no diagrama as palavras assinaladas. Já existe uma palavra para ser usada como ponto inicial

Tratamento da Acalásia

O tratamento da acalásia é paliativo e é direcionado para o alívio dos sintomas, diminuindo a resistência ao fluxo de saída causada pelo esfíncter esofágico inferior (EEI) disfuncional. Como o peristaltismo está ausente e não retorna após qualquer tipo de tratamento, a gravidade se torna o principal fator, que irá permitir o esvaziamento do alimento do esôfago para o estômago.

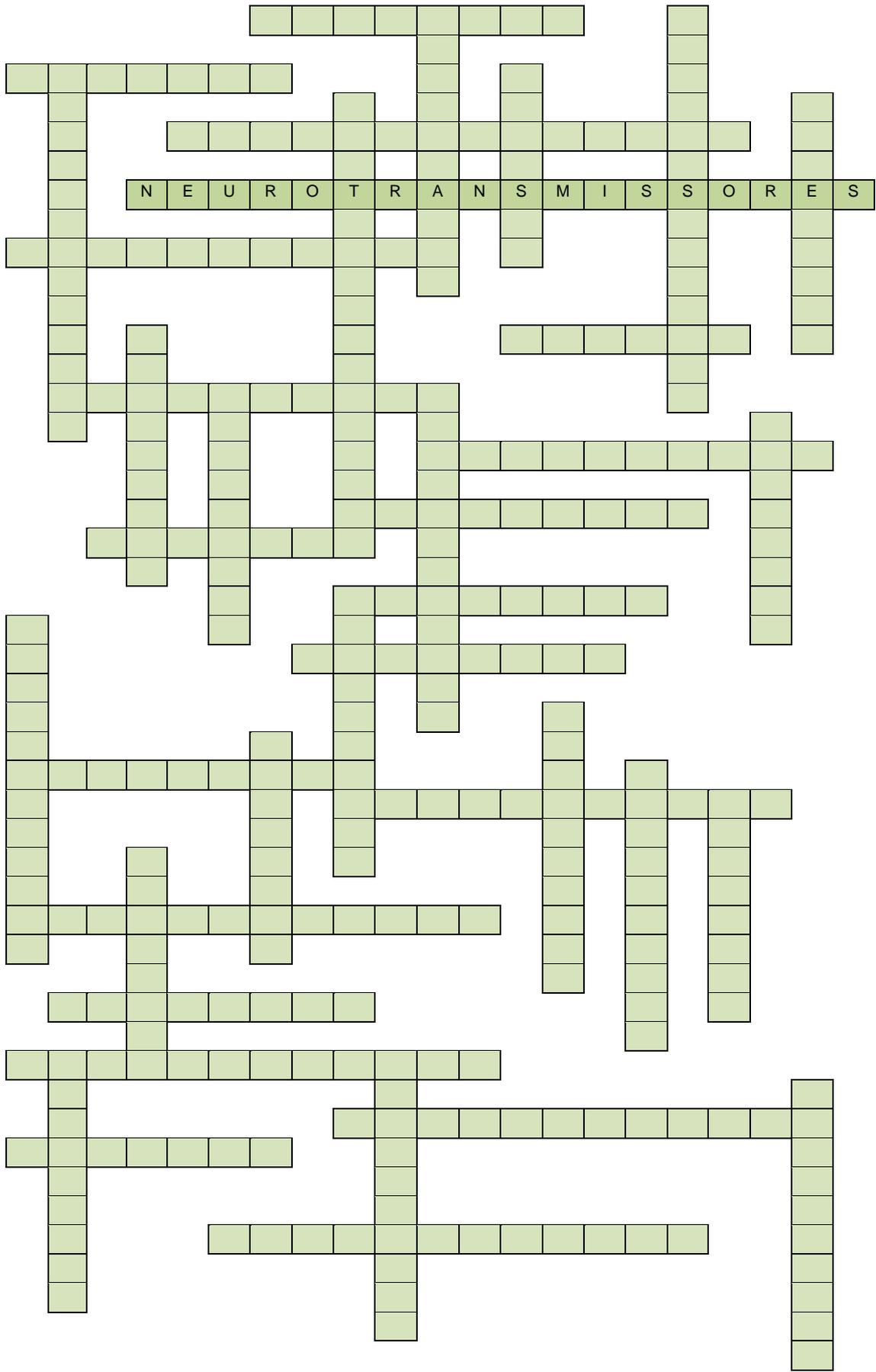
Os bloqueadores do canal de cálcio são utilizados para diminuir a pressão no EEI. Entretanto, como apenas 10% dos pacientes mostram benefícios com esse tratamento, ele deve ser utilizado principalmente em pacientes com contra-indicações para dilatação pneumática ou para cirurgia.

A injeção de toxina botulínica por via endoscópica no esfíncter é utilizada para bloquear a liberação de acetilcolina no EEI, restabelecendo, assim, o equilíbrio entre os neurotransmissores excitatórios e inibitórios. Esse tratamento, no entanto, apresenta valor limitado. Apenas 60% dos pacientes tratados ainda apresentarão algum alívio da disfagia 6 meses após o tratamento, e esse número irá diminuir ainda mais para 30% (mesmo após múltiplas injeções), 2,5 anos mais tarde. Além disso, ela muitas vezes provoca uma reação inflamatória no nível da junção gastresofágica, tornando uma miotomia subsequente mais difícil. Ela pode ser utilizada principalmente em pacientes que não sejam bons candidatos para dilatação ou cirurgia.

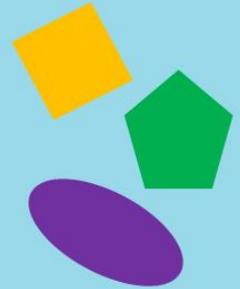
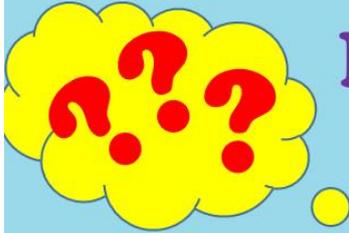
A dilatação pneumática do EEI é considerada o tratamento cirúrgico mais eficiente da acalásia e foi considerada a principal modalidade de tratamento por muitos anos até o advento da cirurgia minimamente invasiva, no início da década de 1990. Um balão é inflado no nível da junção gastresofágica a fim de romper as fibras musculares, mas preservando as células da mucosa. A taxa de sucesso inicial é de aproximadamente 90%, mas ela diminui, na maioria dos pacientes, para 50% em 10 anos, mesmo após múltiplas dilatações. A taxa de perfuração é de aproximadamente 2 a 5%. Quando ocorre uma perfuração livre, os pacientes devem ser encaminhados imediatamente à sala cirúrgica, onde são realizados o fechamento da perfuração e uma miotomia da parede contralateral do esôfago. A incidência de RGE pós-dilatação é de 25 a 35%. Os pacientes que voltam a apresentar sintomas após a dilatação pneumática devem ser tratados por miotomia de Heller por laparoscopia.

Uma nova abordagem para acalásia é a miotomia esofágica endoscópica peroral (POEM). Durante esse procedimento, as fibras musculares circulares do esôfago inferior e superior do estômago são cortadas, por meio de túnel na submucosa. O acompanhamento de longo prazo será necessário para avaliar os resultados de longo prazo desse procedimento.

A miotomia laparoscópica de Heller e a fundoplicatura parcial se tornaram progressivamente os procedimentos de escolha para megaesôfago nos últimos 20 anos. A cirurgia consiste em uma seção controlada das fibras musculares (miotomia) do esôfago inferior (6 cm) e da parede gástrica proximal (2-2,5 cm), seguida de uma fundoplicatura parcial anterior ou posterior para evitar o refluxo. Os pacientes passam 24 a 48 horas no hospital e retornam às atividades normais em torno de 2 semanas. A cirurgia alivia efetivamente os sintomas em cerca de 90% dos pacientes e é efetiva mesmo para pacientes com baixa pressão no EEI após dilatação prévia ou quando o esôfago é dilatado. No entanto, deve ser preferida a dilatação pneumática sempre que não houver a expertise cirúrgica disponível. A incidência de refluxo pós-operatório é de aproximadamente 25 a 35% e, em geral, é controlada por medicamentos redutores da acidez. A disfagia persistente ou recorrente após miotomia pode ser tratada com dilatação pneumática ou outra miotomia. A esofagectomia é reservada para pacientes com disfagia grave que falharam tanto com a dilatação quanto com a miotomia.



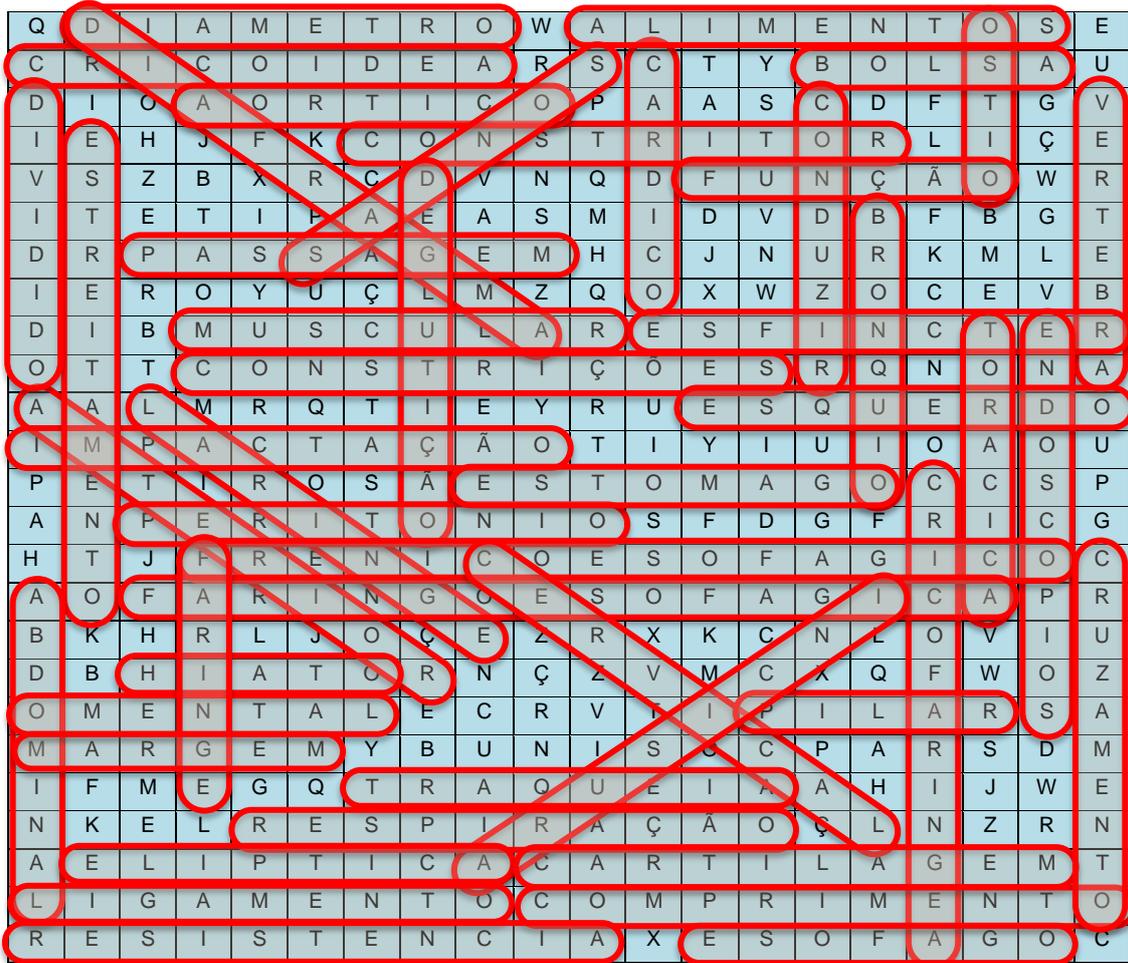
**MEDICINA EM
PASSATEMPOS**



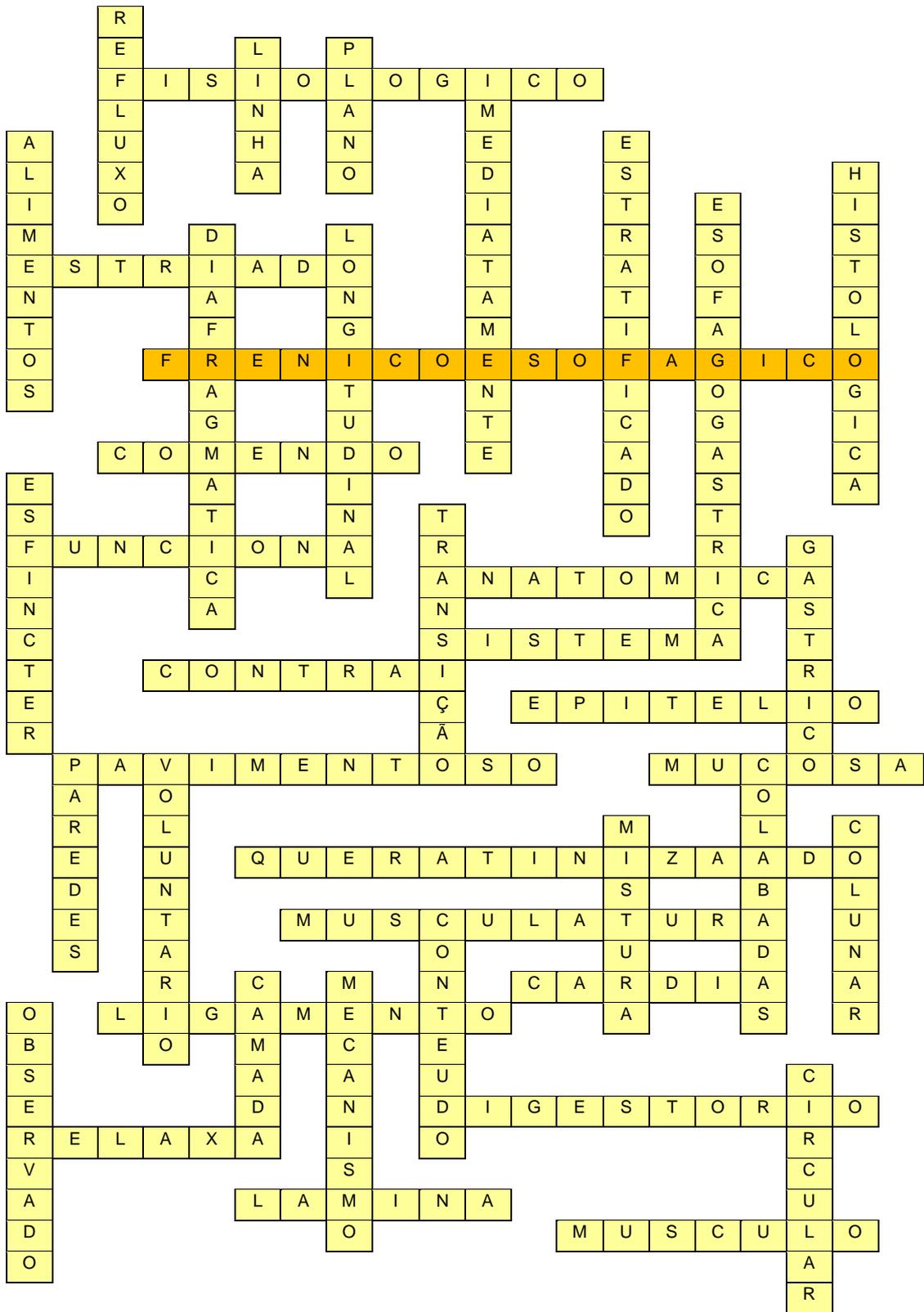
Med_book

GABARITOS

GABARITO 1



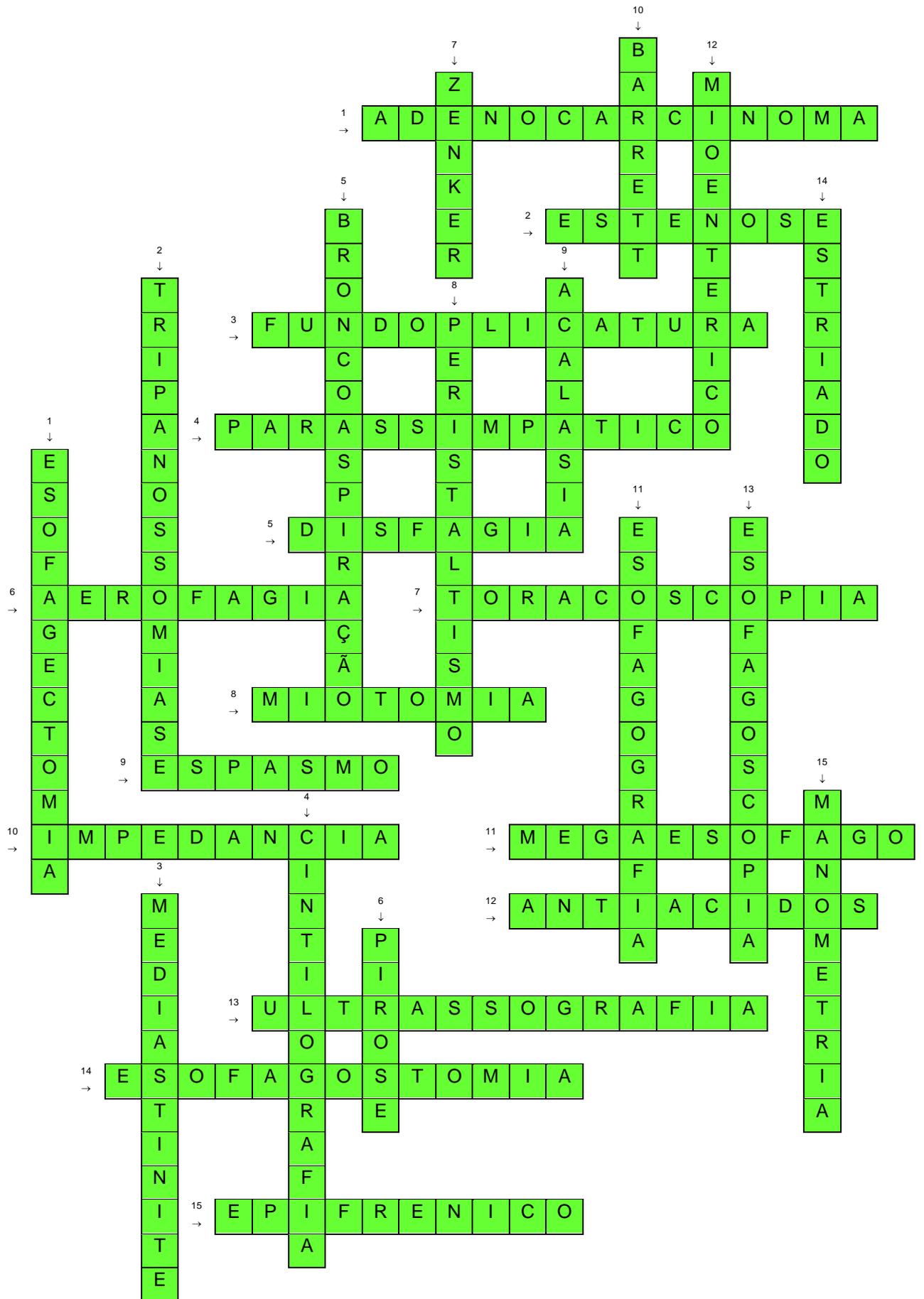
GABARITO 2



GABARITO 5

	HORIZONTAL	RESPOSTA
1	Um tipo de câncer de esôfago	Adenocarcinoma
2	Estreitamento de qualquer órgão tubular	Estenose
3	Cirurgia realizada no fundo gástrico para impedir o refluxo esôfago-gástrico	Funduplicatura
4	Tipo de informação nervosa para a musculatura do esôfago	Parassimpática
5	Dificuldade para engolir alimentos líquidos ou sólidos	Disfagia
6	Deglutição de ar	Aerofagia
7	Exame invasivo utilizado para o estadiamento do câncer de esôfago	Toracoscopia
8	Procedimento endoscópico peroral para seccionar as fibras musculares circulares do esôfago	Miotomia
9	Situação caracterizada pela contratura intensa da musculatura do órgão	Espasmo
10	Mede o fluxo de líquidos e gases na junção gastroesofágica	Impedância
11	Situação caracterizada por aumento do calibre do esôfago	Megaesôfago
12	Medicamentos usados para tamponar pH ácido	Antiácidos
13	Exame de imagem que usa ondas sonoras	Ultrassonografia
14	Cirurgia que consiste na exteriorização de uma abertura do esôfago no pescoço	Esofagostomia
15	Divertículo que pode ocorrer acima do esfíncter esofágico inferior	Epifrênico

	VERTICAL	RESPOSTA
1	Cirurgia de remoção parcial ou total do esôfago	Esofagectomia
2	Doença causada pela infestação pelo protozoário <i>Trypanosoma cruzi</i>	Tripanossomíase
3	Situação causada pela ruptura do esôfago torácico	Mediastinite
4	Exame de imagem que utiliza nucleotídeos radioativos	Cintilografia
5	Situação que pode ocorrer pela passagem do conteúdo esofágico para a via respiratória	Broncoaspiração
6	Sensação de queimação retroesternal	Pirose
7	Divertículo que pode ocorrer acima da junção faringo-esofágica	Zenker
8	Contrações sequenciais da musculatura do esôfago	Peristaltismo
9	Distúrbio caracterizado pela ausência de peristaltismo esofágico	Acalásia
10	Metaplasia da mucosa do esôfago com substituição do epitélio escamoso por epitélio colunar	Barrett
11	Exame de imagem do esôfago usando contraste radiopaco	Esofagografia
12	Plexo de Auerbach	Mioentérico
13	Exame que visualiza o interior do esôfago usando um endoscópio	Esofagoscopia
14	Tipo histológico do músculo do terço superior do esôfago	Estriado
15	Exame para estudar as contrações da musculatura esofágica	Manometria



GABARITO 6

Q	H	Ç	W	J	P	O	L	I	P	E	P	T	I	D	E	O	E	C	R	I	T	K	Y	A
S	K	U	F	I	Ç	E	S	T	R	E	I	T	A	M	E	N	T	O	J	N	O	M	P	L
Z	A	D	L	S	H	D	V	C	O	M	P	R	E	S	S	Á	O	N	D	I	F	A	G	Ç
H	Z	J	C	K	I	L	I	Ç	P	A	C	I	E	N	T	E	S	T	E	B	Z	N	X	C
X	V	X	E	B	P	N	R	M	A	Q	B	C	O	L	I	N	E	R	G	I	C	O	S	W
E	D	R	S	R	E	G	U	R	G	I	T	A	Ç	Á	O	D	S	A	E	T	Y	M	F	A
L	U	C	P	E	R	I	S	T	A	L	T	I	S	M	O	O	T	Ç	N	O	F	E	L	L
I	C	O	A	L	T	E	R	A	Ç	Õ	E	S	P	A	N	S	O	Õ	E	R	E	T	U	I
S	L	D	S	A	E	F	B	G	Á	H	T	J	N	Y	K	C	M	E	R	I	R	R	O	M
L	A	Ç	M	X	N	E	U	R	O	N	I	O	S	A	Z	O	A	S	A	O	M	I	R	E
V	S	D	O	A	S	M	G	P	I	R	O	S	E	M	X	P	G	C	Ç	S	E	A	O	N
V	S	I	G	M	O	I	D	E	Q	D	L	H	B	A	R	I	O	Q	Á	V	N	B	S	T
D	I	S	T	E	N	S	Á	O	E	N	O	J	M	D	I	A	G	N	O	S	T	I	C	O
I	F	F	P	N	Q	S	T	W	D	E	G	L	U	T	I	Ç	Á	O	E	U	A	R	O	S
G	I	A	F	T	W	T	O	Y	K	R	I	E	C	A	T	E	T	E	R	U	Ç	I	P	O
E	C	G	T	O	R	A	C	I	C	A	A	S	P	O	B	S	T	R	U	Ç	Á	O	I	P
R	A	I	N	F	E	C	Ç	O	E	S	W	T	A	G	Y	T	S	E	H	D	T	F	A	G
I	Ç	A	N	O	M	A	L	I	A	S	H	E	S	O	F	A	G	I	C	O	J	K	S	U
D	Á	L	Ç	R	E	L	A	X	A	M	E	N	T	O	Z	S	I	O	X	Q	R	I	C	T
O	O	V	A	S	O	A	T	I	V	O	V	O	N	B	R	E	S	P	O	S	T	A	N	W
S	U	P	I	N	A	S	M	A	Q	W	S	S	W	D	R	E	F	Y	R	G	B	V	T	H
Y	J	L	I	Q	U	I	D	O	S	U	L	E	S	F	I	Ç	T	E	R	O	I	C	A	O
P	M	K	D	I	L	A	T	A	D	O	A	Q	Ç	S	E	T	Z	D	U	X	F	P	I	G

Bibliografia

1. Allaix, M. E., Patti, M. G. **Esôfago e Diafragma** in CURRENT Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento, Gerard M. Doherty [*et al.*]. 14. ed. – Porto Alegre: AMGH, 2017. e-PUB.
2. Ferreira, C. T., Carvalho, E., Silva, L. R. **Doença do Refluxo Gastroesofágico**. Tratado de pediatria / organização Sociedade Brasileira de Pediatria. 5. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2022.
3. Moore, Keith L. **Anatomia orientada para a clínica** / Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur; tradução Claudia Lucia Caetano de Araujo. - 7. ed. - Rio de Janeiro: Koogan, 2014.