

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER (ATEcVADoT01)

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!



## Angiologia

1

Paciente de 66 anos de idade, sexo masculino, sedentário, obeso, portador de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo II, apresenta queixa de dor incapacitante em musculatura de panturrilhas após deambulação de cerca de 200 metros no plano.

A conduta mais eficaz para aumento da distância de marcha no paciente portador de claudicação intermitente é:

- (A) prescrever hemorreológicos;
- (B) diminuir a dose das estatinas;
- (C) iniciar vasodilatadores periféricos;
- (D) associar dois antiagregantes plaquetários;
- (E) estimular atividade física regular supervisionada.

2

Uma paciente de 35 anos de idade, em uso de contraceptivo oral combinado iniciado há dois meses, chega ao pronto atendimento com queixa de dor e edema de membro inferior esquerdo, associados a febre e calafrios. O médico plantonista, por suspeita de trombose venosa profunda (TVP), aplica o escore de Wells, que dá de baixa probabilidade diagnóstica.

O exame complementar que deve ser solicitado para descartar definitivamente o diagnóstico de TVP é o(a):

- (A) dímero-D;
- (B) venografia;
- (C) fibrinogênio marcado;
- (D) Doppler de ondas contínuas;
- (E) eco Doppler venoso profundo.

3

Um paciente de 82 anos de idade refere queixa de dor em região temporal esquerda ao pentear o cabelo e claudicação de mandíbula durante as refeições. Ao exame físico, apresenta dilatação de artéria em região temporal esquerda.

O exame que deve ser solicitado para elucidação diagnóstica, antes do início do tratamento, é o(a):

- (A) biópsia direta de artéria temporal;
- (B) angioressonância magnética de crânio;
- (C) ecodoppler de artérias temporais e axilares;
- (D) angiogramografia computadorizada de crânio;
- (E) provas de atividade inflamatória (VHS e PCRt).

4

Uma paciente 36 anos de idade comparece ao consultório para revisão de cirurgia convencional de varizes (safenectomia bilateral) realizada há sete dias. Sua única queixa é de sensação de formigamento e perda da sensibilidade tátil na face medial do pé esquerdo.

Esses sintomas provavelmente foram causados durante a cirurgia por lesão do nervo:

- (A) sural;
- (B) tibial;
- (C) safeno;
- (D) femoral;
- (E) fibular superficial.

5

Um paciente de 27 anos de idade, submetido a ablação de veia safena magna por endolaser há três dias, apresenta, no ecodoppler de controle, imagem compatível com trombose induzida por calor endovenoso (EHIT) do tipo II da classificação de Kambick.

A melhor conduta nesses casos é:

- (A) antiagregação plaquetária com AAS;
- (B) restrição ao leito e compressão elástica;
- (C) observação clínica e repetição do eco Doppler;
- (D) anticoagulação profilática com rivaroxabana;
- (E) anticoagulação plena inicial com enoxaparina.

6

A terapia física complexa para o tratamento de linfedema de membros inferiores é composta por quatro pilares fundamentais, que são:

- (A) drenagem linfática manual, terapia compressiva, cuidados com a pele e exercícios miolinfocinéticos;
- (B) drenagem linfática manual, terapia compressiva, medicações linfocinéticas e profilaxia antibiótica;
- (C) terapia compressiva elástica e inelástica, drenagem linfática manual, repouso e medicações linfocinéticas;
- (D) exercícios miolinfocinéticos, compressão pneumática intermitente, repouso no leito e flebotônicos;
- (E) profilaxia de erisipela, compressão pneumática intermitente, exercícios aeróbicos e drenagem linfática manual.

7

Um paciente de 45 anos de idade, em pré-operatório de varizes de membros inferiores, apresentou, na telerradiografia de tórax (PA e perfil), imagem compatível com dilatação do arco aórtico, escoliose e *pectus excavatum*.

Nesse paciente é importante observar outros estigmas clínicos que possam sugerir a síndrome de:

- (A) Buerger;
- (B) Marfan;
- (C) Wegener;
- (D) Ehlers-Danlos;
- (E) Sturge-Weber.

8

Um paciente de 28 anos de idade encontra-se em investigação para aneurisma de aorta abdominal assintomático, descoberto durante exame médico de rotina. Na anamnese o paciente refere úlceras orais dolorosas de repetição e um episódio de úlcera genital.

Diante desses fatos, deve-se investigar o diagnóstico de:

- (A) sífilis terciária;
- (B) doença de Bueger;
- (C) arterite de Takayasu;
- (D) síndrome de Behçet;
- (E) aortite mediada por IgG4.

**9**

Um paciente de 75 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo II e dislipidemia, apresenta queixa de claudicação intermitente incapacitante de panturrilha direita. Durante a investigação, foi solicitado ecodoppler colorido arterial de membros inferiores, que demonstrou oclusão femoropoplíteia direita, sem acometimento distal importante. Diante desses fatos, o médico assistente decidiu solicitar uma angiogramografia com contraste para programação de revascularização.

Para realização desse exame nesse perfil de paciente, devido ao risco de acidose láctica, é preciso ficar atento ao uso de:

- (A) cilostazol;
- (B) losartana;
- (C) metformina;
- (D) sinvastatina;
- (E) ácido acetilsalicílico.

**10**

Uma paciente de 29 anos de idade se apresenta no consultório com queixa de edema doloroso de tornozelos que se iniciou na menarca e foi piorando com o passar dos anos. Refere também que, atualmente, os seus membros inferiores estão muito parecidos com os da sua mãe e avó materna. Ao exame físico apresenta edema de pernas, coxas, quadril e região glútea, doloroso à compressão e sem sinal de cacifo.

Os dados acima sugerem o diagnóstico de:

- (A) mixedema;
- (B) linfedema;
- (C) lipedema;
- (D) angioedema;
- (E) flebolinfedema.

**11**

Um paciente de 56 anos de idade, tabagista, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo I, apresenta quadro típico de claudicação intermitente de panturrilha e coxa esquerda ao deambular cerca de 100 metros no plano. Atualmente encontra-se bem controlado em relação aos seus fatores de risco; porém, o médico assistente deseja otimizar o tratamento anticoagulante para profilaxia de eventos cardiovasculares e de membros inferiores maiores.

Como o paciente já está em uso de ácido acetil salicílico (100 mg/dia), o melhor anticoagulante a ser associado é:

- (A) apixabana;
- (B) edoxabana;
- (C) dabigatrana;
- (D) rivaroxabana;
- (E) ximelagatrana.

**12**

Um paciente de 74 anos de idade, tabagista, portador de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal moderada, apresentou quadro compatível com acidente vascular cerebral isquêmico transitório, que não deixou sequelas, há cerca de 30 dias. Durante a investigação etiológica, observou-se estenose de carótida interna esquerda de 75% no exame de ecodoppler.

Diante desse quadro, a melhor conduta terapêutica é:

- (A) fazer um tratamento clínico conservador com dupla antiagregação plaquetária;
- (B) administrar rivaroxabana (10 mg/dia), associado ao ácido acetil salicílico (100 mg/dia);
- (C) solicitar angiogramografia computadorizada com contraste, para decidir a conduta cirúrgica;
- (D) Internar o paciente de urgência para anticoagulação parenteral e compensação da insuficiência renal;
- (E) avaliar a possibilidade de trombólise direcionada com cateter local, caso o paciente não tenha alto risco de sangramento.

**13**

Um paciente de 58 anos de idade, em pré-operatório de cirurgia de varizes de membros inferiores, teve descoberto um aneurisma de artéria poplíteia de membro inferior direito, assintomático, com 20 mm em seu maior diâmetro.

A melhor conduta nesses casos é iniciar:

- (A) antiagregação plaquetária clopidogrel (75 mg/dia);
- (B) dupla antiagregação com clopidogrel (75 mg/dia) e AAS (100 mg/dia);
- (C) anticoagulação plena com rivaroxabana, apixabana ou edoxabana;
- (D) rivaroxabana (5 mg de 12 em 12h) associada ao AAS (100 mg/dia);
- (E) preparação para a cirurgia para a profilaxia de eventos tromboembólicos.

**14**

Uma paciente de 28 anos de idade, em planejamento para engravidar, apresenta o achado incidental de aneurisma de artéria esplênica.

Nesse caso a melhor conduta é:

- (A) iniciar tratamento medicamentoso com ácido acetilsalicílico;
- (B) intervenção cirúrgica após a primeira gestação;
- (C) correção por via endovascular após todas as gestações planejadas;
- (D) cirurgia aberta ou endovascular imediata pelo risco de rotura durante a gestação;
- (E) cirurgia endovascular eletiva caso o seu diâmetro máximo ultrapasse 30 mm no acompanhamento.

**15**

Um paciente de 38 anos de idade apresenta, durante a primeira semana do puerpério de sua segunda gestação, trombose venosa profunda de veia muscular de perna direita.

Como está ainda em fase de amamentação, a melhor conduta terapêutica é iniciar enoxaparina em dose plena e, posteriormente:

- (A) apixabana;
- (B) edoxabana;
- (C) dabigatrana;
- (D) rivaroxabana;
- (E) varfarina sódica.

**16**

Um paciente de 57 anos de idade apresenta síndrome isquêmica crônica de membros inferiores incapacitante. Durante o preparativo, foi solicitada uma angiotomografia de aorta e artérias de membros inferiores, na qual se observou uma oclusão segmentar de artéria poplíteia, sem calcificação e circulação colateral divergente, com aspecto de saca-rolha.

Esses achados sugerem o diagnóstico de:

- (A) aterosclerose;
- (B) doença de Behçet;
- (C) arterite de Takayasu;
- (D) tromboangeíte obliterante;
- (E) síndrome do anticorpo antifosfolípido.

**17**

Uma paciente de 28 anos de idade, sem comorbidades, praticando atividade física regular (5 vezes por semana), IMC: 19 kg/m<sup>2</sup>, sem nenhum medicamento de uso regular até então, apresenta início de hipertensão arterial sistêmica (180 x 100 mmHg) e de difícil controle (em uso de quatro medicamentos). Ao exame físico, observou-se a presença de sopro abdominal e em carótidas.

Esses achados clínicos sugerem o diagnóstico de:

- (A) arterite de Takayasu;
- (B) doença aterosclerótica;
- (C) displasia fibromuscular;
- (D) mediólise arterial sistêmica;
- (E) síndrome do ligamento arqueado.

**18**

Uma paciente de 28 anos de idade apresentou cianose de quirodactilos após exposição ao frio em uma viagem. Refere que, desde então, a cianose se mostrou mais ou menos intensa, porém nunca sumiu completamente. Relata, também, um certo grau de desconforto quando ela está mais intensa, o que ocorre em situações de estresse ou exposição a temperaturas mais baixas.

Diante desse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) acrocianose;
- (B) eritromelalgia;
- (C) livedo reticular;
- (D) eritema pérmio;
- (E) fenômeno de Raynaud.

**19**

Uma paciente de 27 anos de idade, com história de febre diária há três meses e queda do estado geral, ao exame físico apresentava dor à palpação do pescoço em topografia de carótida esquerda. Foi solicitado ecodoppler colorido de carótidas e vertebrais, que evidenciou espessamento mural concêntrico da carótida comum esquerda, sem placas ou calcificação.

Esses achados são compatíveis com:

- (A) aterosclerose;
- (B) doença de Horton;
- (C) arterite temporal;
- (D) arterite de Takayasu;
- (E) polimialgia reumática.

**20**

A síndrome de quebra-nozes, uma das causas da síndrome de congestão pélvica, é caracterizada pela compressão da veia:

- (A) renal direita entre a aorta e a veia cava;
- (B) ovariana direita pela veia cava e íliaca direita;
- (C) ovariana esquerda pela artéria renal esquerda;
- (D) renal esquerda pela aorta e artéria mesentérica superior;
- (E) íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita contra a 5ª vértebra lombar.

**21**

Para tratamento medicamentoso inicial de hemangiomas na infância, a medicação de escolha é:

- (A) sirolimus;
- (B) tracolimus;
- (C) prednisona;
- (D) propranolol;
- (E) metotrexato.

**22**

Uma paciente de 60 anos, procurou pronto atendimento com queixa de dor abdominal súbita há 24 horas. Para elucidação diagnóstica, foi solicitada tomografia de abdômen com contraste, que evidenciou trombo de veias esplâncnicas. Além disso, o hemograma solicitado mostrava eritrocitose e trombocitose. Foi solicitado parecer do hematologista, que sugeriu o diagnóstico de policitemia vera.

Para confirmar o diagnóstico etiológico da trombose esplâncnica, deve-se solicitar a pesquisa da mutação:

- (A) PAI-1;
- (B) JAK-2;
- (C) MTHFR;
- (D) fator V Leiden;
- (E) 20210 da protrombina;

**23**

Um paciente de 58 anos de idade, etilista crônico, apresenta história de erisipela de repetição em membros inferiores.

Nesses casos, a profilaxia antibiótica com penicilina benzatina é recomendada, devendo ser repetida durante pelo menos seis meses com intervalo de:

- (A) 2 semanas;
- (B) 3 semanas;
- (C) 4 semanas;
- (D) 6 semanas;
- (E) 8 semanas.

**24**

Um paciente de 77 anos de idade, coronariopata, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo II e dislipidemia, será submetido a endarterectomia de carótida interna esquerda.

Das medicações que utiliza, a que deve ser suspensa antes da cirurgia é:

- (A) nifedipina;
- (B) bisoprolol;
- (C) metformina;
- (D) atorvastatina;
- (E) hidroclorotiazida.

25

A dabigatrana, um inibidor oral direto da trombina utilizado para tratamento do tromboembolismo venoso, é a única droga de sua classe que possui um agente reversor específico que pode ser usado em casos de emergência, como hemorragia, por exemplo.

O nome desse inibidor é:

- (A) protamina;
- (B) vitamina K;
- (C) idarucizumabe;
- (D) andexanet alfa;
- (E) ácido tranexâmico.

26

Um paciente de 69 anos de idade é admitido no pronto atendimento com quadro de oclusão arterial aguda de membro inferior esquerdo.

Após avaliação inicial pela equipe de plantão, a primeira medicação a ser iniciada é:

- (A) rivaroxabana;
- (B) estreptoquinase;
- (C) ácido acetil salicílico;
- (D) heparina não fracionada;
- (E) heparina de baixo peso molecular.

27

O exame de escolha para avaliação inicial complementar de um sopro carotídeo observado ao exame físico de um paciente com história de acidente vascular cerebral isquêmico é:

- (A) pet scan;
- (B) ecodoppler;
- (C) angiotomografia;
- (D) angioressonância;
- (E) angiografia com subtração digital.

## Cirurgia Vascular

28

Em relação aos paragangliomas de corpo carotídeo, é correto afirmar que:

- (A) são doenças benignas que não produzem metástases e cuja morbidade se limita ao comportamento compressivo e invasivo local, dadas as estruturas nobres da região cervical;
- (B) é indicada sua ressecção cirúrgica dado o potencial de crescimento, apesar da benignidade. Esse fato é reforçado pela segurança na ressecção, pois, sendo um tumor capsulado, oferece bom plano de clivagem com a adventícia;
- (C) a embolização pré-operatória deve sempre ser considerada, uma vez que diminui o sangramento e o volume da massa a ser ressecada, tomados os cuidados de não refluir agentes embólicos para território indesejado;
- (D) a manipulação cirúrgica em sua dissecação deve ser especialmente delicada para evitar a liberação de generosas quantidades armazenadas de catecolaminas na corrente sanguínea, o que causaria hipertensão de difícil controle;
- (E) o bulbo carotídeo deve ser ressecado junto com o tumor e as carótidas anastomosadas.

29

Após uma endarterectomia carotídea esquerda, uma paciente de 63 anos, com diabetes, dislipidemia e hipertensão, de que sofria com repetidos ataques isquêmicos transitórios, despertou lúcida, orientada, sem sinais neurológicos e mobilizando os quatro membros. Durante o pós-operatório imediato na noite do CTI, queixou-se de certa rouquidão, atribuída naturalmente à intubação orotraqueal da cirurgia. Na primeira revisão no consultório, a sua voz não havia voltado ao normal, e ela relatou alguns momentos de dispneia.

Observando sua queixa, é coerente afirmar que pode ter havido lesão no nervo:

- (A) hipoglosso;
- (B) glossofaríngeo;
- (C) alça do hipoglosso;
- (D) vago;
- (E) laríngeo recorrente.

30

Um homem de aproximadamente 20 anos dá entrada no pronto-socorro com lesão por projétil de arma de fogo em região coxofemoral esquerda, além de agressões pelo corpo. O exame na sala de trauma mostra um paciente muito agitado, com orifício único de entrada não maior que 1,0 cm de diâmetro, quatro centímetros abaixo da prega inguinal no terço externo da face anterior da raiz da coxa. Tem trajeto levemente ascendente.

Não é visualizado orifício de saída. Há sangramento ativo no local de um sangue claro e rutilante. O curativo que veio do atendimento pré-hospitalar (empapado de sangue e coágulos) não consegue conter o extravasamento. Uma radiografia mostra um projétil alojado no colo do fêmur, que está fraturado e com múltiplos pequenos fragmentos, e duas costelas fraturadas à direita. O pulso femoral está diminuído, e há enorme hematoma local que se estende por toda a coxa, porém com pulsos poplíteos e distais palpáveis, isócronos e isóbaros, aos contralaterais, embora finos bilateralmente.

Em uma primeira avaliação na sala de trauma, há que se supor que se trata de:

- (A) grande lesão venosa, dado o volume do sangramento com pulsos mantidos isóbaros e isócronos;
- (B) lesão da artéria femoral, dado o grande volume de sangramento contido na musculatura e exteriorizado;
- (C) lesão apenas muscular pelo PAF, mas provavelmente sem lesão vascular de tronco ou ramos arteriais;
- (D) lesão de ramos circunflexos e transversos calibrosos e de grande fluxo, ainda que não haja lesão do feixe femoral;
- (E) sangramento compatível com lesão muscular e óssea apenas, visto que o local e característica cominutiva de fratura do fêmur tendem a sangrar muito.

**31**

Um homem de 62 anos, hipertenso em uso de losartana e hidroclorotiazida, chega a seu polo de espuma densa referenciado pela unidade básica, com dor, edema, varizes e dermatite ocre em membros inferiores, já classificado como CEAP IV, com exame de doppler venoso mostrando safenas magnas e parvas dilatadas e insuficientes. É indicado para tratamento por espuma densa ecoguiada como rege o fluxo da instituição local. Apesar da conduta já determinada, o residente plantonista hipocraticamente colhe a história do paciente e o examina, descobrindo que, além de hipertenso, ele é diabético e tabagista e que suas dores são típicas de claudicação intermitente com uma distância de marcha não maior que 100 metros. Seus pulsos poplíteos e tibiais são diminuídos e os pediosos, ausentes.

Diante do quadro clínico em questão, é esperado que o residente:

- (A) suspenda o protocolo e devolva o paciente à unidade básica de saúde;
- (B) siga o tratamento com espuma densa eco guiada, conforme o protocolo, pois o paciente realmente tem indicação de fazê-lo, e deixe que a unidade básica siga com a investigação arterial;
- (C) inicie o tratamento com espuma, pois esse foi o protocolo designado pelo fluxo local, e oriente o paciente a procurar tratamento arterial;
- (D) suspenda o tratamento venoso, oriente o paciente sobre os motivos, inicie tratamento clínico para doença arterial e devolva-o à unidade básica para seguimento adequado;
- (E) siga o tratamento com espuma conforme o protocolo e inicie medicação para doença arterial em paralelo.

**32**

Um paciente, de 75 anos, ex-tabagista, diabético tipo II, dislipidêmico, hipertenso em controle adequado das comorbidades, foi operado de apendicite quando jovem e fez colecistectomia videolaparoscópica há quinze anos, endarterectomia carotídea direita há oito anos e angioplastia femoral direita e catarata bilateral há seis anos. Além disso, submeteu-se a revascularização miocárdica há quatro anos com uma ponte de safena para coronária direita e uma com mamária para coronária esquerda. Há seis meses, queixa-se de claudicação intermitente pior no membro inferior esquerdo, de início para 300 metros, agora 150 metros. Faz atividades físicas leves regulares desde que revascularizou o miocárdio, época em que também interrompeu o tabagismo. Traz claras as queixas de claudicação dos membros inferiores (mais à esquerda) e do membro superior esquerdo quando faz suas atividades com seu treinador pessoal, além de um desconforto ou dor precordiais também quando levanta os pesos de seu exercício com bíceps esquerdo ou sobe escadas na sua casa. Nega dispneia a esforços, edema ou nictúria.

Em vista do quadro desse paciente, é necessário investigar:

- (A) doença cística de artérias poplíteas;
- (B) estenose de artérias subclávias;
- (C) comunicações interatriais ou interventriculares;
- (D) qualidade atual das pontes coronarianas;
- (E) otimização do tratamento clínico.

**33**

O Serviço de Atendimento de Urgência traz um paciente de 47 anos com lesão por arma branca. Agredido pela esposa com faca de cozinha no oco clavicular direito, o paciente está vigil, torporoso, pálido e sem pulsos em membros superiores ou inferiores. O socorrista relata ter presenciado quantidade impressionante (sic) de sangue no local. O exame do membro superior direito não mostra isquemia crítica, mas há temperatura um pouco diminuída e leve palidez em relação ao contralateral. Tomografia de tórax não identifica lesão nos vasos subclávios e mostra pequeno extravasamento de contraste na musculatura e tecido celular subcutâneo.

A conduta mais adequada diante dessa situação é:

- (A) exploração imediata da ferida;
- (B) arteriografia para diagnóstico adequado e planejamento da conduta;
- (C) realização de uma angiotomografia;
- (D) observação contínua, dada à estabilidade clínica, com vigilância em unidade fechada;
- (E) conduta expectante, a realização de hemotransfusão e recuperação clínica com novos exames.

**34**

A endarterectomia, técnica aliada do cirurgião vascular, salva artérias em várias ocasiões.

O local da parede arterial em que se inicia a deposição de lipídeos, dando início ao processo da formação da placa, é:

- (A) entre a limitante elástica externa e as fibras musculares;
- (B) entre a camada endotelial e a limitante elástica interna;
- (C) no conjuntivo mais frouxo entre as lâminas elásticas da camada média;
- (D) entre a limitante elástica interna e o conjuntivo frouxo da adventícia;
- (E) entre a túnica íntima e a túnica média.

**35**

Ao realizar ultrassonografia abdominal, mulher de 67 anos encontra uma dilatação aórtica medindo 6,44 x 5,94 cm, em seus maiores diâmetros, com 10 cm de extensão. Nitidamente palpável ao exame, De Bakey negativo, e indolor. A paciente encontra-se completamente assintomática. Ela é hipertensa em uso de ramipril, ezetimibe atenolol e AAS, tendo interrompido o tabagismo 15 anos antes. É revascularizada do miocárdio com safenas para DP e marginal e uma mamária para DA.

Para essa paciente, é correta a conduta:

- (A) expectante, pois foi um achado radiológico;
- (B) cirúrgica convencional (laparotomia), dada sua idade;
- (C) cirúrgica endovascular, dada a ausência de sintomas;
- (D) cirúrgica, podendo-se avaliar a técnica mais adequada no momento;
- (E) expectante, dadas a revascularização miocárdica e a ausência de sintomas.

**36**

Um paciente, hoje com 73 anos, foi operado há onze anos por AAA infrarrenal com instalação de endoprótese bifurcada mais embolização de artéria ilíaca interna direita, que também se encontrava muito dilatada. Sem complicações importantes, houve uma certa demora para a cicatrização da ferida inguinal direita, por onde foi introduzido o corpo principal da endoprótese (embora não houvesse infecção) e claudicação glútea decorrente da oclusão da hipogástrica, mas que cedeu após vários meses de caminhada programada e fisioterapia.

O paciente foi acompanhado regularmente ao longo desse período, e até o momento estava assintomático. Seus exames agora mostram aneurismas das artérias ilíacas esquerdas (comum = 1,3 cm; externa = 1,5 cm; interna = 1,9 cm). Confirmam a adequação do tratamento antigo (sem migração, fratura, *endoleaks* etc.), porém há progressão da doença.

Nesse quadro, deve-se optar por:

- (A) uma conduta expectante, dada a idade já mais avançada e os novos riscos envolvidos, especialmente de isquemia pélvica;
- (B) um tratamento clínico com betabloqueador e anti-hipertensivo, além de uma vigilância intensificada;
- (C) um tratamento endovascular com endopróteses excluindo os sacos aneurismáticos e embolização da artéria ilíaca interna;
- (D) uma cirurgia aberta com endoaneurismorráfias e reimplante da ilíaca interna, uma vez que a contralateral já fora embolizada;
- (E) uma cirurgia aberta com ligadura dos trechos aneurismáticos, ponte ílio-ilíaca e reimplante da ilíaca interna.

**37**

O Serviço de Pneumologia encaminha um homem na quarta década de vida com sequelas de tuberculose pulmonar e, entre elas, episódios prévios de hemoptise. Este é exatamente o motivo de o terem trazido com pressa a um especialista. Ao examiná-lo, nota-se hemoptise com conteúdo rutilante, acompanhando quase todas as salvas de tosse. Previamente hígido, ainda resiste lúcido, mas é nítida a intensidade da anemia, como mostra sua palidez cutaneomucosa, taquidispneia e taquicardia.

Tendo disponíveis adequados recursos diagnósticos e terapêuticos, é esperado que o especialista:

- (A) leve de imediato o paciente à angiotomografia com hemácias marcadas para diagnóstico anatômico preciso, planejando, assim, a tática correta e ágil de tratamento, associando à reposição de volume adequado se necessário;
- (B) conduza o paciente à hemodinâmica para realizar angiografia e embolização pulmonar, métodos que rapidamente identificam o referido sangramento e podem tratá-lo enquanto repõe volume;
- (C) equilibre clinicamente o paciente antes de qualquer medida heroica com cristaloides, hemoderivados se necessários, e estude o caso com angiotomografia ou arteriografia para decisão da abordagem mais eficaz;
- (D) leve o paciente à hemodinâmica de imediato para arteriografia e possível embolização brônquica, além da reposição volêmica que for adequada;
- (E) reponha hemoderivados e fatores de coagulação em unidade fechada e avalie a função renal para julgar qual seria o método seguro e eficaz de abordagem.

**38**

Alguns minutos após iniciado um procedimento endovascular, o arco-em-C que está em uso estranhamente superaquece e, após um leve curto-circuito que desarma o disjuntor da sala, interrompe a emissão de raios. Restabelecida de pronto a energia, o técnico tranquiliza a equipe médica, dizendo que esse aparelho já está antigo para as revascularizações distais.

A equipe então nota algumas gotas de óleo no braço do arco, talvez oriundas da ampola emissora de raios-x. O profissional técnico em radiologia que assiste a equipe prontamente oferece a solução de não continuar usando esse aparelho velho e trazer o novo da sala ao lado para que a cirurgia seja reiniciada sem prejuízo de tempo.

É adequado que nesse momento, a equipe:

- (A) aceite a sugestão e prossiga tranquilamente sua cirurgia com o aparelho novo;
- (B) aceite o aparelho novo, mas exija a retirada do anterior de sala, dado o risco de vazamento do material radioativo;
- (C) troque o paciente de sala para dar continuidade à cirurgia com o aparelho novo, cuidando para manter distância do que aqueceu;
- (D) suspenda o procedimento e determine o corte de energia elétrica para o setor;
- (E) suspenda o procedimento, evacue a sala e comunique às autoridades sobre o vazamento do óleo contaminado e violação do isolamento da ampola.

**39**

Para as revascularizações distais, existem no mercado incontáveis recursos que trazem valioso auxílio ao profissional da área.

Os materiais, com funções básicas e imprescindíveis de que não se deve esquecer, são por exemplo:

- (A) fios rígidos e introdutores longos aramados para negociar lesões; catéteres de baixo perfil para avançar em áreas de dificuldade; balões farmacólogos cujas drogas aumentam a perviedade a longo prazo;
- (B) fios hidrofílicos com pontas variadas para negociar lesões; introdutores longos para sustentação; balões e stents farmacológicos, que impedem a hiperplasia miointimal;
- (C) fios de baixíssimo perfil (0,014" e 0,018"), ideais para negociar lesões em artérias subocluidas; balões ultra complacentes; dispositivos de fechamento arterial;
- (D) introdutores flexíveis e aramados para bom acesso; fios hidrofílicos para boa negociação; cateteres de reentrada; balões farmacológicos, que tendem a aumentar a perviedade após angioplastia;
- (E) microguias e os microcatéteres para negociação; dispositivos de reentrada e introdutores aramados, que dão suporte ao acesso.

**40**

Ao realizar a embolização de uma malformação arteriovenosa (MAV), o cirurgião deve ter em mente que o fator fundamental é:

- (A) a oclusão das artérias aferentes, nutridoras da MAV;
- (B) o equilíbrio de escolha na proporção dos tamanhos das partículas embolizantes;
- (C) a oclusão da área de menor pressão da MAV;
- (D) a escolha do melhor agente embólico;
- (E) a embolização do maior número possível de arteríolas periféricas nutridoras.

41

Em relação aos fluxos arteriais lidos ao doppler, é correto afirmar que:

- (A) a artéria carótida interna, por nutrir grande massa de tecido nobre, apresenta alto fluxo, alta resistência, curva alargada e fluxo retrógrado contínuo;
- (B) a artéria carótida externa, por ter ramos e, dessa forma, menor resistência, apresenta uma curva apiculada com entalhe nítido entre a sístole e a diástole, podendo haver pequeno fluxo negativo;
- (C) a percussão da artéria temporal superficial pode auxiliar durante um exame de estudo dopplerfluxométrico de carótidas;
- (D) a curva lida na artéria carótida comum repete o padrão da interna, uma vez que o território cerebral está distal a ambas;
- (E) placas entre 30% e 50% que já causem repercussão hemodinâmica devem ser avaliadas em estudos diferentes para interpretação minuciosa posterior.

42

Para tratamento de lesões complexas do eixo fêmoro-poplíteo, é uma boa estratégia considerar:

- (A) catéteres robustos de alto perfil, dados os calibres, calcificação e as forças atuantes nesses vasos;
- (B) acesso ipsilateral anterógrado e fios de negociação mais rígidos para manter o torque;
- (C) curvas variadas de catéteres;
- (D) acessos combinados, material de baixo perfil e punção distal à lesão;
- (E) cirurgia aberta com ponte de veia ou enxerto sintético.

43

Uma paciente tratada de AAA infrarrenal há dois anos, apresenta no controle de 24 meses, um *esdoleak* tipo IA com discreto aumento do saco aneurismático, que já havia diminuído.

A forma mais adequada de abordar essa situação é:

- (A) aguardar nova tomografia de controle;
- (B) instalar uma extensão proximal e selar o vazamento;
- (C) embolizar o saco aneurismático com agente metálico (molas) em quantidade;
- (D) embolizar o saco aneurismático com agente expansivo tipo EVOH + DMSO selando a entrada;
- (E) realizar uma abordagem cirúrgica aberta para tratamento definitivo do caso.

44

Uma mulher de 54 anos é encaminhada aos cuidados de um especialista com indicação de embolização de miomas uterinos. Relata dor pélvica, dispareunia e sangramentos exagerados ligados ao ciclo ovariano. Traz ultrassonografia transvaginal e tomografia sugestivas de leiomiomas.

A conduta mais adequada nesse momento, é:

- (A) seguir o agendamento e a embolização, em razão da dor e do sangramento;
- (B) solicitar doppler de artérias uterinas para planejamento tático;
- (C) solicitar ressonância magnética para afastar adenomiose;
- (D) solicitar angiressonância da pelve para estudo dos vasos de acesso;
- (E) seguir o agendamento e realizar arteriografia diagnóstica em várias incidências antes de iniciar a embolização.

45

Um paciente de 38 anos relata que estava chegando ao ponto de ônibus e correu por uns dez metros para alcançar o coletivo. No movimento, bateu a perna em algo que não viu e sentiu forte dor na face posterior da perna direita. Foi levado a uma unidade básica de saúde e, após o primeiro atendimento, chega para uma avaliação especializada. Nega diabetes, hipertensão ou tabagismo.

O relato da unidade e origem continha a história acima e acrescentava:

“Ao exame físico, panturrilha endurecida, empastada, de volume aumentado, muito dolorosa à palpação e à flexão dorsal e plantar do pé. Dor de difícil controle. Conduta: analgesia, repouso absoluto, heparina 5.000 UI IV e avaliação de cirurgia vascular em caráter de emergência. HD.: TVP?”

Ao examinar o caso, o especialista de plantão não consegue caracterizar empastamento, mas o volume da panturrilha realmente está muito aumentado em relação à esquerda. A dor é intensa e independe do toque. Há equimose na pele ao redor. Pulsos distais, perfusão e enchimento capilar são normais.

Ao receber esse paciente em sua unidade, o plantonista deve:

- (A) manter tratamento para TVP e solicitar ecodoppler de urgência até que seja confirmada ou excluída e, só neste caso, rever a medicação;
- (B) manter tratamento para TVP e solicitar implante de filtro de cava de imediato, uma vez que o paciente já apresenta complicação com o uso da heparina associada ao trauma;
- (C) suspender o anticoagulante, solicitar uma ultrassonografia de partes moles da região anatômica e, se possível, também realizar um ecodoppler do membro;
- (D) suspender o anticoagulante, otimizar a analgesia e liberar o paciente de alta hospitalar;
- (E) pedir sala de urgência para realizar fasciotomia.

46

Antes de procedimentos endovasculares, determina-se que os pacientes suspendam o uso de metformina.

Isso é feito para evitar que a associação dessa medicação com o contraste iodado possa induzir:

- (A) acidose láctica;
- (B) diabetes *insipidus*;
- (C) disfunção dos vasos glomerulares;
- (D) edema cerebral;
- (E) hipersensibilidade tipo IV.

47

Um paciente de 68 anos, diabético, tabagista, se apresenta no pronto-socorro com pico hipertensivo, dor intensa e claudicação incapacitante no membro inferior direito, com início há menos de 12 horas, e evoluindo com piora. Relata ter revascularização fêmuro-poplíteo infrapatelar com safena *in situ* nesse membro há quase quatro anos. O pé é viável, com sensibilidade e movimento ainda preservados e o ecodoppler confirma a oclusão do enxerto de safena.

Considerando segurança e eficácia, a conduta mais adequada para o paciente nesse momento é:

- (A) heparina plena, dupla antiagregação e internação;
- (B) trombólise intraenxerto por catéter sob radioscopia;
- (C) trombectomia cirúrgica aberta;
- (D) a realização de um novo *by-pass* com outra veia;
- (E) amputação primária caso não haja controle clínico.

**48**

Uma mulher na terceira década de vida chega com TVP em membro inferior esquerdo muito sintomática, sendo o edema (+++/++++) desde a raiz da coxa. O exame de doppler confirma uma oclusão por trombo agudo em todo o eixo íleo fêmuro-poplíteo.

A melhor abordagem para essa paciente é:

- (A) internação para repouso absoluto, elevação dos membros inferiores, heparina não fracionada em dose plena;
- (B) instalação de filtro temporário de cava e intervenção em caráter de urgência com dispositivo para trombólise mecânica e enzimática;
- (C) punção da veia femoral e instalação de catéter multiperfurado, que permitirá infusão lenta e contínua no CTI de rTPA em bomba infusora;
- (D) instalação de filtro de veia cava inferior e trombólise sistêmica com paciente no CTI;
- (E) trombectomia com catéter de Fogarty, dada a extensão e situação proximal do trombo, e manutenção em infusão sistêmica contínua de rTPA em bomba no CTI.

**49**

No CTI pediátrico, uma criança de três anos está há 24 dias em tratamento para sepse de origem pulmonar há 24 dias, com uso de aminas vasoativas em doses altas, acesso venoso profundo em subclávia direita, catéter vesical de demora, TOT, e punção de artéria braquial esquerda para PAM invasiva.

O parecer foi pedido especificamente para avaliação de isquemia no membro superior direito. No plantão anterior, foi tentado acesso braquial desse lado para PAM, sem sucesso. Há relatos de algumas punções arteriais com sucesso, porém sem progressão adequada do guia. Foi instalado o catéter e até houve curva típica de PAM por instantes, mas o membro ficou frio e pálido em relação ao esquerdo. Com medo de lesão arterial, o plantonista retirou esse acesso e punccionou a contralateral.

Ao exame, todas as extremidades estavam frias, com intensa cianose não fixa de mãos e pés, sendo que mais intensas na mão direita. O antebraço direito apresentava áreas mosqueadas, isto é, traços alternantes de pele muito isquêmica, pálida, gélida, com traços de intensidade isquêmica menor, com cianose não fixa e frialdade moderada. As falanges distais do polegar e terceiro dedo direito e háluxes já apresentavam necrose.

Considerando esses relatos e o exame físico, a conduta mais indicada é:

- (A) heparina plena, aquecimento passivo, aguardo de melhora clínica e hemodinâmica para definir conduta;
- (B) heparina plena, trombectomia com catéter de Fogarty no membro superior direito e aquecimento passivo no pós-operatório;
- (C) anticoagulação profilática, antiagregação, aquecimento passivo e prostaglandinas intravenosas;
- (D) intervenção com trombectomia mecânica e enzimática, anticoagulação plena mais aquecimento passivo no pós-operatório;
- (E) trombólise por catéter com rTPA, heparina plena e aquecimento passivo no pós-operatório.

**50**

Na preparação para tratar uma safena magna com endolaser, é fundamental que o cirurgião se certifique:

- (A) do eficaz bloqueio espinhal feito pelo anestesista, dado o intenso estímulo doloroso do disparo da energia;
- (B) do adequado nível de sedação consciente entregue ao paciente para que não haja dor com o referido estímulo;
- (C) da adequada infiltração de soro com anestésico na bainha safena para evitar dor ou lesão térmica na pele;
- (D) da gradual variação de potência da energia disparada conforme se caminha na veia, uma vez que esse é o parâmetro determinante para lesão de pele;
- (E) da disponibilidade de compressão intermitente pós-operatória, fundamental para o sucesso do procedimento.

**51**

Na terapia trombolítica por catéter, espera-se que as principais complicações potenciais sejam relacionadas:

- (A) ao meio de contraste;
- (B) a reações alérgicas;
- (C) ao sistema de coagulação;
- (D) a complicações técnicas do método;
- (E) a reações endócrino-metabólicas secundárias.

**52**

Após realizados adequados anamnese e exame físico, o melhor método para diagnóstico da trombose venosa profunda deve ser o(a):

- (A) pletismografia;
- (B) ecodoppler colorido;
- (C) flebografia;
- (D) angiorressonância;
- (E) dosagem de dímero-D.

**53**

Um paciente portador de aneurisma de aorta abdominal e poplíteas, está lúcido, orientado e sem déficit cognitivo aparente durante a consulta. O médico percebe uma leve anisocoria (ambas reativas) e uma pequena ptose à direita.

Considerando a causa mais provável, é correto incluir nos exames habituais um(a):

- (A) angiotomografia cerebral;
- (B) angiotomografia de troncos supra-aórticos;
- (C) angiotomografia coronariana;
- (D) tomografia de coerência óptica;
- (E) fundoscopia e tonometria dos olhos.

54

Um paciente de 32 anos, jogador de futebol, foi alvejado com dois projéteis de arma de fogo (PAF) durante assalto. Deu entrada na sala de trauma, sendo realizada abordagem XABCDE. Foi identificado um orifício de entrada com sangramento abundante no terço médio da coxa direita, que contido por compressão manual seguida de torniquete com orifício de saída no mesmo terço médio. Encontra-se outro orifício de entrada no hemitórax direito anterior e saída posterior no terço superior. Identificaram-se murmúrio vesicular ausente e drenagem em selo d'água com saída de 530 ml de sangue sem continuidade do sangramento. O paciente encontrava-se torporoso com PA 70x40mmHg FC 128 FR 35irm. O exame do membro inferior direito com a retirada do torniquete deu retorno ao sangramento abundante e não havia pulsos poplíteo e distais. Mesmo após expansão rápida de volume com 1000ml de cristalóide, o quadro clínico não se alterou.

Nesse momento, a conduta correta é:

- (A) manter o torniquete por 12 horas, encaminhar o paciente para o CTI e abordar a lesão vascular após estabilização clínica;
- (B) levar o paciente ao centro cirúrgico de imediato para ligadura de artéria femoral;
- (C) realizar uma toracotomia imediata visto que a instabilidade hemodinâmica resulta de lesão torácica;
- (D) levar o paciente ao centro cirúrgico de imediato, instalar um *shunt* intra-arterial para revascularizar o membro, transferi-lo para o CTI e aguardar estabilização clínica para correção da artéria femoral;
- (E) submeter o paciente a uma cirurgia de emergência com abordagem da lesão arterial e reconstrução da artéria femoral enquanto ele é clinicamente estabilizado.

## Radiologia e Diagnóstico por Imagem

55

O médico radiologista deve estar capacitado para eventuais complicações das reações alérgicas aos meios de contrastes.

Quando um paciente apresenta sibilos e estridor laringeo após o exame de tomografia computadorizada de tórax com contraste, é correto afirmar que ele sofreu uma reação:

- (A) grave ao meio de contraste, devendo receber tratamento imediato;
- (B) grave e não relacionada ao contraste, sendo o tratamento inicial o uso de corticoide;
- (C) moderada causada pela ansiedade, devendo-se apenas tranquilizar o paciente num ambiente calmo;
- (D) leve e esperada, sendo que o médico radiologista não precisa se preocupar;
- (E) leve, sendo a recomendação padrão deixar o paciente em observação por cerca de 20 minutos antes de liberá-lo para casa.

56

Uma paciente feminina de 65 anos, assintomática, portadora de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, foi submetida a um exame de ultrassonografia Doppler de carótidas e vertebrais. Durante o exame, foi observada presença de placas calcificadas localizada na artéria carótida interna esquerda. Na avaliação das velocidades de fluxo ao Doppler espectral, evidenciou-se uma velocidade de pico sistólico (VPS) da artéria carótida interna esquerda de 210 cm/s.

Segundo o critério primário do valor da velocidade, é apropriado suspeitar de que se trata de um exame com:

- (A) resultado normal;
- (B) estenose menor que 50%;
- (C) estenose entre 50 a 69%;
- (D) estenose acima de 70%;
- (E) oclusão carotídea.

57

Uma paciente feminina de 54 anos apresenta queixa de dor persistente na região posterior do tornozelo. Os exames de radiografia simples e ressonância magnética evidenciam bursite retrocalcânea, protuberância superior do calcâneo e tendinopatia do Aquiles.

Os achados de imagens caracterizam a síndrome de:

- (A) Baxter;
- (B) Morton;
- (C) Chopart;
- (D) Haglund;
- (E) Dupuytren.

58

Uma paciente feminina de 40 anos apresenta queixa de dor na região do flanco direito. Seus exames de tomografia computadorizada e ultrassonografia revelam uma hérnia de Spiegel.

Conceitualmente, a hérnia de Spiegel se localiza:

- (A) na região periumbilical;
- (B) entre o pectíneo e a veia femoral;
- (C) no espaço entre os retos abdominais;
- (D) entre o reto abdominal e transversos;
- (E) na porção medial aos vasos epigástricos inferiores.

59

Em relação ao estudo dos carcinomas hepatocelulares por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), é correto afirmar que:

- (A) as lesões apresentam *washout* baixo nas fases venosa e tardia;
- (B) a fase não contrastada é dispensável para o estudo desses tumores;
- (C) presença de gordura no interior da lesão é sugestivo de benignidade;
- (D) o realce mais intenso pelo meio de contraste ocorre na fase arterial tardia;
- (E) as lesões se apresentam hiperintensas durante a fase hepatobiliar, com o uso de contraste hepatoespecífico na RM.

**60**

Um paciente de 63 anos, tabagista, procurou um médico generalista porque sentiu “inchaço” na região da lateral da face à direita. Ao exame físico, nota-se volumoso nódulo indolor na parótida direita. O paciente nega perda ponderal. Foi solicitada ultrassonografia de glândulas salivares com Doppler, cujo laudo foi: “imagem ovoide, de margens bem definidas, conteúdo heterogêneo predominantemente cístico, associado a fluxo vascular ao Doppler em seus componentes sólidos, sem evidenciar reforço acústico posterior ou calcificações, localizado na topografia da parótida direita, de distribuição predominantemente caudal, medindo cerca de 4 cm em seu maior eixo”.

De acordo com os dados clínicos e achados ultrassonográficos, sugere-se o diagnóstico de:

- (A) lipoma;
- (B) oncocitoma;
- (C) schwannoma;
- (D) tumor de Warthin;
- (E) carcinoma adenoide cístico.

**61**

Um paciente de 41 anos, após trauma de bicicleta, notou aumento do tamanho no testículo direito. O urologista solicitou ultrassonografia de bolsa escrotal com Doppler, cujo laudo foi: “formação nodular intratesticular, hipoecóica, homogênea, de contornos bem definidos, sem evidência de calcificações, hidrocele ou hematocele, associada a fluxo vascular intralesional ao Doppler”.

Segundo a descrição da lesão, pode-se sugerir que se trata de um:

- (A) seminoma;
- (B) coriocarcinoma;
- (C) trauma testicular;
- (D) linfoma testicular;
- (E) carcinoma de células embrionárias.

**62**

Um paciente de 28 anos apresentou ulcerações orais aftosas com sangramento ativo, diminuição da acuidade visual, úlcera peniana e cefaleia de forte intensidade. O médico assistente solicitou ressonância magnética de crânio, que demonstrou múltiplas lesões localizadas no tálamo, mesencéfalo e cápsula interna com hipointensidade em T1, hiperintensidade em T2 e realce moderado ao meio de contraste paramagnético.

É muito provável que se trata de um caso de:

- (A) neurosarcoideose;
- (B) doença de Behçet;
- (C) esclerose múltipla;
- (D) linfoma primário do SNC;
- (E) síndrome antifosfolípida.

**63**

Em relação aos achados ultrassonográficos das lesões hepáticas, é correto afirmar que:

- (A) a esteatose apresenta diminuição da ecogenicidade do parênquima hepático;
- (B) hiperplasia nodular focal tem forte ligação com o uso de anticoncepcionais orais;
- (C) hemangioma é o tumor hepático mais comum e, na maioria dos casos, é hiperecótico;
- (D) adenoma em geral apresenta cicatriz central, o que facilita sua identificação na maioria dos métodos diagnósticos;
- (E) múltiplos pequenos focos com artefato de cauda de cometa na ultrassonografia são uma aparência típica de lipoma hepático.

**64**

Uma criança de 3 anos, do sexo masculino, apresenta distensão abdominal e anorexia. Ao exame físico, foi observada uma volumosa formação expansiva palpável e indolor. Alfetoproteína mostrou-se ser o único exame laboratorial alterado. Uma tomografia computadorizada de abdômen sem contraste revelou massa hipodensa, heterogênea, bem definida, associada a calcificações.

Com base nos dados do caso clínico, é provável que essa massa seja um:

- (A) nefroblastoma;
- (B) neuroblastoma;
- (C) hepatoblastoma;
- (D) sarcoma embrionário indiferenciado;
- (E) carcinoma hepatocelular fibrolamelar.

**65**

A violência física na infância (também chamada de maus-tratos) pode ser definida como lesões não acidentais por agressão ou omissão de seus responsáveis. O radiologista muitas vezes é o primeiro profissional a suspeitar desse tipo de situação, o que ocorre quando ele é confrontado com determinados padrões de lesões. Um dos tipos de abuso físico está relacionado ao balanço de bebês e crianças pelas extremidades.

Considerando esse mecanismo de abuso, o mais provável achado de imagem será:

- (A) fraturas de escápula e esterno;
- (B) fraturas metafisárias em alça de balde;
- (C) fraturas múltiplas e em vários estágios de consolidação;
- (D) fraturas de arcos costais, notadamente de costelas posteriores;
- (E) fraturas cranianas, não parietais, manifestadas com diástase de suturas.

**66**

Uma paciente de 32 anos sofreu acidente de moto, sem traumatismo craniano. Apesar de hemodinamicamente estável, ela reclama de muita dor em ambos os membros superiores, dorso e abdômen, no qual apresenta inúmeras escoriações. O médico da emergência achou melhor fazer tomografia computadorizada de abdômen sem contraste. Entretanto, durante o exame, foi observada volumosa massa pancreática, que necessitou da administração de contraste intravenoso para melhor caracterização. No laudo, lê-se: “volumosa imagem sólida, hipodensa, encapsulada, de contornos bem definidos, medindo 6,1 cm x 5,5 cm x 5,0 cm, ocupando corpo e cauda do pâncreas, com cistos centralmente e realce em seu componente sólido localizado periféricamente”.

Baseado no caso, o diagnóstico mais provável é de:

- (A) insulinoma;
- (B) gastrinoma;
- (C) adenocarcinoma ductal;
- (D) tumor pseudopapilar sólido do pâncreas;
- (E) carcinoma de células acenares do pâncreas.

**67**

Um paciente de 52 anos apresenta dor abdominal difusa. A rotina de abdômen agudo mostra o sinal do empilhamento de moedas, que corresponde a:

- (A) obstrução alta;
- (B) pneumoperitônio;
- (C) apendicite aguda;
- (D) volvo de sigmoide;
- (E) colecistite enfisematosa.

**68**

Uma paciente de 34 anos, G1 P0 A0, com 32 semanas de gestação, é submetida a ultrassonografia de terceiro trimestre. Nega sangramentos ou dor em baixo ventre. Durante o exame ultrassonográfico, é visualizada uma massa hipoecoica, arredondada, de bordos bem definidos, localizada próximo à inserção do cordão umbilical, associada a áreas anecoicas de permeio, que apresentam fluxo vascular ao Doppler colorido em seu interior.

Considerando-se o caso clínico e os achados de imagem, o diagnóstico mais provável é:

- (A) teratoma placentário;
- (B) metástase placentária;
- (C) hematoma placentário;
- (D) corioangioma placentário;
- (E) coriocarcinoma placentário.

**69**

A hérnia estrangulada é definida quando o suprimento vascular do conteúdo herniado está comprometido, determinando isquemia.

Entre os achados de imagens que determinam a suspeita do diagnóstico de estrangulamento do conteúdo herniário na tomografia computadorizada, é correto citar:

- (A) afilamento da parede intestinal;
- (B) ausência de fluido dentro do saco herniário;
- (C) vasos mesentéricos sem alterações e obliteração do plano adiposo mesentérico do segmento herniado;
- (D) hipo ou hiperatenuação da parede em relação ao padrão usual e hipocaptção parietal, do contraste intravenoso e do segmento intestinal isquêmico;
- (E) estenose do segmento de alça intestinal localizado dentro do saco herniário em forma de “U” ou “C”, devido à obstrução dos segmentos intestinais aferentes e eferentes (obstrução da “alça fechada”).

**70**

Radioproteção é um conjunto de medidas que visam a proteger o homem e o ecossistema de possíveis efeitos indesejáveis causados pelas radiações ionizantes. É importante conhecer as diferentes radiações e seus modos de interação com a matéria viva, bem como as possíveis consequências à saúde e riscos associados.

Dentre os fatores listados abaixo, aquele que faz parte dos princípios da radioproteção é o(a):

- (A) tempo;
- (B) distância;
- (C) limitação;
- (D) blindagem;
- (E) quilovoltagem de pico (kVp).

**71**

Um paciente de 3 anos apresenta atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, hipotonia e letargia. Foi realizada ressonância magnética de crânio, cujo laudo foi: “áreas difusas de baixo sinal em T1, envolvendo as fibras U da substância branca subcortical, bilateral, com preservação do corpo caloso, núcleo caudado, putâmen e cápsula interna, associadas a ventriculomegalia. Também apresenta difusão restrita dentro da substância branca lesionada”.

É provável estarmos frente a um caso de:

- (A) doença de Canavan;
- (B) doença de Alexander;
- (C) doença de Creutzfeldt-Jakob;
- (D) leucodistrofia metacromática;
- (E) doença de Pelizaeus-Merzbacher.

**72**

O critério *Response Evaluation Criteria in Solid Tumors* (RECIST) tem sido utilizado com o objetivo de mensurar objetivamente a redução tumoral e determinar a progressão da doença de acordo com um método único.

Em sua última revisão, em 2009, passou-se a utilizar o critério de resposta com base na avaliação de lesões-alvo e não alvo, segundo o qual a doença pode ser classificada em quatro tipos de categorias, sendo uma delas:

- (A) doença estável, que é definida como presença de ao menos um item da doença progressiva, e de ao menos um item da resposta parcial;
- (B) ausência de resposta, que é definida como aumento de vinte por cento da soma das lesões-alvo e dez por cento das não alvo em relação às medidas iniciais;
- (C) resposta completa, que é definida como desaparecimento de todas as lesões-alvo e não alvo e redução dos linfonodos patológicos para menos de vinte milímetros no eixo curto, sem novas lesões;
- (D) resposta parcial, que é definida como redução de pelo menos trinta por cento na soma dos diâmetros das lesões-alvo em comparação com a soma dos diâmetros da linha de base, com doença não progressiva de lesões não alvo e sem novas lesões;
- (E) doença progressiva, que é definida como pelo menos dez por cento de aumento relativo e cinco milímetros de aumento absoluto da soma dos diâmetros das lesões-alvo e aparecimento de ao menos um linfonodo que não estava presente previamente.

**73**

Um atleta de corrida de 24 anos se queixa de dor aguda na região anterior da coxa direita durante treinamento.

A ressonância magnética evidencia estiramento do reto femoral, cujo prognóstico é pior se houver evidência de:

- (A) rotura tendínea;
- (B) edema miotendíneo;
- (C) hematoma muscular;
- (D) coleção intermuscular;
- (E) laceração da aponeurose.

**74**

Um paciente idoso de 74 anos apresenta dispneia progressiva de início recente. Durante atendimento no pronto-socorro, o médico assistente solicita uma tomografia de tórax, cujo laudo é meramente descritivo, citando uma lesão que se caracterizava por um "halo invertido" no lobo inferior do pulmão direito.

De acordo com esse achado tomográfico, é adequado suspeitar de:

- (A) infarto pulmonar;
- (B) abscesso piogênico;
- (C) atelectasia redonda;
- (D) rotura de aneurisma da artéria pulmonar;
- (E) agudização de fibrose pulmonar idiopática.

**75**

O aqueduto vestibular é um canal ósseo que se estende da parede medial do vestíbulo para uma abertura na superfície posterior da porção petrosa do osso temporal. Através dele, cursa o ducto e o saco endolinfático, preenchidos por endolinfa. A síndrome do aqueduto vestibular alargado (SAVA) é a malformação mais comum do ouvido interno associada a perda auditiva neurossensorial, que cursa com perda auditiva flutuante e/ou progressiva na infância. O diagnóstico é realizado por meio da tomografia computadorizada de mastoide.

Segundo o critério clássico de Valvassori, a SAVA é definida como:

- (A) diâmetro maior que 1,0 mm no ponto médio;
- (B) diâmetro maior que 1,5 mm no ponto médio;
- (C) diâmetro maior que 2,0 mm no ponto médio;
- (D) diâmetro maior que 2,5 mm no ponto médio;
- (E) diâmetro maior que 3,0 mm no ponto médio.

**76**

Uma paciente de 70 anos apresenta dores e edema na extremidade dos dedos. Radiografia simples das mãos mostra um tipo de lesão nos dedos conhecida como deformidade "em asa de gaivota".

Essa deformidade é encontrada no(a):

- (A) artrite psoriásica;
- (B) artrite reumatoide;
- (C) osteoartrite erosiva;
- (D) síndrome de Sjögren;
- (E) sinovite tuberculosa.

**77**

Em relação às complicações respiratórias da covid longa, é correto afirmar que:

- (A) opacidades em vidro fosco não são comumente encontradas;
- (B) aspecto de pavimentação em mosaico é característico dessa fase da doença;
- (C) padrão de fibrose encontrado é semelhante ao da pneumonia intersticial usual;
- (D) áreas de aprisionamento aéreo são comuns nas tomografias de acompanhamento;
- (E) o padrão de reabsorção se caracteriza pela presença de pneumonia de organização.

**78**

A síndrome de Lady Windermere caracteriza uma forma de apresentação de doença pulmonar que é encontrada na:

- (A) fibrose cística;
- (B) pneumonia descamativa;
- (C) aspergilose angioinvasiva;
- (D) paracoccidiodomicose pulmonar;
- (E) micobacteriose não tuberculosa.

**79**

Um paciente com artrite reumatoide numa fase inicial fez exames de ultrassonografia e ressonância magnética, em que foi encontrada uma alteração que serve de marcador de mau prognóstico quando identificada.

Essa alteração foi:

- (A) *power* Doppler positivo;
- (B) edema ósseo por osteíte;
- (C) redução do espaço articular;
- (D) espessamento do paratendão;
- (E) impregnação sinovial pelo meio de contraste.

**80**

O domínio da física da ultrassonografia é fundamental para a adequada compreensão das imagens formadas e dos artefatos passíveis de serem produzidos durante um exame.

Considerando-se essa premissa, é correto afirmar que:

- (A) estruturas císticas produzem muita atenuação do feixe sonoro;
- (B) quanto maior a largura do feixe de onda, maior a resolução espacial;
- (C) sombra acústica pode estar presente nas extremidades de um tendão roto;
- (D) quanto maior a frequência de uma onda sonora, maior é a divergência do feixe;
- (E) ecos com intensidade baixa são produzidos entre tecidos com diferença elevada de impedância acústica.

Realização

