

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL

TRANSPLANTE - PEDIATRIA R3

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



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 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 prova!

Pediatria

1

Uma lactente de 2 meses, previamente hígida, comparece à consulta de rotina com sintomas gripais leves há 3 dias. A mãe relata que a irmã de 3 anos está com tosse e febre.

Ao exame físico, a bebê está em bom estado geral, com FR: 42 irpm, FC: 138 bpm, temperatura axilar de 37,5 °C, ausculta com estertores finos esparsos bilaterais e leve retração subcostal. O calendário vacinal está em dia.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar antibiótico empírico por suspeita de pneumonia bacteriana.
- (B) solicitar radiografia de tórax para todos os lactentes com sintomas respiratórios.
- (C) observar evolução clínica, orientando sinais de alarme e retorno precoce.
- (D) prescrever broncodilatador de resgate por 5 dias.
- (E) iniciar corticoterapia oral por possível bronquiolite.

2

Lactente, quatro meses, é trazido à consulta pelo pai. Refere que a mãe está gravemente enferma, internada há uma semana e está alimentando seu filho com leite de vaca integral, "Longa vida", que compra no supermercado.

Durante a consulta, o pediatra deverá alertar para o fato de que o leite de vaca integral apresenta

- (A) teor aumentado de ácidos graxos saturados sendo o uso de composto lácteo a melhor opção.
- (B) concentração muito baixa de proteína, devendo ser adicionado um suplemento.
- (C) relação inadequada entre caseína e proteínas do soro, devendo ser feita troca para fórmula.
- (D) baixa biodisponibilidade de micronutrientes, excetuando-se o ferro, que deve ser suplementado.
- (E) teor adequado de vitaminas D e E e baixo teor de vitamina C, podendo ser usado suco.

3

Menina pré-escolar, quatro anos, apresenta recusa persistente a experimentar novos alimentos, aceitando apenas preparações específicas de poucos itens, principalmente líquidos e derivados lácteos. Mostra intensa irritação quando exposta a frutas e verduras, além de desconforto em manipular massas ou texturas pegajosas. Pais relatam conflitos frequentes nas refeições e preocupação com a limitação alimentar.

Essa situação alimentar é corretamente caracterizada por

- (A) recusa alimentar seletiva relacionada a características sensoriais dos alimentos.
- (B) anorexia nervosa típica da infância, marcada por medo intenso de ganhar peso.
- (C) transtorno disfágico funcional, definido pela incapacidade de deglutir alimentos sólidos.
- (D) transtorno de ruminação, com regurgitação repetida de alimentos previamente ingeridos.
- (E) síndrome de alimentação noturna, caracterizada pela ingestão compulsiva durante a madrugada.

4

Dois irmãos foram levados ao ambulatório de pediatria por ganho de peso progressivo. O mais novo, de três anos, apresenta escore Z do índice de massa corporal (IMC) maior que +2 e até +3. O irmão mais velho, de seis anos, também apresenta escore Z nessa mesma faixa.

Considerando a classificação segundo o escore Z (IMC), os irmãos de três e seis anos serão considerados, respectivamente, com

- (A) sobrepeso e obesidade.
- (B) obesidade e obesidade grave.
- (C) obesidade grave e sobrepeso.
- (D) risco de sobrepeso e sobrepeso.
- (E) obesidade grave a risco de sobrepeso.

5

Uma gestante, na consulta pré-natal com o pediatra, informa que após os seis meses de idade de seu filho pretende seguir um tipo de alimentação vegetariana ainda não definida, desejando obter informações.

O pediatra deverá orientar a gestante para o fato de que a dieta

- (A) lacto-ovovegetariana pode ser deficiente em vitamina A e em vitamina D.
- (B) lactovegetariana apresenta carência de cálcio e bons níveis de vitamina B12.
- (C) ovovegetariana pode apresentar níveis adequados de ferro, mas não de cálcio.
- (D) vegana apresenta risco aumentado de deficiência em vitamina A e vitamina B12.
- (E) lacto-ovovegetariana apresenta níveis adequados de cálcio, mas baixos de vitamina A.

6

Pré-escolar, 4 anos, masculino, é levado ao pronto atendimento com história de febre diária nas últimas três semanas associada a palidez e cansaço aos pequenos esforços. A mãe relata dor intensa nos membros inferiores, que piora à noite e não melhora com analgésicos comuns, além de dificuldade para caminhar. Ao exame, observa-se equimoses em membros, hepatoesplenomegalia e linfonodos cervicais palpáveis. Não há queixas respiratórias ou neurológicas no momento.

A principal hipótese diagnóstica é leucemia

- (A) prolinfocítica.
- (B) linfoide aguda.
- (C) mieloide aguda.
- (D) mieloide crônica.
- (E) mielomonocítica crônica.

7

Escolar, 5 anos, masculino, com diagnóstico de anemia falciforme, é levado à emergência com dor intensa iniciada há 12 horas em membros inferiores e abdome, sem trauma prévio. O início foi súbito, não melhorando com analgésicos comuns e impedindo de caminhar. Ao exame físico, apresenta choro constante à mobilização, palidez cutaneomucosa e temperatura corporal normal. Não há sinais de infecção aparente. Inquirido sobre a escala de manejo da dor, concluiu-se que ela é 6 (moderada).

A conduta em relação ao controle da dor, no caso, deve ser a prescrição de

- (A) dipirona por via oral a cada seis horas.
- (B) ibuprofeno por via oral a cada oito horas.
- (C) paracetamol por via oral a cada quatro horas.
- (D) tramadol por via intravenosa a cada seis horas.
- (E) morfina por via subcutânea a cada quatro horas.

8

Lactente feminino, 5 meses, em aleitamento materno exclusivo, inicia há 24 horas cólicas contínuas, vômitos persistentes, evoluindo com letargia. Apresentou evacuações com sangue desde o início dos sintomas. Ao exame encontra-se irritada e desidratada, com massa palpável em abdome.

Na suspeita diagnóstica de invaginação intestinal, o exame complementar com maior sensibilidade e especificidade a ser realizado inicialmente é a

- (A) ultrassonografia abdominal.
- (B) radiografia abdominal simples.
- (C) tomografia de abdome.
- (D) ressonância de abdome.
- (E) rotina de abdome agudo.

9

Menino, 2 anos, é levado ao atendimento médico de emergência por apresentar equimoses e hematomas pelo corpo, de início há uma semana, sem relação com trauma. Exame físico evidencia apenas hematomas e equimoses em tronco, abdome e membros. Hemograma demonstra trombocitopenia (plaquetas: $5.000/\text{mm}^3$) e demais parâmetros dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica é trombocitopenia imune primária.

Em relação à trombocitopenia imune primária na infância, é correto afirmar que

- (A) não é um diagnóstico de exclusão.
- (B) cursa com trombocitopenia e anemia.
- (C) é um distúrbio agudo, autolimitado e imunomediado.
- (D) a contagem de plaquetas fica entre 100.000 e $150.000/\text{mm}^3$.
- (E) tem alguma condição clínica associada que reduz as plaquetas.

10

Lactente de 18 meses, masculino, apresenta aumento do volume abdominal de início há aproximadamente um mês, irritabilidade e perda de peso.

Ao exame físico encontra-se irritado, com massa abdominal palpável ocupando toda a metade inferior do abdome à direita. Tomografia computadorizada evidencia massa em suprarrenal direita com hemorragia e calcificação. A dosagem urinária de ácido homovanílico e ácido vanilmandélico encontram-se elevadas.

A hipótese diagnóstica é

- (A) tumor de Wilms.
- (B) neuroblastoma.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) neurofibroma.
- (E) linfoma.

11

Pré-escolar, masculino, 2 anos e meio, previamente hígido, apresenta palidez, fraqueza, dor abdominal e icterícia 48 horas após iniciar tratamento para infecção do trato urinário com nitrofurantoína.

Hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica. Os reticulócitos e a desidrogenase láctica estão elevados.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- (B) anemia falciforme.
- (C) talassemia minor.
- (D) esferocitose hereditária.
- (E) traço falcêmico.

12

Escolar de 8 anos, menino, em tratamento de asma com beclometasona spray oral, na dose de 400 mcg ao dia há 3 meses, sem controle dos sintomas nas últimas 4 semanas. Faz uso da medicação com espaçador, tem boa adesão ao tratamento e a técnica inalatória está correta.

Em relação à terapia farmacológica para a asma, a conduta nesse momento é

- (A) trocar o corticoide inalatório para associação de broncodilatador de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) manter o corticoide inalatório e associar antileucotrieno.
- (C) manter o corticoide inalatório e associar antimuscarínico de longa duração.
- (D) manter o corticoide inalatório e associar imunobiológico de acordo com o fenótipo da asma.
- (E) manter o corticoide inalatório e associar broncodilatador de curta ação contínuo.

13

Escolar de 7 anos, menina, em tratamento profilático de asma com corticoide inalatório, chega à emergência com exacerbação da doença. É medicada com broncodilatador de curta ação, por via inalatória, de 20 em 20 minutos durante uma hora e corticoide sistêmico por via oral. Apresenta melhora e recebe alta hospitalar.

A prescrição para o domicílio deverá ser feita com

- (A) broncodilatador inalatório de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) broncodilatador inalatório de curta ação e anti-histamínico oral.
- (C) broncodilatador inalatório de curta ação e corticoide oral.
- (D) broncodilatador inalatório de curta ação.
- (E) antimuscarínico de longa duração e corticoide inalatório.

14

A urticária é uma erupção cutânea transitória, pruriginosa, eritematosa e elevada, que pode se tornar tensa e dolorosa. As lesões podem coalescer e formar lesões polimórficas, que frequentemente desaparecem, reaparecendo em outros locais.

Sobre a urticária aguda na infância, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 6 semanas.
- (B) o papel de um alimento desencadeante não pode ser comprovado pela eliminação e provocação alimentar.
- (C) na ausência de informações que impliquem no alimento envolvido, os testes cutâneos para alimentos são úteis.
- (D) é frequentemente causada por uma reação alérgica não mediada por IgE.
- (E) as causas identificáveis mais comuns são infecções virais, medicamentos e alimentos.

15

Lactente de 1 ano, apresenta lesões cutâneas intensamente pruriginosas com pápulas eritematosas em face, couro cabeludo e superfícies extensoras de extremidades, de início há aproximadamente um mês. A lesão polpa região de fraldas. O prurido piora à noite e quando faz uso de leite de vaca.

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) dermatite atópica.
- (B) dermatite seborreica.
- (C) pitíriase versicolor.
- (D) psoríase.
- (E) pitíriase rósea.

16

Recém-nascido a termo apresenta, no segundo dia de vida, lesões papulares branco-amareladas, com erupção eritematosa circundante, dispersas em face, tronco e membros, poupando palmas e plantas. O restante do exame físico é normal.

No caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) miliária.
- (B) eritema tóxico.
- (C) herpes simplex.
- (D) candidíase.
- (E) melanose pustulosa.

17

Lactente de 20 dias apresenta lacrimejamento constante e secreção esbranquiçada no olho desde os primeiros dias de vida, sem sinais sistêmicos ou febre. A mãe relata que o quadro piora quando o bebê chora. Ao exame, há leve edema palpebral e refluxo de secreção à compressão do saco lacrimal direito.

A principal hipótese diagnóstica sobre a origem dos sintomas é

- (A) obstrução pela presença de muco.
- (B) estenose por processo infeccioso local.
- (C) produção anômala de secreção serosa ocular.
- (D) formação de membrana impedindo a drenagem pelo ducto.
- (E) aumento da pressão no canal devido à má formação ocular.

18

Adolescente, sexo feminino, com quadro insidioso de dor e inchaço em joelhos, punhos e tornozelos, com rigidez matinal e limitação progressiva dos movimentos. Ao exame, observa-se simetria no acometimento articular e leve contratura em flexão dos dedos das mãos. Exames laboratoriais revelam elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), com fator reumatoide positivo. Relata, ainda, fadiga e episódios de febre baixa nas últimas semanas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e os biomarcadores a ela relacionados, é correto afirmar que

- (A) a presença de anticorpos antinucleares apresenta forte associação com sacroileíte.
- (B) a detecção do HLA-B27 afasta a possibilidade de envolvimento de espondiloartrites.
- (C) os valores de VHS e PCR são altos, mas não há aumento significativo de imunoglobulinas.
- (D) a detecção de fator antinuclear está relacionada à falha ao tratamento com imunossupressor.
- (E) a positividade do fator reumatoide se associa a maior risco de progressão com dano estrutural.

19

Escolar, nove anos, apresenta, há seis meses, movimentos repetitivos e abruptos da cabeça e emissão de sons guturais. Os episódios aumentam em situações de estresse, mas cessam durante o sono e não ocorrem enquanto ele joga videogame. Os pais relatam que ele consegue controlar os movimentos por curtos períodos.

Baseado na principal hipótese diagnóstica, os sintomas motores, vocais e o tempo de duração deles são classificados, respectivamente, como

- (A) simples, complexo e crônico.
- (B) simples, simples e temporário.
- (C) complexo, complexo e crônico.
- (D) complexo, simples e temporário.
- (E) complexo, complexo e temporário.

20

Escolar, masculino, cinco anos, é trazido à consulta ambulatorial por apresentar micções muito frequentes durante o dia, chegando a urinar a cada 10 a 15 minutos, com início súbito. Os responsáveis negam dor, infecção urinária, escapes diurnos ou episódios noturnos. A criança já era desfraldada e os sintomas começaram pouco antes do início das aulas. Não há alterações ao exame físico.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) está relacionada à incompetência da junção ureterovesical.
- (B) trata-se de um distúrbio funcional que acomete mais meninos que meninas.
- (C) em torno da metade dos casos observa-se a presença de enurese intermitente.
- (D) na maioria dos casos, um problema anatômico no trato urinário leva a esses sintomas.
- (E) é uma das causas de disfunção da bexiga que não está relacionada à constipação intestinal.

21

Lactente, 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, é trazido à consulta de puericultura com história de esforço e choro intenso antes de evacuar, há cerca de duas semanas. Após o esforço, elimina fezes amolecidas sem sangue ou muco. As evacuações ocorrem diariamente, e está se alimentando bem, ganhando peso adequadamente. Exame físico sem alterações.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) cólica.
- (B) disquezia.
- (C) constipação.
- (D) alergia alimentar.
- (E) refluxo gastroesofágico.

22

Lactente, 50 dias, é trazido ao ambulatório de puericultura por estar amarelado desde o quinto dia de vida. Nasceu a termo, parto normal, com peso adequado e usa leite materno exclusivo. Ao exame físico, bom ganho ponderal, icterícia, hipocolia e colúria, hepatomegalia de consistência firme às custas do lobo esquerdo proeminente. Exames laboratoriais mostram elevação de bilirrubina conjugada (>1 mg/dL) e a ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar contraída e não visualização do ducto colédoco e sinal do “cordão triangular”.

O passo seguinte em relação à confirmação da principal hipótese diagnóstica é realizar

- (A) elastografia hepática.
- (B) ressonância magnética.
- (C) cintilografia hepatobiliar.
- (D) colangiograma intraoperatório.
- (E) colangiopancreatografia endoscópica.

23

Adolescente, 17 anos, comparece com seu filho de 4 anos para avaliação devido a queixa da escola sobre comportamentos agressivos e dificuldade de interação com os colegas. A mãe relata que cria o filho sozinha, com pouco apoio familiar, vive em condição de vulnerabilidade social e enfrenta conflitos frequentes com a própria mãe. Refere dificuldade para estabelecer rotinas e sente-se sobrecarregada emocionalmente. O pai da criança não participa ativamente da criação.

Considerando o contexto clínico e os determinantes sociais envolvidos, é correto afirmar que

- (A) a idade materna, isoladamente, foi demonstrada como o fator determinante dos problemas comportamentais dessas crianças.
- (B) a presença contínua e positiva do pai ao longo da vida da criança pode ter um efeito protetor parcial contra esse tipo de comportamento.
- (C) os conflitos com avós são comuns nas famílias com mães adolescentes parecendo estar desvinculado com essas alterações de comportamento.
- (D) a presença de mães adolescentes em todas as classes sociais sugere que a condição socioeconômica não explica essas alterações comportamentais.
- (E) o início precoce dessas alterações de comportamento aumenta a probabilidade de abandono precoce da escola, fato pouco comum em filhos de adolescentes.

24

Escolar, 8 anos, masculino, apresenta aumento de volume na parte posterior do joelho direito, percebido há cerca de duas semanas, sem história de trauma. Ao exame físico, nota-se massa firme, compressível, pouco dolorosa à palpação, localizada medialmente à fossa poplíteia, mais evidente com o joelho em extensão. Radiografia do joelho não mostra alterações ósseas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o teste realizado durante o exame físico que auxilia no diagnóstico é a avaliação por meio da

- (A) ausculta.
- (B) rotação interna.
- (C) transiluminação.
- (D) marcha acelerada.
- (E) mobilidade passiva.

25

Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresentou episódios de vômitos intensos cerca de 2 horas após se alimentar com arroz há um mês, seguido de palidez cutânea, letargia, hipotonia, diarreia, hipotermia e leve distensão abdominal. Hoje, repetiu o alimento e novamente apresentou os mesmos sintomas. Não há febre, nem sangue nas fezes. Exame físico mostra criança prostrada, com perfusão periférica levemente reduzida e abdome levemente distendido, porém flácido.

Tendo em conta a principal hipótese diagnóstica, o sintoma considerado como critério diagnóstico maior é

- (A) a palidez.
- (B) a letargia.
- (C) o vômito.
- (D) a diarreia.
- (E) a hipotermia.

26

Escolar, quatro anos, é trazido para atendimento no setor de emergência por apresentar febre, dor no ouvido direito e abaulamento retroauricular com vermelhidão e sensibilidade local há dois dias. Foi diagnosticada com infecção de ouvido na semana anterior, mas os sintomas persistiram apesar do uso de amoxicilina. Ao exame, nota-se discreta protrusão da orelha direita; restante do exame sem alterações.

A conduta imediata baseada na principal hipótese diagnóstica é

- (A) internar, realizar exames laboratoriais, iniciar ampicilina + sulbactam via endovenosa.
- (B) trocar o antibiótico oral para amoxicilina + ácido clavulânico, retornando em dois dias.
- (C) realizar exames laboratoriais e de imagem e, se alterados, usar cefotaxima via venosa.
- (D) realizar ultrassom da região retroauricular para definir internação e antibiótico venoso.
- (E) internar, realizar tomografia de crânio, iniciar por via venosa amoxicilina e gentamicina.

27

Adolescente do sexo feminino é trazida à emergência com febre, artralgia em grandes articulações e cansaço aos esforços. Ao exame físico, apresenta sopro cardíaco (sem história prévia) e sinais inflamatórios em joelhos e tornozelos. Exames laboratoriais mostram PCR e VHS elevados, além de título aumentado de ASLO.

Considerando os critérios revisados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, a categoria diagnóstica dessa adolescente é

- (A) primeiro episódio febre reumática.
- (B) artrite pós-estreptocócica sem critérios maiores.
- (C) cardiopatia reumática crônica com atividade inflamatória.
- (D) febre reumática recorrente sem cardite prévia documentada.
- (E) recorrência de febre reumática com cardite prévia estabelecida.

28

Recém-nascido do sexo masculino, com 3 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional. Mãe saudável, sem histórico de infecções ou uso de medicações durante a gestação, realizou pré-natal completo e ultrassonografias, sem alterações estruturais cardíacas detectadas.

Desde o nascimento, o RN apresenta cianose central persistente, não responsiva ao oxigênio suplementar por cateter nasal. Não há desconforto respiratório evidente. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico 2+/6+, audível no foco tricúspide. Pulmões com murmúrio vesicular presente e simétrico. A oximetria de pulso revela saturação pré-ductal 85% e pós-ductal de 84%. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve com hipoxemia. À exceção da cianose persistente, e do sopro já relatado não há outras alterações ao exame físico.

Diante da suspeita de cardiopatia congênita cianótica, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou transposição das grandes artérias (TGA), com septo interventricular íntegro e comunicação interatrial pequena.

Com base no quadro clínico e nos achados ecocardiográficos, a conduta prioritária imediata é

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO₂ 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

29

Menino de 6 anos, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, é trazido à consulta por regressão na linguagem expressiva há cerca de 4 meses.

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais irritadiço, com períodos de desatenção, isolamento e episódios noturnos em que se debate na cama, com rigidez e salivação excessiva.

O exame físico neurológico não apresenta déficits motores ou sensitivos, mas não executa comandos verbais simples nem emite frases coerentes. Teste de audiometria normal. Ressonância magnética de crânio sem alterações estruturais. EEG com padrão de descargas epileptiformes bilaterais, contínuas durante o sono, com predominância nas regiões temporais posteriores.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

- (A) epilepsia rolândica benigna.
- (B) síndrome de Lennox-Gastaut.
- (C) epilepsia mioclônica juvenil.
- (D) síndrome de Landau-Kleffner.
- (E) encefalite autoimune.

30

Menina de 5 anos apresenta palidez importante, cansaço aos esforços e irritabilidade progressiva. Ao exame físico apresenta peso e estatura adequados para a idade, palidez mucosa +/-, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

O hemograma revela: Hb 8,7 g/dL | Ht 26% | VCM 68 fL | CHCM 28 g/dL | RDW 18% | Leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 10 ng/mL. Ferro sérico: 25mcg/dL, TIBC: 420mcg/dL, saturação de transferrina: 6%, o PCR está abaixo do limite de detecção.

A principal suspeita diagnóstica é de

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de Fanconi.
- (C) talassemia beta maior.
- (D) leucemia linfoblástica aguda.
- (E) deficiência de vitamina B12.

31

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO₂: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

Nesse caso, as seguintes medidas são preconizadas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Iniciar oxigenoterapia.
- (B) Repetir broncodilatadores em dose escalonada.
- (C) Administrar azitromicina oral.
- (D) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (E) Avaliar necessidade de internação.

32

Lactente de 7 meses, sexo feminino, apresenta febre há 3 dias, sem sinais localizatórios. Ao exame físico, mostra-se irritada, com temperatura de 38,9 °C, sem alterações em vias aéreas ou na otoscopia. Urina coletada por sondagem revela leucócitos ++, nitrito positivo.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar urocultura e aguardar ambulatorialmente o resultado para tratar.
- (B) tratar empiricamente com antibiótico oral e reavaliar em 72 h.
- (C) solicitar urocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral imediatamente.
- (D) repetir exame de urina após 24h de observação.
- (E) iniciar antipirético e hidratação oral exclusiva.

33

Lactente de 5 meses, amamentado exclusivamente com fórmula, apresenta fezes com muco e sangue há duas semanas. Boa aceitação alimentar, sem vômitos, ganho ponderal adequado. Mãe relata história de rinite alérgica.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) gastroenterite bacteriana.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada.
- (C) invaginação intestinal.
- (D) colite ulcerativa.
- (E) constipação com fissura anal.

34

Escolar de 9 anos apresenta febre há 5 dias, artrite em grandes articulações de caráter migratório e lesões eritematosas em tronco. Exame físico: sopro sistólico em foco mitral. ASLO aumentado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) artrite idiopática juvenil.
- (C) artrite séptica.
- (D) doença de Lyme.
- (E) febre reumática.

35

Recém-nascido com 4 dias de vida apresenta vômitos em jato, sucção pobre e letargia. Exame: desidratado, fontanela afundada. Glicemia 28 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 6,2 mEq/L.

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

- (A) hipoglicemia por infecção neonatal.
- (B) hiperplasia adrenal congênita.
- (C) hipotireoidismo congênito.
- (D) erros inatos do metabolismo.
- (E) insuficiência hepática neonatal.

36

Adolescente de 14 anos comparece à consulta desacompanhado, referindo desejo de iniciar acompanhamento para orientação sobre saúde sexual e contracepção. Relata já ter iniciado vida sexual e não deseja que os pais sejam informados.

Segundo o ECA e as normas éticas, a conduta mais adequada para o caso é

- (A) exigir presença dos pais para autorizar atendimento.
- (B) registrar a consulta, mas comunicar os responsáveis.
- (C) garantir sigilo e realizar atendimento conforme solicitado.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar.
- (E) notificar o Ministério Público por risco social.

37

Menina de 6 anos e 9 meses é trazida ao consultório por apresentar aumento do volume mamário há 4 meses, associado a um crescimento acelerado e a odor axilar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com estatura no percentil 97, mama em estágio M2, ausência de pelos pubianos, velocidade de crescimento acima de 8 cm/ano e idade óssea estimada em 9 anos. A dosagem basal de LH foi de 0,3 mUI/mL, e após estímulo com GnRH apresentou pico de LH de 6,2 mUI/mL. Dosagens de estradiol foram discretamente elevadas. Exame neurológico sem alterações.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e a conduta mais apropriada são

- (A) Puberdade precoce periférica – solicitar ressonância de pelve e dosar HCG.
- (B) Puberdade precoce central idiopática – iniciar análogo de GnRH e realizar RNM de crânio.
- (C) Adrenarca precoce – acompanhamento clínico sem necessidade de tratamento.
- (D) Variante da normalidade – reavaliar em 6 meses sem exames complementares.
- (E) Hiperplasia adrenal congênita – iniciar corticoterapia e dosar aldosterona.

38

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado.

A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

- (A) administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem com reforço aos 4 anos.
- (B) não vacinar, pois a vacina é contraindicada em menores de 12 meses e adotar medidas preventivas sem vacinação.
- (C) aplicar a vacina da dengue pela possibilidade de fazer proteção cruzada.
- (D) aplicar a vacina e repetir aos 12 meses.
- (E) administrar apenas com laudo médico e termo de consentimento formal.

39

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto vaginal com 38 semanas de gestação, apresenta peso ao nascer de 2.200 g. A mãe tem 37 anos e realizou pré-natal com ultrassonografia morfológica alterada, mas não fez cariótipo fetal.

Ao exame físico, nota-se presença de microcefalia, fenda labial bilateral, polidactilia pós-axial em ambas as mãos, hipotonia generalizada e sopro cardíaco holossistólico audível em borda esternal esquerda. A ultrassonografia transfontanela revelou holoprosencefalia, e o ecocardiograma evidenciou comunicação interventricular ampla.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada para esse caso.

- (A) Síndrome de Edwards – confirmar com cariótipo e encaminhar para cirurgia cardíaca precoce.
- (B) Síndrome de Down – iniciar estimulação precoce e investigação cardiológica.
- (C) Síndrome de Turner – dosar hormônios tireoidianos e iniciar estrógenos na puberdade.
- (D) Síndrome de Patau – solicitar cariótipo e instituir cuidados paliativos com foco em conforto.
- (E) Síndrome de Noonan – investigação genética e correção cirúrgica das más-formações.

40

Lactente, 10 meses de idade, é trazido ao pronto-socorro com história de convulsão na manhã do atendimento. A mãe relata história de febre há cerca de 2 dias (até 39 °C), associada a irritabilidade e redução do apetite. Fora avaliado no dia anterior, recebendo diagnóstico de otite média aguda à direita e iniciando amoxicilina (está em uso há cerca de 24 horas) e antipiréticos.

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória durante cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO₂: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

Você realiza exames laboratoriais iniciais cujos resultados são: hemograma: Hb 11,5 g/dL; leucócitos 15.800/mm³ (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm³ – leucocitose com neutrofilia e discreto desvio à esquerda. Proteína C-reativa (PCR): 8,5 mg/dL (VN < 1,0); Glicemia à admissão: 92 mg/dL. O EAS (urina tipo 1), o Raio X de tórax, os eletrólitos séricos e escórias renais são normais.

A conduta mais adequada neste momento, entre as listadas, é

- (A) realizar punção lombar e iniciar antibioticoterapia empírica adequada se necessário.
- (B) iniciar medicação anticonvulsivante profilática de longa duração (como fenobarbital), mantendo também antipiréticos agressivamente a cada 4-6 horas.
- (C) solicitar eletroencefalograma (EEG) imediato e encaminhar para avaliação com neurologista pediátrico, devido ao risco de epilepsia após a crise convulsiva febril.
- (D) acompanhar ambulatorialmente sem investigar de forma invasiva, por se tratar de uma convulsão febril simples; orientar medidas antipiréticas e observar evolução, com retorno em caso de nova convulsão.
- (E) realizar neuroimagem cerebral (TC de crânio) imediatamente, para descartar lesão estrutural intracraniana ou outras causas neurológicas.

Cirurgia Pediátrica

41

A principal diferença do metabolismo hídrico do recém-nascido em relação ao adulto reside no fato de que o recém-nascido apresenta

- (A) maior proporção de água corporal total.
- (B) menor proporção de água no compartimento extracelular.
- (C) menor necessidade diária de líquidos.
- (D) menor susceptibilidade à desidratação.
- (E) maior capacidade renal de excreção de solutos.

42

Sobre a fisiologia renal do recém-nascido, assinale a afirmativa correta.

- (A) O rim do recém-nascido apresenta taxa de filtração glomerular (TFG) semelhante à do adulto.
- (B) A capacidade de concentração urinária é maior no recém-nascido do que no adulto.
- (C) A reabsorção tubular de sódio é limitada, o que predispõe a distúrbios hidroeletrólíticos.
- (D) O rim do recém-nascido responde de forma idêntica ao adulto à sobrecarga hídrica.
- (E) O recém-nascido apresenta reserva renal elevada, compensando bem perdas hídricas.

43

Assinale a principal fonte de energia para o recém-nascido nas primeiras horas de vida.

- (A) Proteínas musculares.
- (B) Corpos cetônicos.
- (C) Ácidos graxos de cadeia longa.
- (D) Glicogênio hepático.
- (E) Lactato sanguíneo.

44

Sobre a nutrição no período neonatal, é correto afirmar que

- (A) a necessidade calórica diária é menor do que no adulto.
- (B) o leite materno é insuficiente em proteínas e deve ser complementado rotineiramente.
- (C) a oferta de aminoácidos é crítica para crescimento e reparo tecidual.
- (D) o metabolismo lipídico é mais eficiente que em adultos.
- (E) a nutrição parenteral precoce não é indicada em prematuros

45

Em relação ao sódio no recém-nascido, assinale a afirmativa correta.

- (A) O rim neonatal excreta sódio eficientemente já ao nascimento.
- (B) A reabsorção tubular de sódio é imatura, predispondo a hiponatremia.
- (C) A concentração plasmática de sódio é invariavelmente estável no período neonatal.
- (D) A suplementação de sódio é desnecessária até o fim da primeira semana.
- (E) A hipernatremia é mais frequente que a hiponatremia.

46

Em relação à nutrição parenteral no recém-nascido crítico, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve ser evitada nas primeiras 48h de vida.
- (B) A infusão precoce de aminoácidos ajuda a prevenir catabolismo proteico.
- (C) Lipídios não devem ser utilizados em menores de 7 dias.
- (D) A oferta calórica deve ser reduzida para evitar ganho de peso.
- (E) A reposição vitamínica é desnecessária até o primeiro mês de vida.

47

O cisto do ducto tireoglossal é uma anomalia congênita cervical comum em crianças.

Sobre ele, assinale a afirmativa correta.

- (A) Está sempre localizado lateralmente ao pescoço.
- (B) Movimenta-se com a deglutição e a protrusão da língua.
- (C) O risco de recidiva após excisão é baixo, mesmo sem a técnica de Sistrunk.
- (D) Nunca se associa a tecido tireoidiano ectópico.
- (E) O diagnóstico diferencial com linfonodo reacional é raro

48

Sobre os cistos branquiais, é correto afirmar que

- (A) o de segunda fenda branquial é o mais comum.
- (B) são mais frequentemente encontrados na linha média.
- (C) não apresentam risco de infecção recorrente.
- (D) a cirurgia pode ser realizada durante quadro infeccioso ativo.
- (E) o diagnóstico clínico é suficiente, sem necessidade de imagem.

49

A conduta inicial em uma criança com massa cervical em linha média, dolorosa, com sinais flogísticos, é

- (A) realizar excisão cirúrgica imediata.
- (B) realizar drenagem cirúrgica definitiva durante a infecção aguda.
- (C) observar clinicamente sem intervenção.
- (D) solicitar apenas ultrassonografia e postergar qualquer medida.
- (E) iniciar antibiótico e aguardar resolução do processo inflamatório antes da cirurgia.

50

Sobre hemangiomas cervicais na infância, assinale a afirmativa correta.

- (A) A maioria apresenta crescimento rápido e exige excisão precoce.
- (B) A tendência natural é involuir espontaneamente em muitos casos.
- (C) São geralmente malignos e necessitam biópsia confirmatória.
- (D) Não apresentam risco de obstrução de vias aéreas.
- (E) O tratamento de escolha é sempre radioterapia.

51

Em relação ao linfangioma cervical (higroma cístico), assinale a afirmativa correta.

- (A) É uma lesão adquirida frequentemente após infecção bacteriana.
- (B) Não pode ser diagnosticado por ultrassonografia.
- (C) A ressecção cirúrgica é simples e sem risco de recidiva.
- (D) Apresenta crescimento rápido, podendo causar compressão de vias aéreas.
- (E) A escleroterapia não tem papel terapêutico.

52

Em relação ao torcicolo congênito muscular na infância, assinale a afirmativa correta.

- (A) Resulta principalmente de anomalias ósseas congênicas da coluna cervical.
- (B) O diagnóstico é confirmado apenas por tomografia computadorizada.
- (C) O esternocleidomastoideo está envolvido, geralmente por fibrose ou encurtamento.
- (D) O tratamento inicial indicado é a ressecção cirúrgica do músculo afetado.
- (E) Não há risco de deformidades secundárias se não tratado precocemente.

53

A principal consequência clínica do bócio congênito em recém-nascidos é

- (A) o hipertireoidismo com taquicardia persistente.
- (B) o hipotireoidismo neonatal, com risco de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.
- (C) o aumento transitório e autolimitado do volume cervical, sem repercussões.
- (D) a obstrução respiratória obrigatória em todos os casos.
- (E) a necessidade de ressecção cirúrgica precoce.

54

Em um lactente com estridor crônico desde o nascimento, a estenose subglótica congênita deve ser considerada.

Sua característica típica, nesse caso, é

- (A) desaparecer espontaneamente em 90% dos casos.
- (B) ser causada por falha no desenvolvimento da luz laríngea.
- (C) apresentar-se com crises súbitas de apneia, sem estridor.
- (D) o tratamento inicial é sempre cirúrgico.
- (E) não ter impacto sobre o crescimento pulmonar.

55

Sobre a traqueomalácia congênita, é correto afirmar que

- (A) resulta de fragilidade estrutural da parede traqueal.
- (B) manifesta-se apenas em adultos jovens.
- (C) tem como principal sintoma a rouquidão crônica.
- (D) o tratamento inicial é sempre cirúrgico.
- (E) nunca se associa a malformações cardíacas.

56

O principal mecanismo responsável pela morbidade e mortalidade na hérnia diafragmática congênita é a

- (A) restrição de crescimento fetal global.
- (B) insuficiência renal fetal por compressão das adrenais.
- (C) compressão cardíaca irreversível pelo deslocamento abdominal.
- (D) obstrução intestinal crônica pelo aprisionamento de vísceras.
- (E) hipoplasia pulmonar associada à hipertensão pulmonar persistente.

57

Sobre o tratamento cirúrgico da hérnia diafragmática congênita (HDC), é correto afirmar que

- (A) deve ser sempre realizado nas primeiras 6 horas de vida.
- (B) dispensa o uso de próteses em casos graves.
- (C) consiste na redução das vísceras abdominais e fechamento do defeito diafragmático.
- (D) é contraindicado em crianças que necessitam de ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea).
- (E) inclui ressecção do pulmão hipoplásico ipsilateral.

58

Em relação à classificação da Malformação Congênita das Vias Aéreas Pulmonares (MCVAP), assinale a afirmativa correta.

- (A) O tipo 0 é o mais comum e corresponde a lesão localizada nos bronquíolos terminais.
- (B) O tipo 1 é caracterizado por cistos grandes (> 2 cm) e é a forma mais prevalente.
- (C) O tipo 2 é geralmente assintomático e nunca se associa a outras malformações.
- (D) O tipo 3 apresenta-se com grandes cistos multiloculares que preenchem todo o pulmão.
- (E) O tipo 4 está relacionado a malformação brônquica, sem risco de transformação maligna.

59

O quadro clínico mais característico do enfisema lobar congênito sintomático (ELC) em recém-nascidos é:

- (A) cianose progressiva e insuficiência respiratória grave logo após o nascimento.
- (B) tosse seca crônica sem repercussão respiratória.
- (C) infecções de repetição apenas após adolescência.
- (D) hemoptise recorrente e dor torácica pleurítica.
- (E) pneumotórax espontâneo precoce.

60

Sobre o sequestro pulmonar congênito, assinale a afirmativa correta.

- (A) É caracterizado por tecido pulmonar normal com irrigação arterial pulmonar.
- (B) O sequestro extralobar é mais frequente e se apresenta em adolescentes.
- (C) A forma intralobar é mais comum e pode se manifestar com infecções recorrentes.
- (D) Nunca se associa a outras malformações congênicas.
- (E) A conduta expectante é sempre suficiente, mesmo em sintomáticos.

61

O princípio do tratamento cirúrgico da atresia de esôfago com fístula distal (tipo mais comum) é a

- (A) ressecção esofágica total com reconstrução tardia.
- (B) ligadura da fístula traqueoesofágica e anastomose término-terminal esofágica.
- (C) gastrostomia definitiva com alimentação enteral exclusiva.
- (D) anastomose esofagogástrica imediata com interposição colônica.
- (E) correção cirúrgica adiada obrigatoriamente após 6 meses.

62

O exame de imagem considerado o mais útil para o diagnóstico da estenose hipertrófica do piloro, atualmente, é

- (A) a radiografia simples de abdome mostrando distensão gástrica.
- (B) a tomografia computadorizada com contraste oral.
- (C) a ultrassonografia abdominal demonstrando espessamento da camada muscular pilórica.
- (D) o exame radiológico, trânsito intestinal com bário, mostrando “sinal do fio de prumo”.
- (E) a endoscopia digestiva alta de rotina em todos os casos suspeitos.

63

O seguinte achado radiológico clássico pode ser visto em atresia duodenal:

- (A) imagem de “dupla-bolha” (*double-bubble*) em radiografia simples de abdome.
- (B) presença de pneumatose intestinal difusa.
- (C) distensão colônica com fezes em fita.
- (D) imagem em “cascata” no trânsito de esôfago.
- (E) níveis hidroaéreos múltiplos em intestino grosso.

64

O seguinte sinal clínico é mais característico do vólvulo de intestino médio em recém-nascidos:

- (A) febre alta e diarreia aquosa.
- (B) tosse e sialorreia logo após o nascimento.
- (C) constipação leve desde o 1º dia de vida.
- (D) vômitos biliosos de início súbito.
- (E) dor abdominal recorrente apenas na adolescência.

65

Assinale o principal fator de risco associado ao desenvolvimento de enterocolite necrosante (ECN) em recém-nascidos.

- (A) Recém-nascidos a termo com aleitamento materno exclusivo.
- (B) Prematuridade e uso de fórmula láctea.
- (C) Crianças maiores de 2 anos com infecção viral intestinal.
- (D) Malformações de membros inferiores.
- (E) Uso precoce de antibióticos orais em crianças saudáveis.

66

O achado histológico definitivo para o diagnóstico da Doença de Hirschsprung é

- (A) a hipertrofia das fibras nervosas do plexo de Auerbach.
- (B) a atrofia das fibras nervosas do plexo submucoso.
- (C) a proliferação excessiva de células de Schwann.
- (D) o espessamento da camada muscular própria.
- (E) a ausência de células ganglionares nos plexos submucoso e mioentérico.

67

De acordo com a classificação tradicional, a malformação anorretal mais frequente em meninos é a

- (A) fístula retoperineal.
- (B) fístula retouretral (prostatomembranosa).
- (C) fístula retoesofágica.
- (D) atresia anal sem fístula.
- (E) fístula retovaginal.

68

Das apresentações a seguir, assinale a mais característica da intussuscepção intestinal em lactentes.

- (A) Vômitos não biliosos e regurgitação discreta após alimentação.
- (B) Dor abdominal contínua e diarreia sanguinolenta abundante.
- (C) Distensão abdominal e ausência de eliminação de mecônio logo após o nascimento.
- (D) Tosse, sialorreia e cianose durante mamadas.
- (E) Tríade clássica de dor abdominal intermitente, massa abdominal palpável e evacuação de fezes em “geleia de groselha”.

69

Assinale a apresentação clínica típica da atresia biliar extra-hepática em lactentes.

- (A) Episódios intermitentes de vômitos biliosos desde o nascimento.
- (B) Icterícia transitória que desaparece espontaneamente até o final do 1º mês.
- (C) Diarreia aquosa e esteatorreia com início no período neonatal imediato.
- (D) Hepatoesplenomegalia dolorosa sem icterícia.
- (E) Icterícia persistente com fezes acólicas e colúria após as primeiras semanas de vida.

70

Em relação à característica típica da pancreatite hereditária em crianças, assinale a afirmativa correta.

- (A) Está relacionada a mutações genéticas como PRSS1 e SPINK1, predispondo a episódios recorrentes de pancreatite aguda desde a infância.
- (B) Surge exclusivamente em adolescentes após trauma abdominal.
- (C) É sempre secundária a fibrose cística e ausência de secreção pancreática.
- (D) Não apresenta risco aumentado para malignidade pancreática.
- (E) Manifesta-se principalmente com diarreia crônica e esteatorreia desde o nascimento.

71

Em relação ao diagnóstico e manejo dos tumores testiculares em crianças, assinale a afirmativa correta.

- (A) A biópsia testicular por via inguinal é obrigatória para todos os casos antes do tratamento definitivo.
- (B) O acesso cirúrgico preferencial é sempre escrotal.
- (C) O tratamento de escolha inicial é quimioterapia sistêmica em todos os pacientes.
- (D) O marcador tumoral alfafetoproteína (AFP) pode estar elevado no tumor de saco vitelino.
- (E) A orquiectomia raramente é necessária, já que a maioria dos casos responde ao tratamento clínico.

72

Das características a seguir, assinale a que está mais fortemente associada a pior prognóstico no neuroblastoma infantil.

- (A) Amplificação do gene N-MYC.
- (B) Idade inferior a 12 meses no diagnóstico.
- (C) Estadiamento localizado (INSS estágio 1 ou 2). (Sistema Internacional de estadiamento de neuroblastomas-INSS)
- (D) Presença de diferenciação ganglioneural no histopatológico.
- (E) Hiperdiploidia no estudo citogenético.

73

A neoplasia ovariana mais frequente em crianças e adolescentes é o

- (A) carcinoma seroso de ovário.
- (B) teratoma maduro (cístico benigno).
- (C) tumor de células de Sertoli-Leydig.
- (D) tumor de células da granulosa juvenil.
- (E) disgerminoma.

74

Em relação ao tratamento cirúrgico do teratoma sacrococcígeo, a seguinte conduta é considerada fundamental para reduzir risco de recidiva:

- (A) ressecção da massa tumoral preservando o cóccix.
- (B) ressecção completa incluindo o cóccix (coccipectomia).
- (C) punção aspirativa seguida de ressecção parcial.
- (D) apenas biópsia diagnóstica e observação clínica.
- (E) ressecção incompleta associada a quimioterapia obrigatória.

75

Em relação ao tratamento cirúrgico da atresia biliar, assinale a afirmativa correta.

- (A) A cirurgia de Kasai (portoenterostomia) deve ser idealmente realizada até a 8ª semana de vida para maior eficácia.
- (B) O transplante hepático é considerado primeira linha em todos os casos, independentemente da idade da criança.
- (C) A cirurgia de Kasai promove cura definitiva da doença na maioria dos pacientes.
- (D) Crianças operadas após 12 semanas de vida apresentam o mesmo prognóstico que as operadas precocemente.
- (E) A falha da cirurgia de Kasai é caracterizada exclusivamente pela persistência de icterícia, sem risco de complicações adicionais.

76

Em relação à apresentação clínica da apendicite em crianças, assinale a afirmativa correta.

- (A) Em lactentes e crianças menores, a apresentação clássica com dor migratória para fossa ilíaca direita é a regra.
- (B) O vômito bilioso é o sintoma inicial mais comum da apendicite em escolares.
- (C) Em crianças pequenas, a perfuração é mais frequente e ocorre mais precocemente do que em adolescentes.
- (D) A febre alta e icterícia são sinais precoces típicos da apendicite não complicada.
- (E) A defesa abdominal localizada é incomum em crianças com apendicite.

77

Em relação ao trauma esplênico em crianças, assinale a afirmativa correta.

- (A) A esplenectomia é o tratamento de escolha em casos de ruptura esplênica grau I e II.
- (B) A preservação esplênica deve ser priorizada devido ao risco de sepse pós-esplenectomia.
- (C) A laparotomia imediata é mandatória em todos os casos de hemoperitônio detectado por FAST positivo.
- (D) A embolização esplênica não é recomendada em crianças, pois está associada a alta mortalidade.
- (E) O risco de complicações infecciosas é menor em crianças submetidas à esplenectomia do que em adultos.

78

Sobre o diagnóstico e conduta no trauma abdominal fechado em crianças, assinale a afirmativa correta.

- (A) A tomografia computadorizada com contraste deve ser evitada em crianças devido ao risco de radiação, sendo substituída sempre pelo ultrassom.
- (B) A bexiga é o órgão intra-abdominal mais frequentemente lesionado em traumas fechados pediátricos.
- (C) O fígado é o órgão sólido mais frequentemente acometido no trauma abdominal fechado em crianças.
- (D) O tratamento cirúrgico é indicado em todas as lesões hepáticas grau III.
- (E) . A ausência de sinais clínicos abdominais descarta lesões intra-abdominais em crianças vítimas de politrauma.

79

A seguinte associação congênita é frequentemente observada em pacientes com onfalocele e impacta no prognóstico:

- (A) agenesia renal unilateral.
- (B) fibrose cística.
- (C) cardiopatias congênitas.
- (D) síndrome de Down em todos os casos.
- (E) malformações de membros inferiores exclusivamente.

80

Assinale a opção que descreve corretamente a gastrosquise em recém-nascidos.

- (A) Defeito de linha média recoberto por membrana de âmnio e peritônio.
- (B) Defeito lateral ao umbigo, mas sempre recoberto por saco membranoso.
- (C) Defeito da parede abdominal, geralmente à direita do cordão umbilical com alças intestinais expostas, sem membrana de cobertura.
- (D) Malformação adquirida por infecção intrauterina.
- (E) Sempre associada a malformações cardíacas graves.

Realização

