

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

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!

Angiologia

1

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, refere dor e edema de todo o membro inferior direito (MID), com início há três dias e piora progressiva. Ao exame físico, apresenta cianose não fixa de MID com pulsos arteriais amplos, edema tenso e dorsiflexão passiva dolorosa do pé.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) linfedema tardio.
- (B) doença venosa cônica.
- (C) oclusão arterial aguda.
- (D) flegmasia cerúlea dolens.
- (E) tromboangeíte obliterante.

2

Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade e tabagista, chega à emergência com necrose do terceiro pododáctilo esquerdo e com história de claudicação intermitente para 75 metros, há três meses. Ao exame físico, foram constatadas ausência de pulsos poplíteo e distais e diminuição de temperatura em pé esquerdo.

Diante do caso, a melhor conduta a ser seguida é

- (A) internação de urgência e trombectomia mecânica.
- (B) amputação dos pododáctilos necrosados e reabilitação.
- (C) internação de urgência, arteriografia e revascularização.
- (D) desbridamento, curativo, antibioticoterapia e tratamento clínico.
- (E) internação eletiva e anticoagulação com heparina não fracionada.

3

A varfarina é um anticoagulante oral ainda utilizado para tratamento do tromboembolismo venoso em determinados perfis de pacientes.

O seu efeito terapêutico ocorre pela inibição dos seguintes fatores de coagulação:

- (A) Va, VIIIa e XIIa.
- (B) IIa, VIIa IXa e Xa.
- (C) fibrinogênio e fibrina.
- (D) PAI I e trombomodulina.
- (E) trombina e antitrombina.

4

Em relação ao tratamento dos aneurismas de aorta abdominal infrarrenal, assinale a afirmativa correta.

- (A) É contraindicada a correção cirúrgica aberta, quando sintomáticos.
- (B) Deve-se indicar cirurgia em todos os saculares, independentemente de seus diâmetros.
- (C) A cirurgia aberta eletiva é preferível naqueles com trombo intraluminal.
- (D) A correção por via endovascular é indicada para diâmetros maiores que 35 mm.
- (E) O acompanhamento clínico é a melhor opção naqueles casos com calcificação de parede.

5

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, foi encaminhada pelo ginecologista ao consultório do angiologista para tratamento de síndrome de Quebra-Nozes.

Os seguintes achados clínicos e radiológicos são compatíveis com essa síndrome:

- (A) hematúria macrosscópica, dor lombar esquerda, dispareunia e compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior.
- (B) edema de membro inferior esquerdo, dismenorreia e compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita.
- (C) dor abdominal pós-prandial, perda de peso, náuseas e vômitos e compressão da artéria celiaca pelo ligamento arqueado mediano.
- (D) dor e edema de membro inferior direito, varizes pélvicas e compressão da veia gonadal direita na junção da aorta com artéria mesentérica.
- (E) claudicação intermitente, diminuição de pulsos em membro inferior esquerdo, disfunção erétil e oclusão de segmento aorto-ilíaco infrarrenal.

6

Paciente do sexo feminino, 18 anos de idade, refere quadro de febre, emagrecimento e astenia, iniciados há cerca de seis meses, e associados a início recente de claudicação intermitente de membro superior esquerdo a médios esforços. Ao exame físico, apresenta carotidinia e sopro em fossa clavicular bilateral.

Esses achados clínicos são sugestivos de arterite

- (A) de Horton.
- (B) de Takayasu.
- (C) temporal.
- (D) de Moyamoya.
- (E) de células gigantes.

7

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, é levado ao pronto-socorro após acidente automobilístico. Na avaliação clínica, inicial apresenta-se lúcido, em bom estado geral e com fratura de tíbia e luxação posterior de joelho direito. Ao exame físico, observa-se gradiente de temperatura, pulsos poplíteos e tibial posterior e pedioso diminuídos em relação ao membro inferior esquerdo.

Das condutas a seguir, assinale a mais prudente para esse caso.

- (A) Solicitar exame de imagem de urgência para avaliar a possibilidade de trauma de artéria poplíteia direita.
- (B) Alta hospitalar e observação clínica, haja vista que se encontra estável e não há sinais ou sintomas de trauma vascular.
- (C) Abordagem cirúrgica imediata de região poplíteia, pois o paciente apresenta isquemia crítica de membro inferior direito.
- (D) Internação para correção de luxação de joelho direito e anticoagulação para tratamento da trombose aguda de veia poplíteia direita.
- (E) Alta hospitalar com antiagregação plaquetária, após correção de luxação de joelho e imobilização de membro inferior direito com tala.

8

No tratamento clínico da doença arterial periférica aterosclerótica, as diretrizes atuais sugerem o clopidogrel como antiagregante plaquetário de escolha inicial, em detrimento do ácido acetilsalicílico.

A justificativa para essa sugestão é

- (A) não ter como efeito colateral leucopenia e/ou plaquetopenia.
- (B) maior eficácia na redução de eventos cardiovasculares maiores.
- (C) diminuição de eventos isquêmicos maiores de membros inferiores.
- (D) redução de sangramentos não maiores, porém clinicamente relevantes.
- (E) não obrigatoriedade de suspensão em caso de necessidade de intervenção cirúrgica.

9

As trombofilias hereditárias ou adquiridas são doenças que provocam hipercoagulabilidade sanguínea e, portanto, podem levar ao tromboembolismo venoso (TEV) ou eventos tromboembólicos arteriais.

Dos pacientes apresentados a seguir, assinale o que é compatível com o diagnóstico de trombofilia.

- (A) Sexo feminino, 40 anos de idade, com história de dois abortamentos de idade gestacional maior do que 28 semanas.
- (B) Sexo masculino, 75 anos de idade, com episódio de trombose venosa profunda em pós-operatório de fratura de fêmur direito.
- (C) Sexo masculino, 28 anos de idade, com história de TEV espontânea em veia renal direita e de membro inferior esquerdo.
- (D) Sexo feminino, 38 anos de idade, com embolia pulmonar maciça em vigência de tratamento quimioterápico de neoplasia de ovário.
- (E) Sexo feminino, 25 anos de idade, sem antecedentes familiares de TEV e com história de trombose venosa profunda após imobilização de extremidade por fratura.

10

Paciente do sexo masculino, 80 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com suspeita de trombose venosa profunda (TVP). Após anamnese e exame físico, o médico de plantão aplicou o escore de Wells que somou um ponto.

Diante dessa situação, o melhor exame complementar para confirmar ou afastar o diagnóstico de TVP é

- (A) Eco Doppler colorido venoso, pelo seu alto valor preditivo positivo.
- (B) dosagem sérica do dímero D, pelo seu alto valor preditivo negativo.
- (C) Doppler ultrassom de ondas contínuas pela sua alta especificidade.
- (D) venografia com subtração digital, pois é o padrão ouro para o diagnóstico de TVP.
- (E) Iniciar anticoagulação profilática com heparina de baixo peso molecular e agendar reavaliação ambulatorial em 7 dias.

11

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com queixa de veia na perna esquerda com trajeto endurecido, hiperemiado e dolorosa à palpação. Durante anamnese, referiu perda ponderal e astenia e, ao exame físico, observou-se a presença de massa abdominal na região do epigástrico e mucosas hipocoradas.

Diante desse quadro clínico, suspeitamos de síndrome de

- (A) Behçet.
- (B) Cockett.
- (C) Buerger.
- (D) Mondor.
- (E) Trousseau.

12

O estágio clínico C4c da classificação CEAP é caracterizado pela seguinte manifestação clínica:

- (A) edema.
- (B) eczema.
- (C) veias reticulares.
- (D) corona phlebectatica.
- (E) lipodermatoesclerose.

13

Paciente de 22 anos de idade, sexo feminino, apresenta, ao exame físico, edema de membro inferior direito endurecido, com verrucosidades cutânea e que não regride completamente com o repouso. Ainda na avaliação, o paciente apresentava o sinal de Stemmer positivo.

Esse sinal caracteriza

- (A) dor à palpação de terço inferior de perna ou coxa.
- (B) ausência do cacifo ao comprimir a pele em face maleolar interna.
- (C) não diminuição de diâmetro da perna após elevação do membro.
- (D) dificuldade do pinçamento da pele da base do 2º pododáctilo.
- (E) presença de veias sentinelas que não regridem com o decúbito dorsal.

14

Paciente de 65 anos de idade, sexo masculino, ex-tabagista, portador de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* tipo II, procura o cirurgião vascular com queixa de claudicação intermitente de panturrilha direita, após deambulação de aproximadamente 100 metros. Depois da anamnese e do exame físico, o médico comunica que o paciente tem o diagnóstico de síndrome de Leriche.

A tríade característica dessa síndrome é

- (A) edema, dor e claudicação intermitente de panturrilha.
- (B) parestesia, dor lombar à deambulação e cianose não fixa.
- (C) edema, diminuição de pulsos distais e palidez do membro.
- (D) claudicação glútea, ausência de pulsos e impotência sexual.
- (E) sopro em região epigástrica, claudicação e hipotermia distal.

15

A associação de determinadas classes medicamentosas, como a dupla via de inibição, demonstrou ser uma terapia eficaz e segura para os pacientes portadores de doença arterial periférica de etiologia aterosclerótica, reduzindo desfechos de membros e cardiovasculares maiores e aumentando a distância de marcha livre de dor.

As classes medicamentosas que caracterizam a dupla via de inibição são

- (A) antiglicemiantes e vasodilatadores periféricos.
- (B) antilipemiantes e antiagregantes plaquetários.
- (C) antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.
- (D) hemorreológicos e antiagregantes plaquetários.
- (E) vasodilatadores periféricos e anticoagulantes orais.

16

Paciente do sexo feminino, 16 anos de idade, deu entrada na emergência com queixa de dor e edema volumoso de membro inferior esquerdo. Foi solicitado o eco Doppler colorido, que confirmou o diagnóstico de trombose venosa profunda de segmento fêmoro-ilíaco esquerdo, com presença de trombo flutuante se insinuando em veia cava inferior e possível síndrome de May-Thurner. Após internação, foi iniciada heparinização plena. No quinto dia de tratamento, a paciente evoluiu com oclusão arterial aguda e isquemia crítica do membro acometido.

O provável diagnóstico é

- (A) tromboangeíte obliterante.
- (B) arterite de células gigantes.
- (C) síndrome do anticorpo antifosfolípido.
- (D) trombose arterial aguda por dissecação.
- (E) trombocitopenia induzida por heparina.

17

Paciente deu entrada na emergência com quadro de oclusão arterial aguda de membro inferior esquerdo. Submetido à embolectomia com cateter de Fogarty de artéria ilíaca externa, evoluiu no pós-operatório imediato com dispneia, taquipneia, agitação, taquicardia, hipotensão arterial, diminuição de temperatura do membro, oligúria e saturação de oxigênio de 88%.

Os exames laboratoriais solicitados demonstram elevação de escórias nitrogenadas, CPK 19.500 mg/dL, marcadores de necrose miocárdica negativos, gasometria arterial com acidose metabólica e hiperpotassemia. O eletrocardiograma demonstrava taquicardia sinusal, sem alterações isquêmicas ou de ondas do complexo QRS.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica é

- (A) cetoacidose diabética.
- (B) infarto agudo do miocárdio.
- (C) hipertensão arterial maligna.
- (D) síndrome de isquemia-reperusão.
- (E) tromboembolismo pulmonar maciço.

18

A medicação de escolha para tratamento de trombose venosa profunda, em paciente portador de síndrome do anticorpo antifosfolípido triplo positivo, é

- (A) varfarina.
- (B) rivaroxabana.
- (C) fondaparinux.
- (D) ácido acetilsalicílico.
- (E) heparina de baixo peso molecular.

19

Paciente de 75 anos de idade, sexo masculino, com doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica estágio 3, é trazido ao pronto-socorro com dor súbita, intensa e progressiva no membro inferior direito, que começou há cerca de 4 horas. O exame físico revela uma perna pálida, com diminuição de temperatura, ausência de pulsos distais e diminuição da sensibilidade. Não há histórico de trauma ou cirurgias recentes.

Considerando a provável etiologia e as comorbidades do paciente, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar ecodoppler colorido venoso de membros inferiores e, caso confirme a trombose venosa profunda, anticoagulação oral.
- (B) iniciar heparina intravenosa imediatamente e encaminhar para angiografia de emergência, a fim de possível revascularização.
- (C) prescrever terapia trombolítica endovenosa de urgência com alteplase devido ao alto risco de extensão da trombose e embolização distal.
- (D) internar o paciente, após anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular, para realização de angioressonância eletiva.
- (E) internar o paciente, prescrever analgesia e antiagregação plaquetária e solicitar angiotomografia arterial após estabilização do quadro.

20

Paciente de 60 anos de idade, sexo masculino, coronariopata e portador de *diabetes mellitus* tipo II, foi recentemente submetido a uma angioplastia femoropoplíteia com colocação de stent.

A estratégia inicial mais adequada de terapêutica antiplaquetária após o procedimento é

- (A) monoterapia com ácido acetilsalicílico ou clopidogrel.
- (B) ácido acetilsalicílico por três meses e trocar para clopidogrel, após.
- (C) associação de clopidogrel e ácido acetilsalicílico por 3 a 6 meses.
- (D) clopidogrel e ticagrelor no primeiro mês e somente o clopidogrel, depois.
- (E) ácido acetilsalicílico nos primeiros três meses e depois associar ticagrelor.

21

Paciente com 28 anos de idade, gestante de 24 semanas, apresenta dor e edema súbito de membro inferior esquerdo iniciado há cerca de 4 horas. Foi solicitado pelo plantonista o eco Doppler colorido, após pontuação maior que dois no score de Wells.

O seguinte achado ao exame de eco Doppler é patognomônico de trombose venosa profunda:

- (A) incompressibilidade da veia.
- (B) imagem hiperecoica no interior da veia acometida.
- (C) perda da fascicidade respiratória do fluxo venoso profundo.
- (D) diminuição do fluxo venoso durante a manobra de Valsalva.
- (E) aumento do fluxo em veias superficiais no segmento acometido.

22

Assinale a opção que apresenta a principal causa de embolia arterial aguda de origem não cardíaca.

- (A) Latrogenia.
- (B) Aneurismas.
- (C) Trauma arterial.
- (D) Prótese vasculares.
- (E) Doença ateromatosa.

23

Paciente do sexo masculino, 75 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* tipo I e dislipidemia, apresenta, ao exame físico, sopro em topografia de carótida esquerda.

Dos critérios a seguir, assinale o que é indicação formal para a realização de endarterectomia de carótida.

- (A) Estenose entre 70 e 99% em pacientes com sintomas isquêmicos, no território da carótida correspondente.
- (B) Espessamento concêntrico da parede da carótida interna, levando a um estreitamento de pelo menos 50% da luz.
- (C) Presença de placa aterosclerótica de carótidas interna e externa, provocando estenose maior que 50% da luz de ambas.
- (D) Placa aterosclerótica causando estenose maior que 70% da luz da carótida externa, em paciente com ataque isquêmico transitório.
- (E) Acometimento de artéria vertebral em paciente com estenose de carótida e AVC isquêmico contralateral, nos seis meses anteriores.

24

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, tabagista e portadora de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, apresenta, ao ecodoppler de rotina, imagem em colar de contas em carótida interna direita.

Diante desse achado, assinale a opção que apresenta outro sítio que deve ser investigado para avaliação de doença multifocal.

- (A) Artérias renais.
- (B) Veias poplíteas.
- (C) Aorta abdominal.
- (D) Artérias poplíteas.
- (E) Veia jugular externa.

25

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, apresenta início de alteração sequencial de cor de mãos quando exposta eventualmente ao frio intenso.

A seguinte característica clínica é sugestiva de fenômeno de Raynaud (FR) primário:

- (A) idade maior que 40 anos.
- (B) frequência exacerbada do FR.
- (C) história familiar positiva de FR.
- (D) acometimento assimétrico de mãos.
- (E) dor durante a crise de vasoespasmo.

26

No tratamento dos tumores vasculares em fase inicial proliferativa, a medicação de escolha para abreviar o seu desenvolvimento e reduzir sequelas é o(a)

- (A) sirolimus.
- (B) vincristina.
- (C) propranolol.
- (D) prednisona.
- (E) timolol tópico.

27

A trombose de veia subclávia causada por esforço repetitivo é conhecida como síndrome de

- (A) Dunbar.
- (B) Moyamoya.
- (C) May-Thurner.
- (D) Paget-Schrötter.
- (E) Kasabach-Merritt.

Cirurgia Vascular

28

Ao receber um paciente em unidade terciária de saúde, lê-se o seguinte relato da UBS:

Paciente feminina 68 anos DM, HAS, tabagista, portadora de varizes desde a adolescência refratária a tratamento clínico com flebotômico e meia elástica. Refere dores intensas nas pernas ao caminhar e grandes varizes. Ceap5 provável ASA II. Compartilho cuidado para tratamento das varizes por espuma densa ecoguiada.

A conduta mais apropriada nesse caso é

- (A) solicitar Doppler venoso para estudo das safenas.
- (B) solicitar angiotomografia aorto-ilíaca e dos membros inferiores.
- (C) dar seguimento ao fluxo do sistema e realizar o tratamento das varizes por espuma densa ecoguiada.
- (D) realizar anamnese e exame físico de unidade básica buscando eventuais etiologias diversas para os sintomas.
- (E) iniciar tratamento clínico para as varizes e devolver à Unidade Básica de Saúde para melhor investigação.

29

Em um exame de ecodoppler colorido venoso realizado com o objetivo de diagnosticar uma trombose venosa profunda, o parâmetro que garante o diagnóstico da trombose é

- (A) o calibre reduzido da veia.
- (B) a ausência de fluxo fásico.
- (C) a presença de pequenos fluxos vistos no modo color.
- (D) a não compressibilidade da veia no modo B em corte longitudinal.
- (E) a não compressibilidade da veia no modo B em corte transversal.

30

Em relação ao tratamento das varizes, é correto afirmar que

- (A) o tratamento térmico com endolaser pode ser mais preciso evitando destruir trechos de veia sadia.
- (B) a fleboextração clássica pode ser mais bem indicada quando houver doença arterial associada.
- (C) os melhores tratamentos para varizes não associam métodos e sim utilizam técnicas isoladas.
- (D) a associação da espuma densa com a flebectomia tende a ser o método de melhor resultado estético para o paciente.
- (E) a escleroterapia com espuma é amplamente indicada para o tratamento da maioria das veias superficiais e profundas quando há necessidade de fechar uma ferida.

31

Em relação à doença aneurismática, é correto afirmar que

- (A) o aneurisma de artéria poplítea tende a causar complicações isquêmicas.
- (B) o melhor método diagnóstico para doença aneurismática poplítea é o estudo arteriográfico.
- (C) pode haver alguma associação estatística significativa entre aneurisma de aorta abdominal e aneurisma de artéria poplítea.
- (D) tratar um aneurisma de artéria poplítea por método endovascular é considerado um erro técnico uma vez que o risco embólico permanece.
- (E) considerando o baixo risco de rotura de um aneurisma poplíteo e seu enorme risco de embolização, o tratamento deve sempre envolver anticoagulação ou antiagregação em vez de intervenção cirúrgica.

32

Sobre a endarterectomia carotídea, assinale a afirmativa correta.

- (A) A maior complicação dessa cirurgia é o IAM.
- (B) É indicada em pacientes com estenose acima de 70% com boa expectativa de vida e bom risco cirúrgico.
- (C) Deve ser evitada em pacientes com AVC prévio para não ocorrer conversão de área isquêmica em hemorrágica.
- (D) O uso de *shunt* deve ser evitado para não estimular a embolização de material da placa.
- (E) O uso de *shunt* é obrigatório para proteger o paciente de eventuais embolizações de material da placa.

33

Paciente do sexo masculino, 65 anos, apresenta, há um ano, sintomas como mal-estar e eructações pós prandiais além de alterações erráticas do trânsito intestinal. Nesse período, os sintomas se intensificaram e já há dor forte que exigiu sua ida a serviço de emergência uma vez após alguma refeição. Considerando esses dados clínicos, a melhor abordagem diagnóstica é a

- (A) arteriografia armada.
- (B) ultrassonografia abdominal e ecocardiografia transesofágica.
- (C) angiotomografia abdominal e pélvica.
- (D) endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia.
- (E) tomografia contrastada, incluindo fase portal.

34

Durante um procedimento para *kissing stent* em um paciente de 85 anos, com acessos por punções femorais retrógradas, a placa da artéria ilíaca comum direita ocluiu durante a manipulação e o recurso de *road map* do aparelho da hemodinâmica parou de funcionar.

Nesse caso, para manter a segurança e a continuidade do procedimento do paciente, a medida mais prudente seria

- (A) recanalizar de forma anterógrada, considerar um acesso braquial, fazer a técnica de “varal” e dar seguimento à cirurgia.
- (B) interromper o procedimento que não deve ser feito sem mapeamento, manter o paciente em anticoagulação plena até o restabelecimento da função do aparelho.
- (C) manter a tentativa de recanalização retrógrada, pois abandonar o planejamento torna a situação ainda mais arriscada.
- (D) converter para cirurgia aberta, realizar endarterectomia das artérias ilíacas garantindo assim a revascularização.
- (E) converter para cirurgia aberta, abandonar a dificuldade das ilíacas e realizar um *by-pass* aortobifemoral.

35

Embora a função cardíaca seja crucial na determinação do débito cardíaco, o conjunto de fatores extracardíacos que afetam o aporte sanguíneo ao coração são os controladores primários do débito.

Segundo o mecanismo de Frank-Starling, esses fatores são:

- (A) boa hidratação e aporte de carboidrato de digestão imediata para manter o aporte calórico.
- (B) hidratação leve e uso de substâncias com efeito cronotrópico positivo.
- (C) hidratação leve e uso de substâncias com efeito inotrópico positivo.
- (D) boa hidratação e uso de meias elásticas compressivas.
- (E) aporte de carboidrato de digestão imediata e uso de meias elásticas compressivas.

36

Em situações bioquimicamente complexas como sepse, hemodiálise, *by-pass* cardiopulmonar, o contato com algumas superfícies ativa a via intrínseca da coagulação.

O seguinte fator está envolvido nessa ativação:

- (A) VII.
- (B) VIII.
- (C) IX.
- (D) XII.
- (E) XIII.

37

Em relação à embolização de miomas uterinos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve ser usada como um aliado da cirurgia tradicional para diminuir sangramento per-operatório, mas não um tratamento isolado.
- (B) É contraindicada em mulheres em idade fértil devido ao risco de infertilidade.
- (C) As microesferas são o agente embolização de preferência para esse procedimento.
- (D) Pelo fato de o mioma não ser retirado, as chances de infecção são muito elevadas.
- (E) É indicada apenas para miomas submucosos, que são os mais sintomáticos e com mais chance de sangramento.

38

Paciente recebe injeção de 10 mL de espuma ecoguiada a 3% na safena magna esquerda. Foi orientada verbalmente e por escrito sobre a flebite e a trombose propositais na veia e o passo-a-passo do procedimento. Vinte dias depois, vai a uma unidade de emergência com queixa de dor, grumos nos locais da injeção rubor, e não está em uso dos analgésicos prescritos.

Diante desse quadro, é adequado

- (A) indicar filtro de veia cava inferior.
- (B) prescrever analgesia com corticoesteroides e opioides, dado descontrole da inflamação, estimular repouso e iniciar anticoagulação oral.
- (C) iniciar antibiótico terapia de largo espectro, internar e instalar anticoagulação plena.
- (D) internar para tratamento com trombolítico.
- (E) manter a prescrição de AINEs, compressa local, uso de meias elásticas de compressão até o retorno agendado e estimular movimento.

39

O seguinte paciente pode ser tratado com laser transdérmico no momento da consulta:

- (A) paciente lactante.
- (B) paciente em uso de fotossensibilizadores
- (C) paciente com doença despigmentante como vitiligo.
- (D) paciente com pele muito bronzeada.
- (E) paciente com infecção local.

40

Paciente de 86 anos do sexo masculino apresenta quadro de claudicação incapacitante que o impede de realizar suas atividades fora de casa, pois está quase no nível de dor-de-repouso. Seus exames de imagem mostraram suboclusões das ilíacas comuns e estenoses severas das externas. Femorais superficiais ocluídas nas origens com poplíteas que reabituavam na linha do joelho. À direita, havia apenas uma tibial posterior aberta. À esquerda, uma fibular e uma tibial posterior com muitas estenoses. Foi realizado *kissing stent* com angioplastia e *stent* até as ilíacas externas, sem intercorrências. O deságue se deu pelas profundas.

Na consulta de 30 dias de pós-operatório, o paciente reclama que está sentindo mais dor que antes da cirurgia, está pior. Logo que sai de casa, já começa a sentir uma pequena dor nas panturrilhas. A dor se acentua se ele continua a andar, o que faz com que ele logo tenha de parar, configurando o ciclo clássico da claudicação intermitente. Ao exame, pulsos femorais ++++/4, demais ausentes, membro aquecido e enchimento capilar lentificado nos pés.

A conduta mais acertada diante desse quadro é

- (A) expectante e orientação.
- (B) profundoplastia para melhorar o deságue.
- (C) recanalização fêmuro-poplíteia endovascular.
- (D) *by-pass* das femorais para algum trecho bom das infrageniculares.
- (E) iniciar ciclo de prostaglandina venosa.

41

O filtro de veia cava pode ser indicado como primeira opção de tratamento no paciente

- (A) com trombose venosa ou embolia pulmonar associadas à síndrome paraneoplásica.
- (B) com trombose venosa ainda sem nenhum tratamento prévio.
- (C) abaixo de 30 anos com trombose de veias gastrocnemias.
- (D) octagenário que será submetido a cirurgia abdominal.
- (E) do sexo feminino em idade fértil.

42

O mecanismo aceito para a existência da reação desenvolvida pelas artérias chamada hiperplasia miointimal é

- (A) a deposição de plaquetas agregadas aos miócitos.
- (B) a formação de matriz extracelular (colágeno e proteoglicanas).
- (C) a aterosclerose em seus mecanismos típicos.
- (D) a formação de microhemorragias dos *vasa vasorum* na camada íntima, atraindo celularidade.
- (E) a migração e proliferação de células musculares lisas para a camada íntima.

43

Uma paciente de 38 anos procura o seu consultório por edema nos tornozelos, principalmente o esquerdo. Ela relata que por ser bem magra e praticar muita natação, o sinal não causava tanto incômodo, mas há um ano se intensificou a ponto de haver tardes em que seu sapato esquerdo não entrava no pé. Sem comorbidades, operou varizes há dois anos, quando lembra “ter feito algum exame para ver se tinha uma veia apertando outra” e havia dado negativo.

Ao exame, varizes de médio calibre exclusivamente à esquerda, edema +2/+4, frio, mole, indolor e com leve cacifo. As circunferências da panturrilha e da coxa esquerda são sensivelmente maiores quando medidas nos mesmos pontos.

Diante do quadro, a conduta mais coerente é

- (A) tratar a IVC bilateral, mais intensa à esquerda, já que fora afastada Síndrome de May-Thurner.
- (B) investigar varizes pélvicas e miomas uterinos que podem cursar independente do May-Thurner.
- (C) solicitar linfocintilografia para o membro afetado.
- (D) ignorar exames antigos e reinvestigar May-Thurner, já que o quadro é sugestivo.
- (E) heparina plena, drenagem linfática e linfocinéticos.

44

Os seguintes fatores da homeostase são dependentes de vitamina K:

- (A) FII, FVII, FIX, FX, FXI.
- (B) FII, FVIII, FIX, FX, FXI.
- (C) FII, FVII, PtnS, FIX, FX.
- (D) FIII, FVII, PtnS, FIX, FX.
- (E) FIII, FVII, PtnC, FIX, FX.

45

Paciente masculino, aproximadamente 30 anos, dá entrada com lesão por arma branca em região cervical ligeiramente à esquerda da fúrcula esternal, se projetando crânio-caudal. Está em choque hipovolêmico. A faca do crime continua inserida no local descrito. Não há pneumotórax aparente, mas o sangramento local é muito intenso.

Diante dessa situação, a conduta mais adequada é

- (A) fazer transfusão de sangue e cristaloides, além de exames rápidos de imagem para diagnosticar a lesão.
- (B) executar toracotomia anterolateral esquerda no terceiro espaço para controle da origem da subclávia, a lesão mais provável.
- (C) Executar esternotomia imediata para controle proximal da carótida comum, a lesão mais provável.
- (D) retirar rapidamente a faca e substituí-la por elementos que tamponem o sangramento até que a lesão possa ser levada a toracotomia extensa no centro cirúrgico.
- (E) fazer arteriografia armada já em condições de tratar via endovascular, se a anatomia da lesão permitir.

46

Paciente do sexo masculino, 78 anos com aneurisma de aorta infrarrenal assintomático. Após estudos de imagem, tem diâmetros máximos de 5,9 x 5,1 cm e anatomia favorável para tratamento endovascular.

Das estratégias elencadas a seguir, assinale a que apresenta maior risco de complicação imediata ou tardia.

- (A) Implante de endoprótese bifurcada com fixação proximal em aorta infra renal e fixação distal em ilíacas comuns.
- (B) Implante de endoprótese bifurcada com fixação suprarrenal (*freeflow*) e fixação distal em ilíacas externas.
- (C) Implante de endoprótese fenestrada com fixação proximal aórtica e fixação distal em ilíacas comuns com preservação das artérias renais.
- (D) Implante de endoprótese tubular com fixação proximal em aorta infrarrenal e técnica de *chimney* para preservar as artérias renais.
- (E) Implante de endoprótese bifurcada com fixação infrarrenal utilizando acesso completamente percutâneo.

47

Moça jovem, de 49 anos, vem ao consultório com dores vespertinas, edema ocasional. Ela relata que trabalha sentada, no escritório, 10 horas por dia, que “tem varizes horrorosas” e “pequenas manchas nos membros inferiores”.

Ao exame, teleangiectasias esparsas, pigmento que não sugere IVC e um exame físico no qual sequer se palpam as safenas.

Tecnicamente, a forma correta de conduzir o caso dessa moça é

- (A) propor escleroterapia e desvincular seus sintomas de etiologia vascular. Pedir um ecodoppler. Encaminhar a um dermatologista. Avaliar meia elástica.
- (B) fazer um Doppler, mostrar a importância do tratamento precoce e desenvolver um plano mais completo de abordagem com despigmentantes, escleroterapia e laser.
- (C) investigar primeiro o quadro adequadamente com Doppler aortoiliaco, membros inferiores e superiores. Se excluídas más formações, trombooses ou fístulas, traçar um plano terapêutico.
- (D) usar cremes e flebotônicos e indicar retorno em um ano, pois não há nada a tratar ou investigar nesse momento.
- (E) havendo qualquer alteração nas safenas, tratar precocemente para evitar desenvolvimento da doença e venosa em paciente tão nova.

48

Em relação ao tratamento das veias safenas doentes durante uma cirurgia de varizes, é correto afirmar que

- (A) a espuma densa ecoguiada é método excelente, pois associa eficácia e estética.
- (B) O *stripping* das safenas magnas continua sendo padrão ouro, pois trata de forma definitiva.
- (C) a associação do *laser* transdérmico com espuma diminui a reação inflamatória e evita as manchas.
- (D) o *endolaser* de 1470 nm é um método seguro, muito preciso, pode ser associado a outros, se houver demanda.
- (E) as artérias hipogástricas são importante ponto de referência ultrassonográfica ao trabalharmos com espuma e *endolaser*.

49

Nos casos de isquemia infrapatelar, é correto afirmar que

- (A) devemos nos ater a revascularizar uma e apenas uma artéria infragenicular, pois é sabido que uma mantém vivo o membro e assim faríamos as pontes.
- (B) devemos tentar reabrir as três artérias, não obstante o tempo de procedimento, pois essa barreira de segurança temporal já foi vencida e sabemos que a perviedade da angioplastia tende a ser menor que a da ponte.
- (C) duas artérias é o padrão ouro pois garante segurança e reserva em caso de uma oclusão, jamais se conformar com uma só e não buscar o terceiro ramo.
- (D) devemos estar sempre prontos a converter o procedimento em cirurgia aberta caso os fluxos obtidos não sejam satisfatórios.
- (E) duas artérias costumam trazer ótimo resultado clínico ao paciente; porém se a terceira for fácil, não há contraindicação em tentar, observados todos os parâmetros de segurança.

50

Em relação às drogas hemorreológicas, é correto afirmar que

- (A) os novos antiagregantes orais, como o abciximab, por exemplo, conseguiram substituir as drogas antigas com mais eficácia e controle laboratorial.
- (B) o AAS inibe a ciclooxigenase plaquetária, o que só é reversível após sete dias com síntese de matriz celular.
- (C) o clopidogrel é uma molécula desenvolvida como uma evolução da ticlopidina, tendo ótima eficácia antiagregante sem os efeitos colaterais potencialmente graves da primeira
- (D) na gestação, devemos utilizar apenas warfarina e heparina não fracionada pois temos os controles do TAP e PTT, os quais não são possíveis com as drogas novas.
- (E) em pacientes portadores de vasculites, muitas vezes associamos anticoagulante e antiagregante, exceção para a SAAF, na qual não se deve utilizar AAS.

51

Paciente mineira, 32 anos, queixa-se de dor vespertina e edema ocasional e teleangiectasias próximas aos tornozelos. Tem a pele muito clara, o que torna os vasos mais evidentes. Não há sinais típicos de Insuficiência venosa crônica.

Pratica esporte e não tem comorbidades. Ecodoppler mostrou trecho de três centímetros de refluxo na Magna direita no terço superior da coxa, onde recebe uma tributária e dois centímetros na Magna direita na perna sempre com calibre normal (2 mm) e curso retilíneo.

A melhor condução para essa paciente é

- (A) aplicar *endolaser* apenas nos trechos doentes das safenas.
- (B) indicar acompanhamento clínico regular e indicar meias elásticas.
- (C) indicar exercícios de carga programados com profissional.
- (D) prescrever acompanhamento clínico regular e indicar meias elásticas.
- (E) aplicar espuma ecoguiada, indicar meias elásticas e drenagem.

52

Apesar de nenhum dispositivo ser perfeito, o seguinte dispositivo tornou-se um modelo a ser seguido e aperfeiçoado considerando filtros de veia cava e inspirando até os mais modernos:

- (A) Clipe de Plate.
- (B) Filtro de Greenfield.
- (C) Balão de Hunter.
- (D) Umbrella de Mobin-Uddin.
- (E) Peneira de Eichelter.

53

Em um trauma fechado de tórax por colisão automóvel *versus* anteparo, a vítima chega em óbito, com palidez cadavérica. Há uma pequena lesão pré-esternal e não há exteriorização quase nenhuma de sangue.

Sabemos que no trauma fechado de aorta, o ponto mais provável de rotura é

- (A) o istmo aórtico.
- (B) o óstio coronário.
- (C) o tronco braquiocefálico.
- (D) a raiz das válvulas.
- (E) o óstio da artéria de Adamkiewicz;

54

Um paciente de 60 anos chega à emergência com dor súbita e muito intensa de início há uma hora e diminuição de força em membro inferior esquerdo. Relata claudicação intermitente bilateral há anos e para grandes distâncias. Em uso de losartana e amiodarona.

Ao exame, pulsos irregulares nos membros superiores, femorais e poplíteas direita. Pulsos poplíteo esquerdo e distais ausentes. Frialdade e palidez do terço inferior da coxa esquerda até o pé, onde se observa cianose não fixa. A perfusão do membro inferior direito é normal.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) oclusão arterial aguda.
- (B) dissecção aguda de aorta.
- (C) dissecção de artéria femoral.
- (D) descompensação de síndrome isquêmica crônica.
- (E) rotura de doença cística de artéria poplíteas.

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

55

A biópsia renal percutânea guiada por meio de ultrassonografia ou tomografia computadorizada permite a aquisição de tecido renal de forma precisa e confiável para avaliação histopatológica.

Sobre a radiologia intervencionista na biópsia renal, é correto afirmar que

- (A) o índice de coagulação anormal não é uma de contra-indicação.
- (B) a assinatura do consentimento informado por escrito é facultativa.
- (C) recomenda-se observação por no mínimo 10 minutos após o procedimento.
- (D) deve ser realizada quando há dilema diagnóstico entre infecção e massa maligna.
- (E) não é uma indicação a ser realizada na deterioração renal em paciente transplantado.

56

Masculino, 21 anos, procura atendimento médico porque notou "um inchaço endurecido com forma de cordão no pênis". Foi solicitada ultrassonografia de pênis que demonstra imagem anecoica no interior da veia dorsal peniana, associada à incompressibilidade dela, sem evidência de fluxo vascular ao Doppler no interior da veia.

O diagnóstico mais provável é

- (A) fratura peniana.
- (B) doença de Mondor.
- (C) doença de Peyronie.
- (D) linfangite de baixo débito.
- (E) priapismo de baixo débito.

57

Paciente do sexo feminino, 54 anos, previamente hígida, apresenta episódios recorrentes de tosse seca, rouquidão e dispneia aos esforços há alguns meses, além de dor e vermelhidão em ambos os pavilhões auriculares, poupando os lobos.

Foi submetida à tomografia computadorizada de tórax para investigação de possível acometimento respiratório, que revelou espessamento suave da parede traqueal anterior e lateral, com preservação da parede membranosa posterior, sem sinais de estenose crítica.

Esse quadro clínico e os demais achados tomográficos indicam provavelmente se tratar de

- (A) estenose traqueal.
- (B) policondrite recidivante.
- (C) amiloidose tranqueobrônquica.
- (D) granulomatose com poliangeíte.
- (E) traqueobroncopatia osteocondroplásica.

58

A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) afeta homens e mulheres em proporções semelhantes e os métodos de imagem têm um papel fundamental no seu diagnóstico.

Sobre a síndrome BHD, assinale a afirmativa correta.

- (A) Tem pouca chance de evoluir para pneumotórax.
- (B) Há um risco cerca de sete vezes maior de malignidade renal nesses pacientes.
- (C) Cistos pulmonares desenvolvem-se na adolescência, geralmente após o câncer renal.
- (D) Os tumores renais são frequentemente unilaterais, localizados e de crescimento rápido.
- (E) Quando o pneumotórax se manifesta, é de pequena monta e não tem relação direta com os cistos pulmonares.

59

Paciente de 25 anos, assintomático, foi submetido à ressonância magnética de rotina pré-operatória para realização de implante coclear que evidencia lesão expansiva com aparência de "pipoca", com sinal discretamente aumentado em T1 e hipointensa na periferia em T2, e sem realce pelo meio de contraste paramagnético.

O provável diagnóstico é

- (A) cavernoma.
- (B) vasculite cerebral.
- (C) lesão axonal difusa.
- (D) angiopatia amiloide cerebral.
- (E) encefalopatia hipertensiva crônica.

60

A ultrassonografia de bolsa escrotal é o exame de escolha na suspeita de torção testicular, pois permite avaliar simultaneamente a estrutura e a vascularização do testículo sem submeter os gametas à radiação ionizante.

Sobre a torção testicular, assinale a afirmativa mais adequada.

- (A) Há diminuição do tamanho do testículo.
- (B) Em adolescentes ou adultos jovens, a torção mais comum é a extravaginal.
- (C) Na torção completa, o fluxo é intermitente e o índice de resistência está maior que 0,75.
- (D) Na torção incompleta, há ausência total de fluxo sanguíneo tanto no testículo quanto no epidídimo.
- (E) O sinal do redemoinho refere-se a uma massa lamelar com camadas concêntricas logo à frente do testículo, representando os componentes do cordão espermatóide enroscado.

61

Paciente masculino, 58 anos, previamente saudável, é trazido pela esposa ao serviço de Neurologia com queixas de comportamento social inadequado, apatia progressiva e desinibição iniciada há cerca de um ano. Além disso, refere episódios frequentes de impulsividade e mudança no padrão alimentar.

O exame neurológico é normal. Foi solicitada tomografia computadorizada do crânio, que demonstrou atrofia assimétrica dos lobos frontais, mais evidente à esquerda, com aumento compensatório dos cornos frontais dos ventrículos laterais.

A ressonância magnética do encéfalo confirmou os achados da TC e evidenciou importante rarefação do parênquima subcortical frontal bilateral, associada a hipossinal em T1 nas regiões afetadas e à hiperintensidade em T2/FLAIR. Sequência volumétrica revelou atrofia do giro frontal inferior e da ínsula, mais acentuada à esquerda, além de redução do volume do corpo caloso anterior.

Esse conjunto clínico-radiológico é compatível com

- (A) doença de Alzheimer.
- (B) transtorno borderline.
- (C) demência frontotemporal.
- (D) esclerose lateral amiotrófica.
- (E) transtorno depressivo maior.

62

Homem de 68 anos, com história recente de biópsia de próstata transretal devido a PSA elevado, evolui com disúria leve, febre baixa intermitente e novo aumento discreto do PSA. Ao toque retal, a próstata está endurecida difusamente.

A ressonância magnética multiparamétrica revelou área mal definida na zona periférica posterior esquerda, com hipossinal em T2, contornos irregulares, restrição à difusão, mas sem realce significativo ao contraste, além de pequenos focos lineares de hipersinal em T1 e ausência de invasão capsular.

Considerando os achados clínicos e de imagem, o diagnóstico mais provável é

- (A) sarcoma prostático.
- (B) sarcoidose prostática.
- (C) prostatite granulomatosa.
- (D) adenocarcinoma de próstata.
- (E) hiperplasia benigna prostática.

63

A Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença pulmonar caracterizada por um acúmulo intra-alveolar anormal de material lipoproteico derivado de surfactante, dificultando a hematose.

Sobre essa entidade, é correto afirmar que

- (A) o tabagismo não está associado à condição.
- (B) o lactato desidrogenase não se altera nessa condição.
- (C) PAP secundária é mais prevalente que a do tipo autoimune.
- (D) é uma doença que geralmente se apresenta em pacientes idosos.
- (E) o principal achado tomográfico é o padrão de pavimentação em mosaico.

64

O uso de meio de contraste é fundamental para melhorar sensibilidade diagnóstica em alguns casos, porém, não está isento de riscos. As reações alérgicas podem ser leves, como prurido local, até as graves, em que pode ser necessário o uso de manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

Os esforços para reduzir a chance de efeito adverso agudo pelo uso do meio de contraste incluem listados a seguir, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) Usar um meio de contraste não iônico.
- (B) Administrar uso de sedativos para evitar risco de anafilaxia.
- (C) Manter equipamentos e medicamentos para ressuscitação prontos para uso.
- (D) Avaliar possibilidade de realizar outro exame sem que haja prejuízo diagnóstico.
- (E) Manter o paciente no departamento por 30 minutos após a injeção do meio de contraste.

65

Homem de 58 anos, portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, relata encurtamento e deformidade dolorosa do pênis.

Ao exame de ultrassonografia com ereção farmacoinduzida, foi observada imagem hiperecoica, focal, dorsal, localizada na linha média na túnica albugínea abrangendo os corpos cavernosos direito e esquerdo. O septo peniano é normal e não está envolvido, já os corpos cavernosos e as artérias cavernosa sem alterações.

O diagnóstico mais provável é

- (A) fratura de pênis.
- (B) doença de Peyronie.
- (C) esclerodermia peniana.
- (D) curvatura congênita do pênis.
- (E) linfangite esclerosante do pênis.

66

Em tomografia computadorizada, artefatos são distorções ou erros nas imagens que não correspondem à anatomia real do paciente. Eles podem dificultar ou até impedir a interpretação correta dos exames.

O artefato que resulta da média de diferentes densidades de tecidos dentro de um mesmo voxel, que tem potencial de mascarar pequenas lesões, é o de

- (A) escada.
- (B) movimento.
- (C) linha ou anel.
- (D) volume parcial.
- (E) endurecimento de feixe.

67

Paciente feminina, 21 anos, com queixa de dor abdominal intermitente no hipocôndrio direito há três meses, acompanhada de aumento do volume abdominal, náuseas e perda ponderal não intencional de 4 kg. Nega icterícia, febre, etilismo ou antecedentes de hepatopatia.

Ao exame físico, apresentava massa palpável em hipocôndrio direito, de consistência firme e mal definida. Exames laboratoriais mostraram discreta elevação de transaminases e fosfatase alcalina, com alfa-fetoproteína normal e sorologias virais negativas.

A ultrassonografia revelou massa hepática heterogênea em lobo esquerdo. Tomografia evidenciou lesão sólida de 9,5 cm com realce arterial pelo meio de contraste associado à cicatriz central.

O provável diagnóstico é

- (A) adenoma hepático.
- (B) metástase hepática.
- (C) hiperplasia nodular focal.
- (D) carcinoma hepatocelular.
- (E) carcinoma hepatocelular fibrolamelar.

68

Mulher, 38 anos, refere disfagia, cervicalgia e redução da amplitude de movimento do pescoço há 14 dias. Nega febre. Ao exame laboratorial, apresentou elevação da velocidade de hemossedimentação.

Realizou radiografia cervical que demonstrou calcificação abaixo do odontóide. Complementou com TC, que evidenciou calcificações amorfas nas fibras superiores dos tendões do músculo longo do pescoço (no nível C1-C2) associado a pequenos derrames retrofaríngeos e edema dos tecidos moles pré-vertebrais adjacentes.

Possivelmente estamos frente a um caso de

- (A) cordoma.
- (B) tríade de Capps.
- (C) abscesso retrofaríngeo.
- (D) sarcoma de partes moles.
- (E) tendinopatia calcária do Longus Colli.

69

Paciente masculino, 20 anos, apresenta um nódulo de partes moles na face dorsal do antebraço.

O transdutor de ultrassonografia para esse exame deve apresentar a seguinte característica:

- (A) avaliar o osso.
- (B) ter alta frequência.
- (C) ter uso endocavitário.
- (D) ser de baixa resolução.
- (E) possuir formato convexo.

70

Paciente masculino, 47 anos, refere dores no ombro há duas semanas e positividade no exame físico para possível lesão do manguito rotador.

O único componente do manguito rotador que se insere no tubérculo menor é o tendão

- (A) bíceps.
- (B) infraespal.
- (C) supraespal.
- (D) subescapular.
- (E) coracobraquial.

71

Paciente, sexo feminino, 20 anos, atleta de corrida que sofreu uma entorse do tornozelo durante treinamento em pista. Atendida no pronto-socorro, ao exame físico, notava-se edema acentuado perimaleolar lateral.

O ligamento do tornozelo que mais frequentemente sofre estiramentos, nessa situação, é o

- (A) tibiofibular.
- (B) fibulocalcâneo.
- (C) calcaneocuboide.
- (D) tibiotalar posterior.
- (E) talofibular anterior.

72

Paciente, masculino, 60 anos, apresenta aumento dos níveis séricos de ácido úrico e dor intensa no primeiro dedo do pé.

Entre as seguintes alterações, assinale a que caracteriza a gota de forma mais específica.

- (A) Tofo.
- (B) Osteófito.
- (C) Entesófito.
- (D) Paratendinite.
- (E) Tenossinovite.

73

Mulher, 50 anos, com dor na região plantar. Ressonância magnética do pé foi realizada e mostrou sinais sugestivos de neuropatia de Baxter.

O músculo que está atrofiado é o

- (A) abdutor do hálux.
- (B) quarto lumbrical.
- (C) quadrado plantar.
- (D) flexor curto dos dedos.
- (E) abdutor do dedo mínimo.

74

O carcinoma lobular invasivo é um tipo de câncer de mama invasivo que representa 5 a 10% de todos os cânceres de mama.

Assinale a opção que mostra a apresentação mais frequente do carcinoma lobar invasivo.

- (A) Microcalcificações.
- (B) Nódulo hiperecoico.
- (C) Distorção arquitetural.
- (D) Ser essencialmente unilateral.
- (E) Assimetria de densidade mamária.

75

O carcinoma ductal *in situ* (CDIS) refere-se a um carcinoma de mama limitado aos ductos, sem extensão além da membrana basal.

Existem diversas manifestações mamográficas de CDIS, sendo as principais calcificações do tipo

- (A) anelares.
- (B) distróficas finas.
- (C) bastões em trilho.
- (D) puntiformes grossas.
- (E) pleomórficas agrupadas.

76

Adenose esclerosante é uma condição proliferativa das unidades lobulares do ducto terminal da mama, caracterizada por um aumento do número de ácinos e suas glândulas.

Sobre essa condição, é correto afirmar que

- (A) é palpável na maioria dos casos.
- (B) associações com microcalcificações são raras.
- (C) manifesta-se geralmente como um nódulo único e grande.
- (D) na maioria dos casos, é detectada durante mamografia de rotina.
- (E) em caso de suspeita de adenose esclerosante, não há necessidade de biópsias.

77

Recém-nascido por parto cesáreo está internado desde o nascimento na UTI neonatal, devido a sofrimento fetal agudo com 32 semanas, o que ocasionou prematuramente baixo peso e síndrome da aspiração meconial. Apresentou desconforto respiratório significativo nas primeiras horas de vida, sendo necessário suporte ventilatório invasivo prolongado, com episódios de pneumonites associadas à ventilação mecânica.

Durante o seguimento na UTI, realizações seriadas de radiografias de tórax como parte da rotina de monitoramento mostraram, a partir do 14º dia de vida, achado incidental de radiolucências lineares ramificadas no interstício pulmonar, partindo do hilo pulmonar direito, com aspecto de linhas aéreas peribroncovasculares, associadas à hipertransparência e à hiperexpansão persistentes do lobo médio. O volume pulmonar do segmento afetado permanece estático nas últimas cinco radiografias, sem sinais de colapso, consolidação ou melhora da distensão.

Esses dados clínicos-radiográficos são sugestivos de

- (A) hérnia diafragmática.
- (B) displasia bronco pulmonar.
- (C) enfisema intersticial pulmonar.
- (D) síndrome do desconforto respiratório.
- (E) malformação congênita das vias aéreas.

78

Homem de 37 anos, usuário de esteroide anabolizante, apresenta dor, sensação de queimação e alteração palpável na mama esquerda. O médico assistente suspeita de ginecomastia.

O método padrão-ouro para esse diagnóstico é a

- (A) mamografia.
- (B) tomossíntese.
- (C) ultrassonografia.
- (D) dosagem hormonal.
- (E) ressonância magnética.

79

Paciente do sexo feminino, 49 anos, previamente hígida, procurou atendimento médico devido à dor lombar direita insidiosa, associada a episódios esporádicos de febre baixa e fadiga no último mês. Nega hematúria, disúria ou sintomas urinários francos.

Ao exame físico, apresentava leve sensibilidade à palpação do flanco direito, sem sinais de peritonismo. Realizou tomografia computadorizada de abdome com contraste que demonstrou perda do contorno renal bem como diminuição da pelve e ectasia dos cálices, conferindo uma aparência multiloculada, sem evidência de cálculos.

Esses achados clínicos e tomográficos sugerem o diagnóstico de

- (A) abscesso renal.
- (B) carcinoma de células renais.
- (C) pielonefrite xantogranulomatosa.
- (D) lipomatose de substituição renal.
- (E) pseudotumor mixoide perinefrítico de gordura.

80

Criança de 5 anos, sexo masculino, com histórico de infecções respiratórias de repetição desde os primeiros meses de vida, além de rinorreia crônica e tosse produtiva persistente. Os pais relatam episódios frequentes de otite média e sinusite.

Ao exame físico, notam-se estertores difusos e leve retração subcostal. Radiografia de tórax demonstra hiperinsuflação pulmonar, espessamento peribrônquico e áreas de atelectasia segmentar. A tomografia computadorizada revela bronquiectasias cilíndricas e varicosas, predominando nos lobos médio e inferior, além de espessamento da parede brônquica e opacificação parcial dos seios paranasais.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) fibrose cística.
- (B) discinesia ciliar primária.
- (C) síndrome de Mounier Kuhn.
- (D) síndrome de Williams-Campbell.
- (E) aspergilose broncopulmonar alérgica.

Realização

