

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - DOR (ATDORT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Acupuntura

1

Paciente masculino, 54 anos de idade, em tratamento com acupuntura para ansiedade e hipertensão com médico experiente. Vinte minutos após a inserção perpendicular (90°) de agulha (0,30 x 50) e manipulação no ponto VC16 (*Zhongting*), o paciente evoluiu com desconforto respiratório progressivo, dor torácica súbita, especialmente ao respirar, e ansiedade amplificada. Ainda na clínica, o médico prestou atendimento e percebeu sinais clínicos de *Triade de Beck* com desfecho em PCR, tendo executado, sem sucesso, manobras de ressuscitação.

Essa sucessão progressiva de eventos com desfecho clínico fatal se deve à penetração da agulha através de um forame esternal com lesão do pericárdio e coração.

Essa má formação congênita está associada à presença da variação anatômica:

- (A) em terço proximal do esterno (manúbrio-esternal), ao nível do segundo espaço intercostal;
- (B) em terço médio do esterno (corpo), ao nível do quinto espaço intercostal;
- (C) em terço distal do esterno (esterno-xifoide), ao nível do quinto espaço intercostal;
- (D) condroesternal direita;
- (E) condroesternal esquerda.

2

Paciente masculino, 30 anos de idade, porte atlético, administrador de empresa, em tratamento com acupuntura para distúrbios de ansiedade e insônia. Durante agulhamento e manipulação do ponto PC6 (*Neiguan*), o médico inseriu agulha (0,25 x 30) com 1,5 cm de profundidade, e o paciente queixou-se de sensação de distensão/choque ao longo do antebraço. O médico erroneamente interpretou esse sintoma como obtenção da energia (*De Qi*). Continuou manipulando, com vigorosa e contínua estimulação, por 15 minutos com melhora da dor. Ao final da sessão, os dedos do paciente ficaram com limitação funcional do ADM (flexão interfalângicas dos dedos) e parestesia. O médico iniciou aplicação de moxabustão no punho e manobras manuais locais (punho), observando melhora dos sintomas contraturais após 30 minutos.

A falha técnica, com lesão do nervo mediano, foi causada por manipulação excessiva e profundidade inadequada, gerando neuropraxia com:

- (A) contratura do músculo superficial dos dedos e parestesia mais intensa do 2º e 3º dedos;
- (B) contratura do músculo superficial dos dedos e parestesia mais intensa do 1º e 2º dedos;
- (C) contratura do músculo superficial dos dedos e parestesia mais intensa do 4º e 5º dedos;
- (D) contratura do músculo superficial dos dedos e parestesia de todos os dedos;
- (E) contratura do músculo superficial e profundo dos dedos e parestesia mais intensa do 1º e 2º dedos.

3

São conhecidas e bem descritas na literatura médica várias reações leves e autolimitadas que ocorrem como consequência de agulhamento a seco com acupuntura, algumas das quais são adversas. Tecnicamente, a profundidade e a angulação das agulhas, bem como sua manipulação de forma inadvertida, podem apresentar desfecho clínico ruim.

O evento adverso cuja incidência tem aumentado e que pode oferecer risco iminente é:

- (A) reação vasovagal;
- (B) pneumotórax;
- (C) tamponamento cardíaco;
- (D) anafilaxia;
- (E) lesão de artérias e nervos periféricos.

4

Em nível histológico, é conhecida a existência da relação estreita entre a localização dos pontos de acupuntura e a localização de diversas modalidades de receptores somatossensoriais (estereoceptivos e propioceptivos). Os receptores propioceptivos estão localizados mais profundamente ao nível das transições miotendinosas. Há também descrição na literatura médica de correspondência anatômica significativa entre pontos motores e pontos de acupuntura.

O ponto de acupuntura IG4 (*Hegu*) correlaciona-se corretamente com o ponto motor do:

- (A) primeiro músculo lumbrical dorsal da mão;
- (B) primeiro músculo interósseo dorsal da mão;
- (C) músculo adutor curto do polegar;
- (D) músculo abductor curto do polegar;
- (E) músculo extensor curto do polegar.

5

Paciente de 54 anos, HAS e DM de base, foi submetido a tratamento com acupuntura para cervicalgia crônica às 11 horas. O médico, sem perguntar o horário em que havia ocorrido a última ingestão de alimentos sólidos e líquidos, realizou o agulhamento a seco. O paciente foi posicionado semissentado em cadeira da massagem para abordagem cervical. Dez minutos após agulhamento e manipulação das agulhas, referiu desconforto e mal-estar. O médico percebeu quadro de hipotensão, retirou rapidamente as agulhas e, com auxílio da secretária, posicionou o paciente na maca em decúbito dorsal. Na sequência, utilizou o ponto VG26 (*Renzhong*) para reanimação com sucesso.

Nesse cenário, a reação adversa se explica por jejum de 4 horas associado à estimulação dos pontos:

- (A) VB20 + VG 14;
- (B) VB34 + TA5;
- (C) IG4 + ID3;
- (D) B10 + ID3;
- (E) TA + IG4.

6

Os clássicos livros de acupuntura descrevem os diversos tipos de pontos, suas funções e suas indicações no tratamento por acupuntura e moxabustão.

Sobre o tema, é correto afirmar que:

- (A) os pontos de transporte ventrais (*Shu*) são empregados para tratamento de deficiências agudas, e os pontos de alarme (*Mu* dorsais), para diagnóstico e tratamento de deficiências energéticas crônicas;
- (B) os pontos fenda (*Xi*) são utilizados principalmente para tratar condições crônicas, aliviar a dor e auxiliar em problemas hemorrágicos específicos dos meridianos *Yang*;
- (C) os 8 pontos de influência (*Hui*) dos tecidos atuam diretamente sobre o *Qi*, *Yin*, *Yang*, *Xue* (sangue), artéria, tendões, osso e medula;
- (D) os pontos fonte (*Yuan Qi*) são utilizados para regular o *Qi* dos órgãos internos (*Zhang-Fu*) e fortalecer o *Qi* original, que está relacionado ao fígado;
- (E) os pontos de conexão (*Luo*) estão acoplados ao longo dos 12 meridianos primários (*Jing Luo*) de um par de órgãos internos *Yin* e *Yang* relacionados, permitindo a comunicação e a circulação de energia (*Qi*) e sangue (*Xue*) entre eles. São verticais e longitudinais (tratam somente condições de excesso).

7

Na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o diagnóstico pelo exame do pulso é uma técnica fundamental para avaliar o estado de saúde do paciente e entender o equilíbrio de *Qi* (energia vital), *Xue* (sangue), *Yin* e *Yang* no corpo. São 12 tipos no total, avaliados em três posições diferentes (*cun*, *guan* e *chi*), superficiais e profundas, de cada antebraço, e correspondentes a diferentes órgãos (*Zhang*) e vísceras (*Fu*) internos.

Sobre o tema, é correto afirmar que:

- (A) no Pulso Rápido (*Shu Mai*), o pulso bate mais rápido que o normal (mais de 90 batidas por minuto). Geralmente indica frio no corpo, podendo ser frio excessivo ou deficiência de *Yang*, que causa frio falso;
- (B) no Pulso Cheio (*Hong Mai*), o pulso é largo e forte, com uma sensação de força e expansão. Indica uma condição de frio excessivo no corpo, geralmente associada a febres ou inflamação;
- (C) no Pulso Fino (*Xi Mai*), o pulso é muito fino e difícil de sentir, como um fio de seda. Indica deficiência de sangue (*Jin-Ye*) ou *Qi*, geralmente associada a anemia, doenças agudas ou deficiência de *Yang*;
- (D) no Pulso Profundo (*Chen Mai*), o pulso só é sentido com pressão profunda, sendo difícil de detectar com pressão leve. Indica condições internas, especialmente aquelas relacionadas a problemas nos órgãos internos. Também pode indicar acúmulo de frio ou um desequilíbrio interior;
- (E) no Pulso Intermitente (*Dai Mai*), o pulso para em intervalos regulares ou irregulares. Pode indicar um excesso severo de *Qi* e Sangue (*Xue*) ou problemas cardíacos graves. É considerado um pulso alarmante, que pode exigir atenção médica urgente.

8

É sabido que o mecanismo neurofisiológico da acupuntura envolve fibras nervosas sensoriais (A-delta e C), medula espinhal e hipotálamo. Em resposta à estimulação por acupuntura, ocorrem reações em cadeia de liberação de vários neurotransmissores e substâncias que modulam a dor e a inflamação, tanto no sistema nervoso central quanto no periférico.

O mecanismo correto envolve:

- (A) liberação (central) de endorfinas e encefalinas, neurotransmissores que se ligam aos receptores opioides nos neurônios, bloqueando a transmissão dos sinais de dor e produzindo um efeito analgésico;
- (B) liberação (periférica) de serotonina (5-HT), neurotransmissor que desempenha papel importante na regulação da dor e no humor;
- (C) liberação (periférica) de noradrenalina, neurotransmissor que atua no sistema nervoso parassimpático, ajudando a reduzir a percepção da dor;
- (D) liberação (central) de ácido gama-aminobutírico (GABA), neurotransmissor excitatório que pode ser ativado pela acupuntura, ajudando a reduzir a excitabilidade neuronal e a inibir a transmissão da dor;
- (E) liberação (periférica) de corticotrofina (ACTH) e cortisol, que é um potente anti-inflamatório endógeno que auxilia na redução da dor, especialmente em condições inflamatórias.

9

Depois do estudo metodológico do médico Paul Nogier sobre a acupuntura auricular, há um novo entendimento sobre as correspondências anatômicas e funcionais existentes entre os pontos de acupuntura na orelha e os nervos cranianos. Sabe-se agora que essas correlações explicam melhor as respostas sistêmicas por meio do mecanismo neurofisiológico.

Sobre esse tema, é correto afirmar que:

- (A) a pele da concha cava e antítrego é inervada pelo ramo auriculotemporal do nervo trigêmeo (V par);
- (B) a pele da região do anti-hélice na topografia de ápice da orelha e tubérculo de *Darwin* é inervada pelos ramos perfurantes do nervo occipital maior;
- (C) a pele de toda anti-hélice, de 2/3 posteriores da hélice, da escafa e do lóbulo da orelha são inervadas pelo nervo auricular magno. Sob a ótica da acupuntura, essa topografia guarda relação com o sistema musculoesquelético dos membros superiores, coluna vertebral e cabeça;
- (D) a pele da concha cava e da concha simba da orelha são inervadas pelos ramos auriculares do nervo trigêmeo (V par) e pelos ramos auriculares dos nervos vago (X par), hipoglossos (XII par) e facial (VII par);
- (E) a estimulação na orelha na topografia do nervo vago guarda relação neurofisiológica, no sistema nervoso central, com os núcleos do tracto solitário, ambíguo, salivatório e da rafe.

Anestesiologia

10

Uma paciente, de 48 anos de idade, é candidata a colecistectomia videolaparoscópica. Na consulta pré-operatória, relata sofrer de hipertensão arterial desde os 40 anos de idade e fazer uso de losartana 50 miligramas pela manhã. Sem outras patologias. Índice de massa corporal de 40 kg/m². Pressão arterial de 150 X 100 mmHg.

De acordo com a classificação do Estado Físico segundo a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, essa paciente deve ser classificada como:

- (A) ASA I;
- (B) ASA II;
- (C) ASA III;
- (D) ASA IV;
- (E) ASA V.

11

Uma paciente, de 61 anos de idade, é candidata a colectomia direita videolaparoscópica. O médico residente da anestesiologia relata que, ao exame da cavidade oral, visualizou o palato mole e a base da úvula.

De acordo com a classificação de Mallampati modificada, essa paciente deve ser classificada como:

- (A) Mallampati I;
- (B) Mallampati II;
- (C) Mallampati III;
- (D) Mallampati IV;
- (E) Mallampati V.

12

Um paciente com 31 anos, candidato a drenagem de abscesso em parede torácica sob anestesia geral, ingeriu um copo de leite de vaca (300 mL) às 8 horas da manhã.

O tempo de jejum mínimo recomendado para a aplicação de anestesia geral no caso será de:

- (A) 2 horas;
- (B) 4 horas;
- (C) 6 horas;
- (D) 8 horas;
- (E) 12 horas.

13

O procedimento cirúrgico considerado de médio porte que apresenta risco intermediário (entre 1 e 5%) para infarto e/ou morte dentro de 30 dias após a cirurgia é o(a):

- (A) cirurgia de carótida;
- (B) transplante hepático;
- (C) cirurgia de esôfago e duodeno;
- (D) cirurgia vascular abdominal eletiva;
- (E) cirurgia arterial de membros inferiores.

14

O conhecimento da fisiologia respiratória é fundamental para melhorar a tomada de decisão clínica. A resposta fisiológica orienta o diagnóstico e a conduta terapêutica.

A resposta ventilatória à pressão parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO₂):

- (A) independe da hipoxemia;
- (B) aumenta com a norepinefrina;
- (C) independe de antagonistas de opioides;
- (D) diminui com acidose metabólica presente;
- (E) independe dos mecanorreceptores pulmonares.

15

A ventilação com máscara fácil é de fundamental importância na segurança do paciente submetido à anestesia geral. Características relacionadas ao paciente interferem na dificuldade em conduzir o procedimento.

O fator independente mais importante para ocorrência de ventilação difícil sob máscara é:

- (A) Mallampati I;
- (B) pescoço curto;
- (C) palato arqueado;
- (D) história de ronco;
- (E) distância interincisivos menor que 3 cm.

16

Uma paciente, com 42 anos de idade, sem patologias prévias, é candidata a cirurgia de excisão de pólipos de corda vocal com uso de laser de dióxido de carbono. Exame físico pré-operatório normal.

A medida mais eficaz para evitar fogo nas vias aéreas nesse caso é:

- (A) utilizar óxido nitroso;
- (B) utilizar oxigenação apneica;
- (C) reduzir a fração inspirada de oxigênio;
- (D) envolver o tubo traqueal com papel alumínio;
- (E) preencher o *cuff* do tubo traqueal com solução corante.

17

Uma paciente, com 45 anos de idade, apresenta, após tireoidectomia total, quadro compatível com lesão do nervo laríngeo recorrente direito.

No exame pós-operatório realizado por especialista, o diagnóstico é confirmado pelo seguinte achado:

- (A) afonia;
- (B) estridor;
- (C) edema laríngeo;
- (D) adução da corda vocal direita em repouso;
- (E) paralisia do músculo cricotireoideo direito.

18

Durante reanimação cardiopulmonar, a pressão parcial de dióxido de carbono medida ao final da expiração pela capnografia (PEtCO₂) é correlacionada com o:

- (A) volume minuto;
- (B) débito cardíaco;
- (C) oxigênio inspirado;
- (D) dióxido de carbono venoso;
- (E) dióxido de carbono arterial.

Clínica Médica

19

Um homem de meia-idade retornou ao ambulatório de clínica médica em cadeira de rodas, trazido pela esposa, relatando estar a maior parte do tempo acamado. O início das dores lombares foi há 4 meses. A dor situa-se principalmente na transição toracolombar, permanece durante a noite e já está refratária a uso de opioides fracos. A constipação piorou (última evacuação há 5 dias) e o paciente não urina com tanta frequência. Quando sente vontade de urinar, não consegue segurar completamente. A esposa relata que o marido perdeu pelo menos uns 8 kg nos 4 meses desde o início do quadro, havendo febre vespertina ocasional não aferida. A esposa também atualiza o quadro dizendo que a dor parece já estar presente há mais tempo (uns 6 meses). Há aproximadamente 1 mês, ele havia sentido uma fraqueza mais proeminente nas pernas, que o levou a cair sentado. Desde então, não conseguiu se levantar.

Exame físico: paraplegia espástica e hiperreflexia de membros inferiores, com redução de sensibilidade para tato, temperatura e pressão e dor com nível sensitivo na altura dos mamilos. Havia redução da sensibilidade profunda caracterizada por perda completa da propriocepção e sensibilidade vibratória. O restante do exame físico revela paciente hipocorado, um pouco desidratado, com distensão abdominal e redução dos ruídos intestinais. Massa palpável em hipogástrio, indolor, sugerindo bexigoma.

Nos exames solicitados, revelaram-se anemia normocítica, normocrômica, VHS 88 mmHg, PCR: 95 (N: até 10 mg/L), creatinina: 1,6 mg/dl; outros exames estavam normais, incluindo hepatograma, Na, K, Ureia, PSA. Na radiografia de coluna lombar, não se evidenciou fratura, mas havia alterações degenerativas comuns para a idade em região sacroilíaca e acetabular. O radiologista sugeriu redução da densidade óssea, mas não havia lesões líticas ou blásticas. Havia achados de fecalitos em região retossigmoideana e provável bexigoma pela análise da radiografia. O médico decidiu interná-lo imediatamente para investigação e tratamento.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a principal hipótese é de mielite transversa, e os exames complementares mais importantes a serem realizados nesse caso são ressonância de coluna lombar e punção lombar;
- (B) dado que a probabilidade de osteomielite e abscesso epidural é baixa, como é possível concluir pela radiografia de coluna, pode-se iniciar corticoide 1 mg/kg para síndrome de compressão medular;
- (C) como a fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase (GGT) e transaminases estão normais, não é necessário investigar os níveis séricos de cálcio e fósforo;
- (D) as alterações degenerativas e provável osteopenia na radiografia de coluna lombar, somadas ao quadro de claudicação neurogênica, sugerem fratura osteoporótica compressiva. Nesse caso, o médico deve optar pela realização de tomografia de coluna lombar para visualização da fratura e rápido encaminhamento ao serviço de neurocirurgia ou ortopedia;
- (E) o paciente possui vários sinais de alarme: febre, perda ponderal inexplicada, dor noturna e refratária e manifestações neurológicas graves. Essas últimas motivam a realização de ressonância de coluna torácica e lombar de urgência para investigação de síndrome de compressão medular.

20

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetine e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clister em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e decompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

21

Uma jovem de 24 anos apresentou odinofagia associada a fadiga e uma cervicalgia mais pronunciada à esquerda, identificando ser um caroço de aproximadamente 1 cm. O quadro progrediu durante os três dias com piora dos sintomas, além de febrícula – de até 37,8 °C – constante. A seguir, ocorreu dor em hipocôndrio direito. No quinto dia de sintomas, foram prescritos amoxicilina e anti-inflamatório não esteroideal devido a hiperemia de orofaringe com placas brancacentas – a paciente teve diagnóstico de amigdalite bacteriana, apresentando náuseas e anorexia. Com aproximadamente 1 semana de sintomas e 3 dias do uso do antibiótico, a jovem decidiu procurar novo atendimento médico, que revelou: sinais vitais estáveis, porém com taquicardia (FC 110 bpm), eutrófica, sem evidência de emagrecimento, eupneica. *Rash* eritematoso maculopapular difuso estava visível em tronco, abdômen e porção próxima de membros superiores e inferiores. Havia presença de edema periorbitário bilateral. Linfonodos posteriores aos músculos esternocleidomastoídeos estavam aumentados e pouco dolorosos (1,5 e 1,2 cm), fibroelásticos, móveis. Havia também micropoliadenopatia em outras cadeias cervicais superficiais. Orofaringe apresentava hipertrofia amigdaliana, petéquias em palato e exsudato membranoso. Ao exame ginecológico com ectopia em colo uterino, foi detectado corrimento fisiológico, sem presença de outras alterações como úlceras. O abdômen era doloroso em andar superior à palpação profunda com hepatimetria de 14 cm e borda romba e dolorosa e espaço de Traube ocupado.

Sobre as hipóteses diagnósticas e complementação da investigação, é correto afirmar que:

- (A) resultado negativo para vírus Epstein-Barr elimina a necessidade de repetição do exame, pois se trata de teste muito sensível e específico. Deve-se prosseguir na investigação de outros quadros com a biópsia excisional de linfonodo cervical;
- (B) anticorpos IgG para antígeno antiviral do capsídeo (VCA) e antígeno nuclear de Epstein-Barr (EBNA) estão presentes por toda a vida em pacientes com exposição prévia ao vírus Epstein-Barr (EBV) e não são marcadores de um processo ativo sugerindo verdadeira infecção;
- (C) a síndrome descrita pode ser decorrente de processos neoplásicos, infecciosos ou autoimunes. A investigação deve começar pela punção aspirativa do linfonodo maior e sorologias para os seguintes vírus: Epstein-Barr, citomegalovírus, herpes vírus, sífilis e HIV;
- (D) a presença de linfocitose com linfócitos atípicos associada a hipogamaglobulinemia reforça os diagnósticos de lúpus eritematoso sistêmico ou linfomas;
- (E) amigdalite resistente a antibiótico associada a petéquias em palato pode sugerir a doença de Lemierre causada pelo *Fusobacterium necrophorum*, motivando a troca do esquema antibiótico para ceftriaxona no caso clínico descrito.

22

Um paciente de 68 anos, com diagnóstico de câncer de próstata, foi internado para realização de prostatectomia. Estava em uso de anlodipino 10 mg ao dia e atorvastatina 20 mg ao dia. Relatou que no passado fez uso de “medicação para arritmia”, mas suspendeu por conta própria há 5 anos. Apresentava placa ateromatosa não obstrutiva em carótidas bilateralmente. Foi avaliado pela equipe de clínica médica no dia anterior da cirurgia. O exame físico não apresentava alterações significativas. A pressão arterial era de 148 por 90 mmHg e a frequência cardíaca, de 69 batimentos por minuto.

Nesse caso, a conduta correta é:

- (A) manter o uso de atorvastatina;
- (B) prescrever atenolol para ser ministrado na manhã da cirurgia;
- (C) orientar o início de amiodarona venosa no dia da cirurgia;
- (D) iniciar ramipril associado a hidroclorotiazida e suspender a cirurgia até melhor controle pressórico;
- (E) iniciar aspirina no dia anterior da cirurgia, visando à redução do risco de eventos cardiovasculares perioperatórios.

23

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

24

Uma mulher de 38 anos é atendida no ambulatório com queixa de aproximadamente 4 a 5 episódios de cistite sintomáticas por ano nos últimos 3 anos, com significativo impacto na sua qualidade de vida. Relata ter sido submetida, nesse período, a investigação com ultrassonografia, tomografia e múltiplos exames de urina. Não há alterações nos exames ginecológicos. No momento da consulta, encontra-se assintomática e com exame de urina recente sem alterações.

Visando à prevenção de infecções urinárias de repetição nessa paciente, entre as alternativas abaixo, o esquema mais recomendado é:

- (A) doxiciclina 100 mg 2 vezes ao dia por 5 meses;
- (B) cefuroxima 250 mg 2 vezes ao dia por 4 meses;
- (C) levofloxacina 750 mg 1 vez ao dia por 3 meses;
- (D) macrodantina 100 mg 1 vez ao dia por 6 meses;
- (E) ciprofloxacina 500 mg 2 vezes ao dia por 2 meses.

25

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para “inflamação no testículo” há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu “algo estranho” no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucoide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfafetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

26

Uma paciente de 78 anos procurou o ambulatório de uma clínica médica pois vinha apresentando dispneia aos esforços. Estava em uso de olmesartana 40 mg ao dia e hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Negava outros sintomas. Ela levou para consulta os exames laboratoriais realizados no último mês. Os resultados de glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina e hemograma estavam dentro da normalidade. O ecocardiograma recente estava sem alterações significativas. O exame físico constatou ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas. O restante do exame não apresentava alterações. A pressão arterial era de 162 x 80 mmHg e a frequência cardíaca, de 41 batimentos por minuto. A paciente levou um eletrocardiograma realizado 4 semanas antes da consulta, em que foi evidenciado um bloqueio atrioventricular do 2º grau Mobitz II. Esse exame foi repetido no dia do atendimento, quando o bloqueio atrioventricular foi confirmado.

Nesse caso, a conduta mais indicada é:

- (A) associar clonidina visando a um melhor controle da pressão arterial sistólica;
- (B) solicitar Holter de 24 horas para investigar a presença de outras arritmias cardíacas;
- (C) indicar a realização de cintilografia miocárdica com dipiridamol para afastar isquemia miocárdica;
- (D) encaminhar a paciente para uma pronta avaliação por uma equipe especializada diante da indicação de implante de marcapasso definitivo;
- (E) administrar atropina venosa para reversão do bloqueio atrioventricular, visando a seguir monitorando ambulatorialmente a frequência cardíaca e a pressão arterial.

27

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema em torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

Medicina Física e Reabilitação

28

Uma paciente de 68 anos, com histórico de osteoartrite severa no joelho direito, busca tratamento para aliviar a dor e melhorar a mobilidade. Durante a consulta, ela relata dificuldade crescente para caminhar e realizar atividades diárias.

O médico decide aplicar princípios de biomecânica para ajustar o plano de reabilitação da paciente, considerando a redistribuição de carga e a melhora do alinhamento articular.

Para isso, ele deverá:

- (A) prescrever um medicamento anti-inflamatório para controle da dor;
- (B) instruir um programa de exercícios que inclua fortalecer o quadríceps, realizar exercícios de estabilização do core e treinar o equilíbrio;
- (C) realizar uma artroplastia total do joelho para corrigir o desalinhamento articular;
- (D) combinar o uso de órtese de joelho com um programa específico de exercícios para fortalecer a musculatura de suporte e melhorar a marcha;
- (E) aplicar terapia com calor local para relaxar os músculos e aliviar temporariamente a dor.

29

Um paciente de 40 anos com diagnóstico de neuropatia periférica apresenta dor crônica e debilidade muscular nas extremidades inferiores. O médico especialista em reabilitação considera diversas técnicas para otimizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Uma conduta adequada nesse caso consiste em:

- (A) utilizar técnicas de *biofeedback* para ajudar o paciente a entender e controlar a função neuromuscular;
- (B) empregar a terapia por ondas de choque para aliviar a dor e promover a cicatrização nos nervos afetados;
- (C) iniciar um programa de exercícios de fortalecimento e alongamento para aumentar a força muscular e a flexibilidade;
- (D) aplicar injeções de corticosteroides para redução rápida da inflamação e alívio da dor;
- (E) recomendar acupuntura como abordagem alternativa para manejo da dor e melhora da função neurológica.

30

Uma paciente de 30 anos, diagnosticada com artrite reumatoide, relata aumento da dor e rigidez nas articulações, principalmente nas mãos e nos pulsos. O reumatologista pretende adotar uma abordagem terapêutica que alie medicação a técnicas físicas para maximizar o controle da dor e manter a funcionalidade das articulações.

A abordagem indicada nesse caso consiste em:

- (A) iniciar uma terapia combinada de anti-inflamatórios não esteroides e sessões regulares de hidroterapia para alívio da dor e melhoria da mobilidade;
- (B) prescrever corticosteroides de longa duração e iniciar um programa de exercícios de baixa intensidade sem assistência especializada;
- (C) recomendar a administração de imunossupressores e a realização de acupuntura para controle da dor sem foco em mobilidade;
- (D) sugerir o uso contínuo de analgésicos opioides e terapia manual para redução imediata da dor sem abordar a inflamação subjacente;
- (E) implementar a administração de drogas modificadoras da doença (DMARDs) e terapia por ultrassom para promover a cura e reduzir a inflamação nas articulações.

31

Uma paciente de 70 anos com diagnóstico de osteoporose avançada apresenta frequentes dores nas costas e risco aumentado de fraturas. O especialista em geriatria avalia a necessidade de integrar abordagens que melhorem a densidade óssea e reduzam o risco de fraturas futuras.

A conduta adequada nesse caso é:

- (A) prescrever suplementação de cálcio e vitamina D, combinada com exercícios de força;
- (B) iniciar tratamento com bifosfonatos para aumentar a densidade óssea, sem recomendação de atividade física devido ao risco de fraturas;
- (C) recomendar a utilização de coletes ortopédicos para suporte lombar e prevenção de fraturas vertebrais, sem outras intervenções;
- (D) sugerir a implementação de terapia hormonal para fortalecer os ossos, ignorando outros aspectos de estilo de vida que podem afetar a osteoporose;
- (E) focar exclusivamente na mudança de dieta, sem integrar tratamentos medicamentosos ou exercícios físicos.

32

Um paciente de 50 anos, com diagnóstico de lombalgia crônica, busca tratamento para aliviar a dor e melhorar a mobilidade. O fisioterapeuta avalia a situação e sugere um plano de tratamento focado no fortalecimento do *core* e melhoria da postura.

Nesse cenário, a intervenção mais apropriada para integrar ao plano de tratamento desse paciente é:

- (A) aplicar tratamento com calor intenso diretamente na região lombar para alívio rápido da dor;
- (B) prescrever exercícios de alto impacto, como saltos e corridas, para aumentar a resistência muscular;
- (C) recomendar longos períodos de repouso na cama para minimizar a pressão sobre a coluna lombar;
- (D) iniciar um programa de exercícios de Pilates focado no fortalecimento do core, acompanhado de orientações posturais e técnicas de relaxamento;
- (E) encaminhar para cirurgia de fusão espinhal como primeira linha de tratamento para lombalgia crônica.

33

Uma paciente de 45 anos, diagnosticada com fibromialgia, relata dor crônica generalizada e fadiga persistente. O reumatologista busca integrar uma abordagem terapêutica que combine manejo da dor e melhoria do bem-estar geral.

A intervenção que deve ser incorporada no plano de tratamento dessa paciente é:

- (A) prescrição de opioides de longa duração para manejo intensivo da dor;
- (B) início de um programa de terapia cognitivo-comportamental;
- (C) aplicação regular de injeções de corticosteroides para controle rápido da inflamação;
- (D) implementação de um programa de hidroterapia, para melhorar a flexibilidade e reduzir a dor;
- (E) encaminhamento para cirurgia como método definitivo de tratamento da fibromialgia.

34

Um jovem de 22 anos, jogador profissional de basquete, sofreu uma lesão no ligamento cruzado anterior durante um jogo. O ortopedista discute as opções de tratamento para uma recuperação rápida e eficaz, visando ao retorno às quadras com segurança.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) aplicação de terapia por ondas de choque para estimular a cicatrização do ligamento, seguida de fisioterapia leve e progressiva;
- (B) realização de cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior seguida de programa de reabilitação física intensiva;
- (C) uso de uma órtese de joelho com protocolo de exercícios de baixo impacto para fortalecimento gradual;
- (D) aplicação de injeções de plasma rico em plaquetas (PRP) para promover a recuperação natural do ligamento sem intervenção cirúrgica;
- (E) implementação de um programa conservador de gestão da dor e reforço muscular, evitando a necessidade de cirurgia.

35

Uma paciente de 40 anos, diagnosticada com síndrome do túnel do carpo, sofre com dor e formigamento nas mãos, especialmente durante a noite e já utiliza uma tala para imobilização durante o sono. Após falha no alívio com tratamento medicamentoso, o ortopedista considera outras opções terapêuticas para reduzir os sintomas.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento dessa paciente é:

- (A) prescrever uma série de injeções de corticosteroides para redução da inflamação local;
- (B) realizar uma cirurgia para liberar o nervo comprimido no túnel do carpo;
- (C) implementar exercícios de fisioterapia focados em estiramento e fortalecimento dos músculos do antebraço;
- (D) aumentar o uso de medicação anti-inflamatória não esteroide para controle da dor;
- (E) adotar técnicas de modificação de comportamento para evitar atividades que exacerbem os sintomas.

36

Um jovem de 25 anos, jogador de futebol amador, relata dores recorrentes no joelho após jogos e treinos intensos. A ortopedista suspeita de uma lesão no menisco e considera várias abordagens para diagnóstico e tratamento.

A conduta mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) iniciar um programa de reabilitação com foco em fortalecimento muscular e técnicas de prevenção de lesões;
- (B) aplicar terapia com gelo e administração de anti-inflamatórios não esteroides após atividades físicas para controle da dor e inflamação;
- (C) indicar o uso de uma órtese de joelho durante atividades físicas para estabilizar e proteger a articulação;
- (D) solicitar uma ressonância magnética para confirmar a presença de lesão no menisco e avaliar a extensão do dano;
- (E) recomendar uma artroscopia diagnóstica seguida de tratamento cirúrgico, se necessário, para reparar o menisco.

Neurocirurgia

37

O paradigma neurológico, oncológico, mecânico e sistêmico (NOMS) para síndrome de compressão medular neoplásica epidural facilita a seleção de pacientes para o tratamento mais adequado.

Em um paciente apresentando compressão medular de alto grau, com ou sem mielopatia por um tumor radiosensível (por exemplo, mieloma múltiplo), a conduta recomendada é:

- (A) radioterapia convencional;
- (B) radiocirurgia;
- (C) laminectomia descompressiva;
- (D) laminectomia descompressiva e artrodese posterolateral (dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão);
- (E) laminectomia descompressiva, artrodese posterolateral (dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão) e vertebroplastia no nível da lesão vertebral.

38

O principal objetivo da cirurgia de separação, no contexto da síndrome de compressão medular neoplásica epidural, é promover a:

- (A) descompressão posterior do canal vertebral;
- (B) descompressão anterior do canal vertebral através de corpectomia;
- (C) descompressão circunferencial para evitar lesão actínica da medula espinal;
- (D) estabilização da coluna vertebral;
- (E) redução do risco de recidiva local em um ano.

39

Um paciente de 40 anos apresenta dor na região da coluna dorsal inespecífica de início há 1 ano e sintomas de mielopatia progressiva de início recente. A ressonância magnética da coluna dorsal revela alteração de sinal e espessamento medular, compatível com edema em vários segmentos, e vasos serpiginosos perimedulares com áreas de ausência de sinal (do inglês, *flow void*).

O principal diagnóstico é:

- (A) doença desmielinizante;
- (B) acidente vascular medular;
- (C) malformação cavernosa (cavernoma);
- (D) ependimoma;
- (E) fístula arteriovenosa intradural.

40

Com relação ao tratamento da hidrocefalia pediátrica, é correto afirmar que:

- (A) a utilização de ultrassonografia intraoperatória aumenta a sobrevida do sistema de derivação ventriculoperitoneal (DVP);
- (B) a lavagem neuroendoscópica, em pacientes com hidrocefalia pós-hemorragia ventricular, não altera os índices de inserção de DVP;
- (C) a utilização de sistema de DVP impregnado com antibiótico reduz o risco de infecção em comparação ao sistema tradicional de silicone;
- (D) a punção no corno occipital gera os maiores índices de sobrevida do sistema de DVP;
- (E) sistemas de DVP programáveis têm maior sobrevida que sistemas de DVP de pressão fixa.

41

A síndrome do túnel do carpo é uma doença potencialmente cirúrgica. Dentre as opções de tratamento, existem as técnicas aberta (minidescompressão) e endoscópica. A melhor evidência disponível não embasa a necessidade da substituição da técnica tradicional pela endoscópica até o momento. Por outro lado, existem algumas diferenças nos resultados cirúrgicos precoces e nos índices de complicação.

Dentre os fatores a seguir, favorece(m) a indicação da minidescompressão:

- (A) retorno precoce ao trabalho;
- (B) melhores índices de complicação da ferida operatória;
- (C) melhores índices de dor pós-operatória;
- (D) melhores índices funcionais;
- (E) maiores índices diagnósticos de amiloidose.

42

Quanto aos tumores de bainha o de nervo periférico, é correto afirmar que:

- (A) os neurofibromas são os tumores mais frequentes;
- (B) o plexo lombossacro é a principal localização;
- (C) a cirurgia deve ser indicada em casos assintomáticos, em virtude da possibilidade de lesão maligna;
- (D) a indicação da biópsia deve ser criteriosa devido aos altos índices de dor e de déficit neurológico após a biópsia e a cirurgia definitiva;
- (E) a ressonância magnética revela restrição da difusão das lesões nas imagens de tensor de difusão (DTI) das lesões benignas.

43

Com relação às opções terapêuticas para a estenose canal lombar, é correto afirmar que:

- (A) pacientes com sintomas severos não se beneficiam do tratamento conservador;
- (B) a fisioterapia com exercícios estruturados tem melhores resultados que a osteopatia no longo prazo;
- (C) a injeção epidural de anestésicos locais, com ou sem corticoide, reduz a possibilidade de uma cirurgia futura;
- (D) a indicação do tratamento cirúrgico deve considerar a significativa melhora sintomática e da incapacidade funcional nos primeiros 4 anos;
- (E) a adição de instrumentação posterolateral em pacientes com ou sem espondilolistese apresenta melhores resultados na dor lombar e na perna em comparação à descompressão.

44

Numa paciente de 78 anos com fratura progressiva osteoporótica da coluna dorsal (doença de Kummell), evoluindo com achatamento e encunhamento vertebral > 20%, mas sem projeção do muro posterior para o canal vertebral e sem déficit neurológico, a principal opção terapêutica é:

- (A) opioides fracos e repouso;
- (B) imobilização por 6 semanas;
- (C) vertebro-/cifoplastia;
- (D) estabilização posterior + vertebro-/cifoplastia;
- (E) estabilização anterior com corpectomia.

45

Em um paciente de 65 anos acometido por neuralgia do trigêmeo clássica que deseja alívio imediato da dor, o procedimento menos adequado é:

- (A) rizotomia com glicerol;
- (B) termocoagulação do gânglio de Gasser;
- (C) compressão por balão;
- (D) descompressão microvascular;
- (E) radiocirurgia.

Neurologia

46

Uma mulher de 42 anos é atendida na emergência com intensa dor na cabeça iniciada três dias antes. Relata ter dor de cabeça há muitos anos, de forma periódica, com períodos de acalmia, diagnosticada como enxaqueca. Sua mãe também sofrera disso até a velhice. Diferentemente das crises anteriores, desta vez a dor não melhorou com analgésicos, é holocraniana e contínua e irradia para a nuca. Além da dor, está vendo os objetos “duplicados” e hoje acordou sem conseguir abrir o olho direito. O exame confirma a queixa e indica midríase paralítica à direita. Diante desse quadro a hipótese etiológica é:

- (A) ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior;
- (B) enxaqueca com aura;
- (C) enxaqueca hemipléica familiar;
- (D) ruptura de malformação arteriovenosa na ponte;
- (E) síndrome de Tolosa Hunt.

47

Homem de 34 anos procura neurologista por estar apresentando, há 3 meses, dor na cabeça, que a cada dia se agrava. Nos últimos dias não pôde trabalhar por vômitos pela manhã, mal-estar e tonteira. Nega diabetes, hipertensão e trauma craniano. Recordase de parotidite há 6 meses. O exame neurológico é normal exceto pela perda de contorno papilar com áreas de hemorragia retiniana bilateralmente e paresia bilateral da abdução do globo ocular.

A tomografia de crânio excluiu processos expansivos e indicou a causa, sendo o paciente encaminhado para neurocirurgia com o seguinte diagnóstico:

- (A) síndrome de hipertensão intracraniana, paralisia bilateral do IV nervo craniano por estenose do aqueduto de Sylvius;
- (B) síndrome de Hakim Adams, paralisia bilateral do VI nervo craniano por provável hidrocefalia comunicante;
- (C) síndrome de hipertensão intracraniana benigna, e oftalmoplegia inter nuclear por edema cerebral;
- (D) síndrome de hipertensão intracraniana por estenose do aqueduto de Sylvius e paralisia bilateral do VI nervo craniano;
- (E) síndrome de hipertensão intracraniana por estenose do aqueduto de Sylvius e oftalmoplegia supra nuclear bilateral.

48

Paciente feminina, 59 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla há 10 anos, sem tratamento preventivo, procura neurologista com quadro de episódios recorrentes de dor facial unilateral em região mandibular à esquerda em choque e de forte intensidade há 1 mês. A dor dura segundos. A ressonância magnética de crânio evidenciou lesões hiperintensas em T2/FLAIR em substância branca periventricular e justacortical bilateral, sem captação de contraste.

A opção terapêutica de escolha é:

- (A) baclofeno;
- (B) gabapentina;
- (C) carbamazepina;
- (D) rizotomia por balão;
- (E) descompressão cirúrgica do nervo trigêmeo.

49

Mulher de 23 anos apresenta, desde a adolescência, cefaleia hemcraniana de média a forte intensidade, pulsátil, associada a foto e fonofobia, náuseas, que dura em geral de 6 a 8 horas, melhorando após o sono. Em função da frequência das crises de cefaleia, ela vem usando analgésicos comuns 15 dias por mês nos últimos 3 meses. A mãe apresentava, até os 50 anos de idade, quadro semelhante. Os exames laboratoriais e de neuroimagem foram normais.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) iniciar topiramato frente ao diagnóstico de cefaleia tensional frequente;
- (B) iniciar propranolol frente ao diagnóstico de migrânea episódica;
- (C) iniciar amitriptilina frente ao diagnóstico de cefaleia tensional crônica;
- (D) iniciar antagonista CGRP frente ao diagnóstico de migrânea crônica;
- (E) iniciar ciclobenzaprina e anti-inflamatório frente ao diagnóstico de cefaleia tensional episódica infrequente.

50

Homem, 38 anos, sem comorbidades prévias, procura pronto-socorro com queixa de dormência e formigamento nos pés associados a lombalgia iniciados há 3 dias. Foi avaliado e liberado para casa com analgesia. Uma semana depois, ele retorna com incapacidade para deambular e dormência nas mãos há 24 horas. Ao exame, apresenta paraparesia (MRC=2), reflexos aquileus e patelares abolidos, sinal de Lasegue positivo bilateralmente e exame da sensibilidade normal.

Nesse cenário clínico, a confirmação do diagnóstico depende de:

- (A) exame de ressonância magnética de coluna torácica mostrando lesão medular;
- (B) exame do líquor com aumento de proteínas e celularidade normal;
- (C) exame de ressonância magnética da coluna cervical mostrando mielopatia espondilótica;
- (D) exame do líquor com pleocitose e aumento de proteínas;
- (E) exame de ressonância magnética de coluna lombossacra para identificar hérnia de disco extrusa L5-S1.

51

Paciente, 30 anos, sexo feminino, obesa e tabagista, procura avaliação neurológica com queixa de dor em queimação na região palmar da mão direita, que se estende do 1º dedo à metade radial do 4º dedo. A dor é mais intensa à noite. Ao exame, observa-se discreta atrofia da região tenar e incapacidade de realizar a oponência do polegar.

O diagnóstico topográfico é consistente com nervo:

- (A) ulnar;
- (B) mediano;
- (C) radial;
- (D) axilar;
- (E) musculocutâneo.

52

Paciente de 68 anos apresenta quadro agudo de dor no olho direito, acompanhado de ptose e paralisia para adução e movimentos verticais desse olho. Ao exame neurológico, observam-se as alterações citadas, estrabismo divergente do olho direito ao repouso e preservação do reflexo fotomotor direto e consensual. Não há outras alterações neurológicas.

Uma hipótese etiológica para este quadro é:

- (A) hanseníase;
- (B) miastenia grave;
- (C) diabetes mellitus;
- (D) trombose de seio cavernoso;
- (E) ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior.

53

Um paciente de 60 anos queixa-se de parestesias e dor em pés iniciadas há mais de 3 anos, que vêm se agravando lentamente e afetaram as mãos no último ano. O exame neurológico demonstra leve hipoestesia tátil, térmica e dolorosa distalmente abaixo dos cotovelos e joelhos. Apresenta força grau V nos 4 membros com reflexos preservados bilateralmente e propriocepção preservada. Não há comorbidades conhecidas.

Quanto à investigação desse tipo de neuropatia, é correto afirmar que:

- (A) diabetes e síndrome de Sjogren devem ser pesquisados;
- (B) eletroneuromiografia mostra radiculopatia cervical e lombar;
- (C) exame do líquor demonstra aumento de proteínas com celularidade normal;
- (D) pesquisa de infecções crônicas não faz parte da investigação;
- (E) eletroneuromiografia demonstra comprometimento de fibras grossas mielinizadas.

54

Uma mulher de 50 anos procura clínico geral porque vem apresentando dor de cabeça contínua há mais de 1 mês. A dor é holocraniana, de intensidade moderada. Na última semana, apresentou episódios de vômitos e mal-estar. Por mais de uma vez, durante este mês, sentiu por minutos um cheiro desagradável em associação com sensação de “desconhecimento” do ambiente, e hoje, pela manhã, após sentir o cheiro ruim, apresentou, segundo a família, uma convulsão. Na emergência, o exame neurológico era normal, exceto por edema de papila bilateral ao exame do fundo do olho.

A conduta obrigatória neste momento é:

- (A) solicitar angiografia para investigar aneurisma cerebral;
- (B) solicitar TC de crânio para investigar a síndrome de hipertensão intracraniana;
- (C) solicitar exame do líquor para avaliar a pressão intracraniana;
- (D) iniciar amitriptilina para tratamento de enxaqueca com aura;
- (E) iniciar medicação anticonvulsiva para tratamento da epilepsia idiopática.

Ortopedia

55

Uma paciente de 25 anos, jogadora de futebol, apresenta dor e inchaço no joelho direito após uma entorse durante um jogo. Ao exame físico, há instabilidade ligamentar, com resultados positivos nos testes de Lachman e Pivot Shift. A ressonância magnética revela ruptura completa do ligamento cruzado anterior (LCA).

Para o caso em pauta, o tratamento mais adequado é:

- (A) imobilização com tala gessada por 6 semanas PRICE;
- (B) cirurgia de reconstrução do LCA com Allograft;
- (C) cirurgia de reconstrução do LCA com ligamento sintético;
- (D) fisioterapia com exercícios de fortalecimento muscular;
- (E) cirurgia de reconstrução do LCA com auto enxerto de tendões flexores ou patelar.

56

Um paciente de 40 anos sofreu uma queda de uma escada, apresentando dor intensa no tornozelo direito e incapacidade de suportar peso. A radiografia mostra fratura bimaléolar tipo C da Webber.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tala gessada e repouso absoluto;
- (B) redução fechada sob anestesia local e uso de bota ortopédica;
- (C) fixação interna com placa e parafusos;
- (D) aplicação de gesso por 8 semanas;
- (E) fixação interna com fios de kirschner e cerclagem.

57

Uma paciente de 50 anos apresenta dor crônica no joelho esquerdo, especialmente ao subir escadas e após atividades físicas. Refere lesão prévia do LCA não tratada. A radiografia mostra osteoartrite moderada unicompartimental medial com estreitamento do espaço articular Allback III, ângulo mecânico de varismo de 8 graus.

Nesse caso, o tratamento mais indicado é:

- (A) artroplastia total de joelho;
- (B) uso de muletas para aliviar o peso sobre a articulação;
- (C) prática de exercícios de baixo impacto e fisioterapia;
- (D) cirurgia de osteotomia proximal da tíbia;
- (E) artroplastia unicompartimental medial.

58

Um paciente de 45 anos, com histórico de diabetes mellitus, apresenta dor lombar intensa, referindo diminuição significativa da força do tríceps sural e parestesia na região plantar de caráter inespecífico. Ao exame clínico, atesta-se uma diminuição significativa do reflexo Aquileu.

O diagnóstico mais provável, nesse caso, é uma compressão da raiz:

- (A) L3;
- (B) L2;
- (C) L4;
- (D) L5;
- (E) S1.

59

Um paciente de 60 anos, com histórico de alcoolismo, apresenta dor no quadril esquerdo e dificuldade para deambular. A ressonância magnética revela necrose avascular da cabeça femoral grau 3 de Ficat e Arlet.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (B) uso de muletas para evitar carga no membro afetado;
- (C) cirurgia de descompressão central do fêmur;
- (D) artroplastia total do quadril;
- (E) infiltração intra-articular com corticosteroides.

60

Uma paciente de 70 anos, com histórico de osteoporose, apresenta dor intensa no punho direito após uma queda da própria altura. A radiografia revela fratura distal do rádio extra-articular desviada TIPO II C da classificação Universal.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tala gessada por 4 semanas;
- (B) redução fechada e uso de gesso por 6 semanas;
- (C) fixação interna com placas e parafusos;
- (D) redução fechada e pinagem percutânea;
- (E) uso de órteses e acompanhamento clínico.

61

Um paciente de 50 anos apresenta dor súbita no ombro direito e limitação dos movimentos, especialmente na rotação externa e abdução, após uma partida de tênis há 6 meses. A ressonância magnética demonstra ruptura do tendão do músculo supraespinhoso com retração de 1,0 cm e Guttalier II.

O tratamento mais indicado nesse caso é:

- (A) imobilização com tipoia por 6 semanas;
- (B) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (C) uso de analgésicos opioides para controle da dor;
- (D) infiltração com corticosteroides ou ortobiológicos;
- (E) cirurgia de reparo do manguito rotador.

62

Uma paciente de 55 anos, com histórico de artrite reumatoide, apresenta dor e deformidade progressiva nas mãos. A radiografia mostra degeneração articular, subluxação das articulações metacarpofalângicas, ruptura dos tendões extensores e desvio ulnar dos dedos.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (B) uso de órteses e repouso das mãos;
- (C) cirurgia de artroplastia das articulações afetadas com tenoplastia;
- (D) artrodese metacarpofalangeana em 15 graus de flexão;
- (E) transferência dos tendões flexores superficiais para extensores.

63

Um homem adulto, jovem, ativo, apresentando sinais de sinovite aguda em articulação do joelho direito e tornozelo direito, lombalgia recorrente e com história de uretrite e conjuntivite infecciosa e recorrente, foi tratado com cefalosporina de primeira geração, sem melhora clínica. Deu entrada na emergência do hospital com fortes dores, calor e rubor articular leve.

O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- (A) artrite psoriática;
- (B) síndrome de Reiter;
- (C) artrite séptica;
- (D) sinovite inespecífica;
- (E) gota.

Pediatria

64

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

65

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

66

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

67

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

68

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

69

Menina de 6 anos foi atendida na UPA com queixa de febre e cervicalgia à direita, com amplitude reduzida do movimento do pescoço e aumento de volume do local da dor há 24 horas. Está em tratamento para amidalite estreptocócica com amoxicilina em dose e intervalo adequados há 4 dias.

O diagnóstico é:

- (A) abscesso retrofaríngeo;
- (B) meningite bacteriana;
- (C) subluxação atlantoaxial;
- (D) torcicolo muscular traumático;
- (E) adenite cervical reacional.

70

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

71

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

72

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

Reumatologia

73

Rita tem 68 anos e mora no interior do estado. Procura o seu ambulatório com queixa de lombociatalgia irradiada para face lateral da perna esquerda até o hálux ipsilateral.

Com base no raciocínio clínico-anatômico, as manobras semióticas subsequentes são:

- (A) manobra de elevação passiva da perna até o ângulo entre 35° a 70° graus com a paciente em decúbito dorsal. A positividade se caracteriza pela exacerbação da dor na topografia descrita pelo paciente, corroborando o comprometimento de raiz de L4. O reflexo patelar está ausente ou reduzido;
- (B) manobra de elevação passiva da perna até o ângulo de 35° a 70° graus com a paciente em decúbito dorsal. A positividade se caracteriza pela exacerbação da dor na topografia descrita pelo paciente, corroborando o comprometimento de raiz de L5. Não se observam alterações de reflexos tendíneos;
- (C) manobra de flexão, abdução e rotação externa da perna comprometida com a paciente em decúbito dorsal. A positividade se caracteriza pela exacerbação da dor na região lombar, corroborando o comprometimento de raiz de L5. Não se observam alterações de reflexos tendíneos;
- (D) manobra de flexão anterior do tronco com a paciente em ortostática para exacerbar o comprometimento da raiz nervosa comprometida, que é a raiz de L4. Não se observam alterações de reflexos tendíneos;
- (E) manobra de flexão anterior do tronco com a paciente em ortostática para exacerbar o comprometimento da raiz nervosa comprometida, que é a raiz de L5. O reflexo patelar está reduzido ou ausente.

74

Um residente apresenta ao seu preceptor do ambulatório o caso de Jeferson, um homem de 24 anos com dor lombar crônica de início há 3 meses que melhora com a atividade física e piora em repouso, além de rigidez matinal que dura mais de 30 minutos e dor alternante nas nádegas. Prontamente, o residente descreve o exame físico, enfatizando a limitação na flexão da coluna lombar e sensibilidade nas articulações sacroilíacas. Por fim, refere que os testes laboratoriais mostram aumento da proteína C-reativa (PCR) e da velocidade de hemossedimentação (VHS). O HLA-B27 é detectado.

Quando indagado pelo preceptor sobre o papel do HLA B27 no mecanismo etiopatogênico da doença, o residente deve responder que esse antígeno:

- (A) gera deposição de cristais de urato monossódico nas articulações e tecido sinovial;
- (B) promove aumento da produção de ácido úrico e subsequente formação de tofos periarticulares;
- (C) promove deficiência de colágeno tipo II nas cartilagens articulares, levando à degeneração precoce;
- (D) promove ativação de células T e produção de autoanticorpos específicos contra antígenos sinoviais;
- (E) interage com células T, com resposta imunológica do tipo Th17, produção de citocinas inflamatórias, como a IL-17, e subsequente inflamação crônica.

75

Rufino é um homem de 66 anos com histórico de fibrilação atrial, hipertensão arterial e sarcoidose pulmonar. Faz uso de Marevan (warfarina), diurético e, há 6 meses, passou a usar prednisona para tratar da sarcoidose. Refere fazer pilates 3 vezes por semana. Relata também que, recentemente, precisou tomar anti-inflamatórios por 5 dias para tratar patologia dentária. Ele apresenta dor intensa no quadril esquerdo, que piora com o movimento e não alivia com repouso. O exame físico revela dor à palpação do quadril e limitação na amplitude de movimento. O teste de Patrick (FABER) é positivo, indicando dor na face anterior do quadril. A radiografia mostra alterações sugestivas de osteonecrose da cabeça do fêmur.

A história clínica do Rufino ressalta dois fatores de risco para osteonecrose, a saber:

- (A) uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e uso de Marevan;
- (B) terapia com Marevan (warfarina) e corticosteroides;
- (C) terapia com diuréticos e uso de corticoides;
- (D) excesso de atividade física e uso de Marevan;
- (E) hipertensão arterial e uso de Marevan.

76

Alex tem 45 anos e se queixa de dor lombar mais intensa pela manhã ou após um repouso prolongado, associada a rigidez matinal de cerca de 90 minutos de duração. Refere que a dor melhora ao longo do dia com atividade física.

O diagnóstico sintomático, a hipótese diagnóstica e o método de imagem apropriados para o caso, nessa sequência, são:

- (A) síndrome de dor miofascial – hérnia de disco – tomografia computadorizada (TC);
- (B) síndrome de lombalgia mecânica – osteoartrite – radiografia;
- (C) síndrome de lombalgia inflamatória – espondilite anquilosante – ressonância magnética (RM);
- (D) síndrome de compressão radicular – estenose espinhal – cintilografia óssea;
- (E) síndrome de dor inespecífica – mialgia lombar – ultrassonografia.

77

Manoel tem 73 anos e fez uma grande festa para comemorar suas bodas de ouro com dona Helena, com muita fartura de vinhos e frutos do mar. Após cinco dias, procurou os seus cuidados com quadro súbito de monoartrite no joelho direito, com início 24 horas antes. A dor piora com o movimento e durante a noite, associada a febre de 38,5 °C. Ele está em bom estado geral; tem histórico de hipertensão e hiperuricemia.

A principal hipótese diagnóstica e o achado do líquido articular que a confirmam são, respectivamente:

- (A) monoartrite por tuberculose; líquido claro a ligeiramente turvo, leucócitos 1.000 - 10.000/μL, neutrófilos 20% - 50%, cultura pode ser negativa inicialmente, mas positiva para *Mycobacterium tuberculosis* em exames específicos, cristais ausentes;
- (B) crise aguda de gota; líquido turvo, leucócitos 10.000 - 70.000/μL, neutrófilos > 70%, cultura negativa, cristais de monurato de sódio;
- (C) crise aguda de pseudogota; líquido turvo, leucócitos 5.000 - 50.000/μL, neutrófilos > 50%, cultura negativa, cristais de monurato de sódio;
- (D) artrite gonocócica; líquido turvo, leucócitos 10.000 - 50.000/μL, neutrófilos > 75%, cultura pode ser negativa em até 70% dos casos, cristais ausentes;
- (E) artrite séptica; líquido turvo, purulento, leucócitos > 50.000/μL, neutrófilos > 75%, cultura positiva para bactérias.

78

Mercedes, 56 anos, economista, branca, casada, com 2 filhos, é encaminhada ao reumatologista pelo pneumologista que investiga queixa de tosse seca e dispneia aos médios e grandes esforços. Ao exame físico, nota-se artrite de tornozelos e eritema nodoso na face anterior e medial da tíbia bilateralmente. A tomografia de tórax evidencia linfadenopatia hilar simétrica, nódulos centrolobulares e peribroncovasculares, áreas de opacidades em vidro fosco, reticulações e bronquiectasias de tração.

A hipótese diagnóstica justificada mais plausível para o caso é:

- (A) esclerose sistêmica, pois as áreas de opacidades em vidro fosco, reticulações e bronquiectasias de tração são típicas da doença;
- (B) síndrome de Sjögren, cuja manifestação de tosse seca e dispneia pode preceder o quadro de síndrome sicca e é um achado frequente nessa condição;
- (C) artrite reumatoide, justificada pela presença de artrite de tornozelos em associação aos nódulos centrolobulares que caracterizam os nódulos reumatoides;
- (D) miopatia inflamatória, pelo quadro de fibrose pulmonar em associação com artrite de tornozelos e eritema nodoso, achados típicos nessa patologia;
- (E) sarcoidose, que cursa com artrite de tornozelos e eritema nodoso, bem como com adenopatia hilar, nódulos centrolobulares e bronquiectasias de tração.

79

A dor na fibromialgia é o resultado de uma complexa interação entre fatores neuroquímicos, genéticos, psicológicos e do sistema nervoso, que culminam em uma sensibilização central e uma percepção amplificada da dor.

Em relação aos mecanismos da dor, é correto afirmar que:

- (A) a sensibilização central ocorre quando os neurônios no SNC (cérebro e medula espinhal) se tornam hiperexcitáveis e potencializam a transmissão dos sinais de dor. Por outro lado, a atividade inibitória normal de estímulos nociceptivos está comprometida pelos baixos níveis de GABA, um neurotransmissor inibitório;
- (B) estresse crônico e fatores psicológicos são os principais componentes da fibromialgia. Por essa razão, o seu tratamento medicamentoso é pouco eficaz e transitório. A única estratégia baseada em evidência no tratamento da fibromialgia é psicoterapia aliada a exercícios físicos de baixo impacto;
- (C) os baixos níveis de GABA observados na fibromialgia são responsáveis pela potencialização do estímulo da dor, mantendo o paciente em constante estado de alerta. Esse mecanismo é bem controlado com opioides, medicamento de primeira linha dessa condição;
- (D) pessoas com fibromialgia apresentam níveis alterados de neurotransmissores, como a supressão dos níveis de substância P, que é uma substância crítica na regulação da dor, humor e sono;
- (E) na fibromialgia, o componente genético é pouco esclarecido. A coincidência familiar é decorrente do ambiente psicossocial a que o indivíduo está exposto e não a fatores genéticos.

80

Enzo, 15 anos, negro, com diagnóstico de anemia falciforme e histórico de vários episódios prévios de crise vaso-oclusiva, apresenta-se ao pronto-socorro com dor intensa na perna esquerda, febre (38,9 °C) e mal-estar geral, iniciados há cerca de três dias. Ele relata que a dor piorou progressivamente e não responde aos analgésicos usuais. Não há histórico de trauma recente. Atualmente, faz uso de hidroxiureia 20 mg/kg/dia, ácido fólico 1 mg/dia e penicilina profilática (250 mg duas vezes ao dia). Ao exame físico, observa-se Tax de 38,9 °C e pressão arterial de 120 x 70 mmHg. Nota-se edema, calor e dor na topografia da tíbia esquerda, que se exacerba à mobilização. Exames laboratoriais iniciais mostram: anemia (Hb: 8g/dL); leucocitose (18.000/mm³) com desvio à esquerda; proteína C-reativa (PCR): 150 mg/L (elevada); VHS: 90 mm/h (elevada). O médico solicitou uma ressonância magnética, que evidenciou presença de edema da medula óssea, alterações corticais, coleções líquidas e realce com contraste.

A hipótese diagnóstica principal é:

- (A) osteomielite, justificada pela história de anemia falciforme, com múltiplas crises e pela dor óssea localizada, febre alta, edema e calor local sobre o osso;
- (B) osteossarcoma, sustentada pela presença de dor óssea intensa, em extremidades (pernas e braços), febre alta e abertura abrupta;
- (C) artrite séptica: pela combinação de febre alta, mal-estar geral e dor óssea grave;
- (D) artropatia de Charcot; pela febre alta e a leucocitose indicam uma infecção aguda e histórico de anemia falciforme, que é fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia;
- (E) distrofia simpático-reflexa, pela presença de dor intensa e prolongada, vermelhidão, febre alta e marcadores inflamatórios elevados.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

