

007. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM **CLÍNICA MÉDICA OU CIRURGIA GERAL**
OU **ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA**

Especialidades: **Endoscopia | Nutrologia**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

CIRURGIA GERAL

01. Homem de 29 anos procura atendimento por quadro de diarreia mucossanguinolenta associada a tenesmo retal e urgência evacuatória. Queixa-se ainda de dor abdominal esporádica leve e relata que o início dos sintomas foi há cerca de 4 semanas. Nega febre e perda ponderal. Refere que as evacuações se tornaram urgentes e frequentes, com sensação de evacuação incompleta. Ao exame físico, apresenta dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de peritonite ou massas palpáveis. Ao toque retal, apresenta discreta quantidade de muco e sangue em dedo de luva. Região perianal sem alterações como mamilos hemorroidários ou fissuras.

O diagnóstico mais provável é

- (A) retocolite ulcerativa idiopática.
- (B) síndrome do intestino irritável.
- (C) doença de Crohn.
- (D) gastroenterocolite infecciosa.
- (E) giardíase.

02. Quais pólipos são relacionados à síndrome de Peutz-Jeghers?

- (A) Adenomas.
- (B) Adenomas serrilhados.
- (C) Hamartomas.
- (D) Hiperplásicos.
- (E) Inflamatórios.

03. Assinale a alternativa correta sobre as manifestações clínicas da infecção pelo *H. pylori*.

- (A) A maioria dos infectados tem sintomas gastrointestinais significativos já nos primeiros meses após a infecção.
- (B) A infecção pelo *H. pylori* isoladamente já é suficiente para o desenvolvimento do carcinoma gástrico, mesmo na ausência de outros fatores de risco.
- (C) As úlceras gástricas têm menos associação com a infecção pelo *H. pylori* do que as úlceras duodenais, sendo essas últimas mais frequentemente causadas por uso de anti-inflamatórios.
- (D) Pacientes que desenvolvem úlcera duodenal após a infecção têm menor risco de desenvolvimento de câncer gástrico.
- (E) O linfoma MALT ocorre apenas nas infecções pelo *H. pylori* associadas a úlceras gástricas.

04. Assinale a alternativa correta sobre a fisiopatologia e as manifestações clínicas da cirrose hepática.

- (A) Na cirrose avançada, observa-se tipicamente uma vasoconstrição esplâncnica característica.
- (B) A encefalopatia hepática ocorre pela ação da amônia sobre o sistema nervoso central, sem a participação de outros mediadores inflamatórios.
- (C) A disfunção imunológica da cirrose hepática é decorrente de uma resposta descontrolada a infecção bacteriana, levando à síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) O comprometimento renal relacionado à cirrose é decorrente da ação de citocinas inflamatórias sobre a microvasculatura renal, entre outros fatores.
- (E) Na inflamação sistêmica relacionada à cirrose, secundária à disfunção hepática, não se observa aumento da permeabilidade intestinal.

05. Um homem de 40 anos, previamente hígido, é admitido na sala de emergência após atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente e orientado, porém pálido, sudorético e agitado. Relata dor abdominal intensa. Ao exame: PA: 80 × 60mmHg; FC: 124 bpm; FR: 24 irpm. Perfusão periférica alentecida (tempo de enchimento capilar > 4 segundos), abdome doloroso e tenso, com sinais de peritonite. Está sendo submetido a laparotomia exploradora para controle de danos. Foi realizada passagem de cateter vesical de demora, que permaneceu sem débito durante toda a abordagem, apesar da reposição volêmica recebida.

Assinale a alternativa correta sobre os mecanismos compensatórios de preservação da função dos órgãos vitais observados nesse paciente.

- (A) A ativação dos barorreceptores durante o estado de choque inibe a atividade simpática e aumenta o tônus parassimpático, com conseqüente redução da contratilidade miocárdica.
- (B) A angiotensina II atua na conversão da angiotensina I no endotélio pulmonar e não tem efeitos sobre a função renal.
- (C) A aldosterona participa de forma independente na ativação do sistema renina-angiotensina.
- (D) O hormônio antidiurético (ADH) conserva a água livre através da reabsorção da água nos túbulos coletores do córtex renal. Seu principal estímulo é mediado por barorreceptores e centros hipotalâmicos.
- (E) A vasoconstrição promovida pelas catecolaminas ocorre de forma homogênea em todos os territórios vasculares para assegurar uma perfusão tecidual global adequada.

06. Os mecanismos fisiopatológicos do choque, descritos por Blalock na década de 30, permanecem ainda relevantes nos dias de hoje. Com base nessa classificação, assinale a alternativa correta.

- (A) O choque vasogênico corresponde ao quadro de hipoperfusão tecidual causada pelo aumento abrupto da resistência vascular sistêmica.
- (B) O choque neurogênico tem como causa a perda de grandes volumes de fluidos corporais extracelulares.
- (C) O choque hematogênico é decorrente da perda do volume sanguíneo circulante, como nos casos de hemorragia aguda.
- (D) O choque cardiogênico é proveniente de uma vasodilatação exacerbada associada à redistribuição do fluxo, como nos casos de sepse grave.
- (E) A perda de grandes volumes de fluidos nos casos de diarreia, vômitos ou fistulas enterais explica a fisiopatologia do choque distributivo.

07. Homem de 60 anos, em regime de internação hospitalar há duas semanas por sepse de foco abdominal por diverticulite operada, apresenta fístula entérica de alto débito (> 500 mL/24horas), impossibilitando a alimentação por via entérica. Iniciou nutrição parenteral total (NPT) há 10 dias. Nos últimos dias, iniciou quadro de febre persistente com secreção purulenta ao redor do sítio de inserção do cateter venoso central, bem como icterícia leve e elevação das enzimas hepáticas. Apresenta ainda dificuldade no desmame da ventilação mecânica.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A NPT apresenta baixo risco infeccioso por ser uma solução estéril. A febre possivelmente deve estar relacionada à fístula entérica ou a coleções intra-abdominais.
- (B) Carboidratos em excesso na formulação da NPT podem levar a um aumento do CO₂ e consequente refratariedade ao desmame da ventilação mecânica.
- (C) A translocação bacteriana não é uma hipótese para este caso por ser mais comum em pacientes críticos recebendo nutrição enteral do que naqueles em NPT.
- (D) A toxicidade hepática induzida pela NPT é decorrente da hiperglicemia persistente, sem outros fatores relacionados à formulação.
- (E) Formulações parenterais com alto teor de proteínas não são associadas a complicações clínicas relevantes, devendo ser preferidas em pacientes com grande consumo metabólico.

08. Um paciente etilista crônico de 45 anos apresenta dor abdominal epigástrica súbita e intensa com irradiação em faixa para o dorso. Apresentou múltiplos episódios de vômitos intensos e náuseas. Foi admitido no pronto atendimento com hipotensão (PA: 90 × 60 mmHg), taquicardia (FC: 120 bpm) e febre (38,7 °C). Ao exame, apresenta regular estado geral, abdome doloroso difusamente, mas sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: amilase sérica: 1.240 mg/dL; lipase: 1.700 mg/dL; leucócitos: 16.000/mm³; proteína C reativa: 21 mg/dL e creatinina: 1,9 md/dL. A tomografia abdominal descreve edema pancreático difuso com áreas de necrose. O paciente foi internado em terapia intensiva e iniciou período de reposição volêmica vigorosa com solução cristalóide, analgesia e antibioterapia, devido à suspeita de evolução infecciosa da necrose pancreática. A equipe titular discute agora a melhor estratégia nutricional.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter o paciente em jejum absoluto até a completa resolução do quadro agudo. Estímulos enterais neste momento aumentam o risco de infecção.
- (B) A nutrição parenteral total precoce está indicada neste momento como estratégia de prevenção da desnutrição e profilaxia da translocação bacteriana.
- (C) Iniciar nutrição enteral com sonda pós-pilórica nas primeiras 24 horas de internação reduz o risco de complicações infecciosas, o tempo de internação e a mortalidade relacionada à pancreatite.
- (D) Iniciar uso diário de procinéticos associados à nutrição enteral, pois há indícios robustos de benefícios na redução de complicações infecciosas da pancreatite aguda grave.
- (E) Aguardar a normalização dos níveis de amilase sérica previamente ao início da dieta oral, que deve ser pobre em gorduras.

09. Uma mulher de 55 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do tipo 2, é admitida para cirurgia eletiva videolaparoscópica (colecistectomia). Ela apresenta IMC de 42,9 kg/m². Na avaliação pré-anestésica, houve a discussão sobre os cuidados perioperatórios com essa paciente, principalmente devido a seu estado nutricional.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de paciente com obesidade grau II. Neste cenário, o excesso de peso não representa um fator de risco relevante para complicações cirúrgicas.
- (B) Há maior risco de complicações perioperatórias devido ao acúmulo de gordura abdominal. Do ponto de vista metabólico, no entanto, não são observadas diferenças significativas em comparação a pacientes eutróficos.
- (C) Há pouca comprovação de que o IMC tenha relação com morbidade e mortalidade perioperatórias. Este índice, apesar de amplamente utilizado, tem utilidade limitada na avaliação pré-operatória.
- (D) Há necessidade de ajuste do IMC de acordo com a idade e o sexo, pois, na classificação tradicional, só há validação para crianças e adultos jovens.
- (E) A associação de fatores de risco oferece significativa chance de complicações e distúrbios endócrinos, cardiovasculares e imunológicos.

10. Mulher de 30 anos, hígida, foi submetida a cirurgia para ressecção de cisto dermoide na região esternal. O procedimento transcorreu sem complicações. A paciente manifestou sua preocupação com o risco de formação de cicatrizes inestéticas, pois já apresentou uma cicatriz hipertrófica no local de uma queimadura, no membro superior, ocorrida na infância. Ao exame, a ferida cirúrgica se encontra em bom aspecto. O fechamento foi feito com pontos simples.

Quais orientações podem ser dadas à paciente como medidas de profilaxia para a cicatrização anormal?

- (A) O uso de roupas de pressão deveria ser iniciado imediatamente após o fechamento da pele, mesmo na ocorrência de uma deiscência parcial.
- (B) A aplicação de curativos à base de gel de silicone, após a cicatrização inicial, colabora com a manutenção da hidratação da ferida e ajuda na redução da espessura, do prurido e do desconforto local.
- (C) O risco de formação de cicatriz hipertrófica ou de quelóide não está relacionado com a tensão no fechamento cirúrgico da ferida, tampouco com a localização anatômica.
- (D) Uso de protetor solar sobre a ferida operatória é contraindicado devido ao risco de impregnação da ferida por agentes emulsionantes presentes nas formulações.
- (E) Loções hidratantes e curativos oclusivos devem ser evitados, pois aumentam o risco de infecção local e deiscência de ferida.

11. Homem de 30 anos e 70 kg, hígido, foi vítima de ferimento por arma branca. É admitido na sala de emergência e apresenta PA: 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 30 irpm; pele fria e pálida. Exames laboratoriais: hemoglobina de 11,2 g/dL; hematócrito de 34%; gasometria arterial evidencia acidose metabólica leve. A estimativa de sangramento é de 1.600 ml. Após um período de estabilização inicial com reposição de cristaloides, a equipe médica está discutindo a necessidade de transfusão de sangue.

Com base nos critérios de decisão frente ao grau de anemia aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há necessidade de transfusão, pois a hemoglobina está acima de 11 g/dL.
- (B) O paciente apresenta choque hemorrágico de classe II, portanto a transfusão de hemácias é obrigatória.
- (C) A perda estimada classifica a hemorragia como classe III. Nesses casos, a transfusão de hemácias provavelmente será necessária e deve-se proceder com tipagem e reserva de sangue.
- (D) A perda sanguínea classifica o choque como classe IV, portanto está indicada hemotransfusão maciça com sangue do tipo O negativo.
- (E) A decisão de transfundir, neste caso, dependerá da dosagem laboratorial das plaquetas e do coagulograma.

12. Um homem de 65 anos está sendo admitido na sala cirúrgica para um procedimento de urgência. Apresentou dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada a náuseas e distensão abdominal com início há 12 horas. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa, irreductível e endurecida na região da fossa ilíaca esquerda, além de ruídos hidroaéreos difusamente aumentados. A radiografia de abdome realizada na sala de emergência evidenciou níveis hidroaéreos de distensão de alças de intestino delgado na região. O paciente não apresenta comorbidades ou alergias conhecidas. O cirurgião solicita que seja realizada a profilaxia antimicrobiana perioperatória adequada, caso seja indicada para o quadro. Nesse caso,

- (A) não é necessária profilaxia antimicrobiana.
- (B) deve ser administrada cefazolina, 2 g, em dose única, previamente à incisão da pele.
- (C) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, e mantida por ao menos 48 horas após o procedimento.
- (D) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, com possível associação de metronidazol.
- (E) deve ser administrada vancomicina, 2 g, associada à clindamicina, 600 mg, em dose única, antes da incisão da pele.

13. Durante a colecistectomia videolaparoscópica eletiva de um paciente jovem, o médico residente opta pelo fechamento da parede abdominal com fio absorvível para a aproximação da aponeurose. O preceptor questiona a escolha do fio, lembrando que o fechamento dessa estrutura deve garantir uma maior e mais prolongada força tênsil, minimizando o risco de hernias e, ao mesmo tempo, tendo baixa reação tecidual, evitando a formação de granulomas.

Com base nas características dos materiais de sutura, qual dos seguintes fios absorvíveis seria o mais adequado para o fechamento da bainha anterior do músculo reto abdominal?

- (A) CatGut simples.
- (B) Monocryl (poliglecarpone 25).
- (C) Vicryl (poliglactina 910).
- (D) PDS II (polidioxanona).
- (E) Seda cirúrgica.

14. Uma mulher de 55 anos, previamente hígida, é submetida à retossigmoidectomia eletiva por doença diverticular recorrente. A cirurgia foi realizada com preparo de cólon prévio e adequado e transcorreu sem intercorrências, sendo realizada anastomose primária. No pós-operatório, evoluiu satisfatoriamente nos primeiros dias, recebendo dieta progressiva com aceitação adequada. No sexto dia do pós-operatório, iniciou quadro de febre persistente com temperaturas de até 39,3 °C. Ao exame, a ferida operatória se encontra limpa e seca, sem sinais de infecção ou coleções. A ausculta pulmonar é limpa, e o abdome é flácido, sem sinais de peritonite. Não há sintomas urinários ou secreções em cateteres.

Com base na conduta mais adequada para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre após mais de 72 horas de pós-operatório provavelmente está relacionada à atelectasia, devendo-se aguardar melhora espontânea e administrar a febre com antitérmicos.
- (B) O uso empírico de antibióticos deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes da coleta de exames laboratoriais devido ao risco iminente de sepse.
- (C) Hemoculturas somente devem ser coletadas se houver sinais de infecção em órgãos alvo como na suspeita de pneumonia ou infecção urinária.
- (D) A persistência de febre sem foco definido após o quinto dia de pós-operatório exige a realização de tomografia computadorizada para avaliação de focos abdominais de infecção oculta.
- (E) Uroculturas com mais de 103 UFC/mL são definidoras de infecção do trato urinário mesmo em pacientes assintomáticos.

15. Homem de 37 anos é submetido a hemorroidectomia eletiva com raquianestesia e sedação. A cirurgia não teve intercorrências, e o paciente recebeu hidratação venosa vigorosa durante o intraoperatório e no período de 2 horas em que permaneceu na sala de recuperação anestésica. Seis horas após a cirurgia, queixou-se de dor abdominal na região hipogástrica, sem vômitos, náuseas ou diarreia. Ao exame, apresenta dor à palpação suprapúbica e macicez a punho-percussão da região.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A retenção urinária aguda é incomum após cirurgias anorretais, especialmente em pacientes idosos.
- (B) O manejo inicial é a hidratação venosa rigorosa para estímulo ao reflexo miccional.
- (C) O uso de antiespasmódicos deve ser realizado previamente às tentativas de cateterização vesical para restauo do tônus vesical e auxílio no esvaziamento.
- (D) A cateterização vesical de alívio é preferida à sondagem prolongada, especialmente em pacientes jovens e com baixo risco de novas retenções.
- (E) A cateterização vesical de alívio deve ser realizada apenas nos pacientes com dor intensa e sinais de infecção urinária. Os demais casos devem ser estimulados à deambulação e tentativa de esvaziamento vesical espontâneo.

16. Paciente vítima de trauma é socorrido por populares e levado à unidade de saúde mais próxima devido a atropelamento por veículo em alta velocidade, que ocorreu no centro da cidade. Apresenta-se inconsciente (Glasgow 7), pupilas assimétricas e com frequência respiratória de 25 irpm. A unidade de saúde não dispõe de neurocirurgião de plantão, mas há suporte de imagem e equipe treinada em suporte avançado de vida (ACLS e PHTLS).

Após a estabilização inicial do trauma, qual deve ser a conduta?

- (A) Realizar tomografia de crânio sem contraste, hidratação venosa e observação clínica.
- (B) Realizar tomografia e, após, administrar manitol e dexametasona se indicado.
- (C) Transferência imediata para o centro de trauma mais próximo.
- (D) Intubação orotraqueal em sequência rápida e transferência para o centro de referência mais próximo.
- (E) Intubação orotraqueal em sequência rápida, tomografia de crânio assim que possível e transferência para o centro de referência a depender dos achados.

17. Um paciente de 56 anos foi vítima de colisão automobilística. Foi atendido ainda na rodovia pela equipe de resgate, que evidenciou sinais de instabilidade hemodinâmica. Durante a avaliação inicial, foram identificados sinais de fratura do anel pélvico, com dor intensa e crepitação à palpação.

Considerando o mecanismo de trauma descrito e o tipo de fratura mais comum do anel pélvico, quais são o diagnóstico mais provável e a conduta imediata antes do transporte para o hospital de referência?

- (A) Fratura por compressão lateral – imobilização imediata com cinta pélvica externa e tração dos membros inferiores.
- (B) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação externa dos membros inferiores.
- (C) Fratura por cisalhamento vertical – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (D) Fratura por compressão lateral – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (E) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação interna dos membros inferiores.

18. Durante uma laparotomia exploradora por trauma penetrante do andar superior do abdome, o preceptor pede ao residente que avalie adequadamente a terceira e quarta porções do duodeno em busca de possíveis lesões.

Qual manobra cirúrgica o residente deve realizar?

- (A) Manobra de Pringle.
- (B) Manobra de Rutherford-Morrison.
- (C) Manobra de Cattell-Braasch.
- (D) Manobra de Mattox.
- (E) Manobra de Lortat-Jacob.

19. Uma mulher de 32 anos dá entrada na sala de emergência após agressão física por arma branca. Apresenta ferida penetrante na região lombar à esquerda, posteriormente a linha axilar anterior. Ao exame, apresenta pressão arterial de 120 × 70 mmHg, FC de 98 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. O abdome é indolor à palpação. A ferida apresenta-se limpa e sem sangramento ativo no momento. Optou-se pela observação clínica do caso. Após 24 horas de internação, a paciente manteve-se afebril e sem sinais de peritonite, porém com dor discreta no local do ferimento que foi submetido a sutura. Os exames laboratoriais não apresentam alterações e a conduta expectante foi mantida.

Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O manejo é inadequado, pois nos ferimentos penetrantes da região posterior do flanco, mesmo em pacientes estáveis, indica-se exploração cirúrgica.
- (B) O manejo é inadequado. A tomografia computadorizada com contraste oral, retal e endovenoso é o método preferencial de avaliação de todos os pacientes com lesão penetrante no dorso, mesmo assintomáticos.
- (C) O manejo é adequado, pois exames físicos seriados têm elevada eficácia na detecção de lesões retroperitoneais e intraperitoneais.
- (D) O manejo é inadequado, pois, na ausência de sinais de irritação peritoneal nas primeiras 6 horas de observação hospitalar, o paciente pode ser receber alta com segurança.
- (E) O manejo foi inadequado, pois, para pacientes estáveis com traumas penetrantes do flanco, o ultrassom FAST teria acurácia mais elevada.

- 20.** Um homem de 45 anos sofreu uma queda de bicicleta enquanto participava de um evento esportivo. Foi trazido para a sala de emergência pelos organizadores do evento. Apresenta múltiplas escoriações em membros superiores e inferiores, bem como equimose na região epigástrica, local de impacto contra o guidão da bicicleta. Apresenta defesa à palpação do andar superior do abdome e dor importante no local do hematoma. Ao exame, apresenta PA: 100 × 70 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de 95% em ar ambiente. Foi submetido a tomografia de abdome, sendo evidenciada presença de líquido livre no andar superior do abdome, ausência de sinais de trauma esplênico, hepático ou pneumoperitônio e um importante hematoma na parede abdominal. Qual é a conduta mais adequada?
- (A) Laparotomia exploradora. Na ausência de lesão hepática ou esplênica, a presença de líquido livre indica provável lesão do trato gastrointestinal.
- (B) Repetir a tomografia e solicitar revisão do laudo por um segundo médico radiologista.
- (C) Realizar ultrassom FAST na sala de trauma para quantificação do volume do líquido e melhor orientação terapêutica.
- (D) Observação clínica. O trauma contuso da parede abdominal desencadeia reação inflamatória peritoneal, resultando em exsudação estéril.
- (E) Realização de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para análise do aspirado. Na presença de fibras alimentares ou sangue, está indicada laparotomia exploradora.
- 21.** Assinale a alternativa correta sobre a utilidade das radiografias na sala de trauma.
- (A) No trauma abdominal penetrante em paciente instável, a radiografia abdominal não é necessária.
- (B) A radiografia de pelve deve ser realizada em todo paciente vítima de trauma abdominal, independentemente da queixa ou da condição hemodinâmica.
- (C) A radiografia de tórax em decúbito dorsal só tem utilidade nos pacientes com trauma torácico não penetrante.
- (D) Nos pacientes com ferimentos por arma de fogo, as radiografias, mesmo com diferentes incidências, não permitem um estudo adequado do projétil, sendo preferida a tomografia assim que as condições clínicas permitirem.
- (E) A radiografia de pelve não é necessária nos pacientes com dor ou sensibilidade à palpação devido à alta incidência de iatrogenias na mobilização para o exame.
- 22.** Na sala de emergência, é admitido um paciente de 34 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Apresenta-se consciente e lembra-se de todo o ocorrido. Os sinais vitais estão estáveis, sem sinais de choque ou instabilidade. Queixa-se de intensa dor pélvica. Ao exame, mostra escoriações na região glútea, um hematoma perineal extenso e sangue no meato uretral. A palpação retal revela que o tônus do esfíncter é preservado e não se percebe sangue em dedo de luva. A conduta mais apropriada é
- (A) hidratação vigorosa com solução colóide, seguida de sondagem vesical de demora para quantificação de débito urinário.
- (B) tomografia pélvica com sondagem vesical para exame contrastado da bexiga.
- (C) sondagem vesical com irrigação com soro gelado para prevenção de retenção urinária por coágulo vesical.
- (D) tomografia (abdome e pelve) e uretrografia retrógrada.
- (E) antibioticoterapia empírica e observação clínica.
- 23.** Um homem de 50 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido na sala de trauma consciente, com queixa de dor abdominal difusa e escoriações na parede anterior do abdome e tórax. Apresenta pressão arterial de 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 28 irpm e saturação de 96% em ar ambiente. Ao exame, mostra sensibilidade abdominal difusa à palpação, mas sem sinais de peritonite: sem dor à descompressão brusca ou punho-percussão. Há nítida distensão abdominal, e a pelve está estável à palpação e mobilização. O paciente tem hálito etílico e encontra-se agitado e agressivo. Assinale a alternativa mais adequada.
- (A) A ausência de crepitações à palpação e mobilização da pelve descarta a possibilidade de fraturas nessa região.
- (B) O exame físico neste caso é suficiente para afirmar que não há lesões abdominais, sendo possível a realização de tomografia para complementação diagnóstica.
- (C) É necessário adiar o exame físico até que o paciente esteja sóbrio e colaborativo.
- (D) A ausência de sinais de irritação peritoneal no exame físico, apesar da distensão abdominal, permite concluir que a fonte de sangramento oculta deve ser o tórax, sendo necessária radiografia na sala de trauma para confirmação.
- (E) A possibilidade de hemorragia intra-abdominal ou pélvica é alta devido à instabilidade hemodinâmica sem causa aparente, sendo necessária avaliação complementar com ultrassom FAST ou lavado peritoneal diagnóstico.

24. Um jovem de 25 anos foi vítima de ferimento por arma branca na região torácica após um desentendimento no trânsito. Foi trazido por populares para a Unidade Básica de Saúde mais próxima. Encontra-se consciente e agitado, taquipneico, taquicárdico e saturando 85% em ar ambiente. O médico de plantão avalia a lesão, que apresenta 3,0 cm de diâmetro e localiza-se na linha axilar média à esquerda. Percebe que há ruídos e borbulhamento pela ferida com entrada e saída de ar. A unidade de saúde não conta com cirurgião de plantão ou sala de trauma.

Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Tamponamento da ferida com curativo oclusivo de gaze estéril e transferência imediata.
- (B) Exploração digital da ferida para avaliação de acometimento da pleura visceral e sutura caso esteja íntegra.
- (C) Drenagem de tórax em selo d'água com tubo improvisado (equipo de soro e frasco de soro) e transferência imediata.
- (D) Punção de alívio em linha hemiclavicular à esquerda e transferência imediata.
- (E) Curativo oclusivo impermeável de três pontas e transferência imediata.

25. Homem de 35 anos dá entrada na sala de trauma devido a atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente, PA: 110 × 80 bpm; FC: 98 bpm e FR: 25 irpm. Queixa-se de dor torácica à direita associada a dispnéia leve. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído e macicez à percussão do hemitórax direito. A radiografia de tórax revela opacificação homogênea na base direita na posição supina. Foi indicada drenagem torácica em selo d'água, sendo observada saída de 1.600 mL de sangue de forma imediata.

Assinale a alternativa correta quanto ao manejo do hemotórax.

- (A) Drenagem contínua em selo d'água e observação da evolução clínica em leito de enfermaria.
- (B) Estudo tomográfico do tórax para avaliação posterior e melhor decisão terapêutica.
- (C) Retirar o dreno na sala do trauma e proceder com toracotomia de emergência.
- (D) Avaliação cirúrgica para toracotomia.
- (E) Toracocentese diagnóstica para estudo do líquido pleural e confirmação da presença de sangue.

26. Paciente de 58 anos com DPOC apresenta-se em condição estável. Nos últimos doze meses, ele teve duas exacerbações, uma das quais exigiu hospitalização. Ele usa regularmente tiotrópio (2,5 mg/dia) e formoterol (12 µg, duas vezes ao dia) inalatórios; a medicação oral consiste em roflumilaste (500 mg/dia). A hipertensão arterial é bem controlada com metoprolol (50 mg/dia) e ramipril (10 mg/dia).

A próxima conduta recomendada é

- (A) adicionar budesonida inalatória.
- (B) adicionar azitromicina oral.
- (C) aumentar a dose dos broncodilatadores.
- (D) trocar metoprolol por anlodipino.
- (E) trocar os broncodilatadores por brometo de umeclidí- nio + trifenanato de vilanterol.

27. Homem de 67 anos, com histórico de diabetes *mellitus* tipo 2 há 25 anos, apresenta-se para uma consulta de acompanhamento. O histórico é notável por obesidade, doença arterial coronariana (estado pós-cirurgia de revascularização do miocárdio há quatro meses), DPOC tratada com oxigênio domiciliar, hipertensão arterial, dislipidemia, neuropatia diabética e retinopatia diabética leve. O regime medicamentoso consiste em insulina U500 (75 UI subcutânea, três vezes ao dia), insulina glargina (75 UI ao dia) e metformina, 2.550 mg ao dia. A hemoglobina A1c atual é de 8,5%. Ele autoverifica a glicemia de duas a três vezes ao dia e afirma que seus valores estão consistentemente na faixa de 200 mg/dL. O IMC é de 39 kg/m².

O próximo passo de escolha no tratamento desse paciente é

- (A) aumentar a dose das insulinas U500 e glargina.
- (B) encaminhar para cirurgia bariátrica.
- (C) iniciar semaglutida.
- (D) iniciar saxagliptina.
- (E) trocar a insulina U500 por insulina asparte.

28. Homem de 31 anos é avaliado após um diagnóstico recente de espondilite anquilosante. Ele apresenta dor lombar e pélvica que interrompe seu sono. O paracetamol não ajudou. Ao exame físico: os sinais vitais são normais; o teste Faber (flexão, abdução e rotação externa) do quadril revela dor em ambas as articulações sacroilíacas; a amplitude de movimento da coluna lombar é ligeiramente limitada; há boa amplitude de movimento da coluna cervical e das articulações periféricas, incluindo os quadris; não há edema ou sensibilidade nas articulações periféricas. Radiografias da coluna lombar mostram sacroileíte bilateral. O paciente é encaminhado para fisioterapia.

Nesse momento, o tratamento adicional mais adequado é o uso de

- (A) etanercepte.
- (B) hidroxiquina.
- (C) metotrexato.
- (D) naproxeno.
- (E) sulfassalazina.

29. Homem de 70 anos é avaliado para investigação de anormalidades urinárias. O histórico é positivo para hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 complicada por retinopatia, tratada com fotocoagulação a laser há um ano. Os medicamentos em uso são: insulina, ramipril, anlodipino, atorvastatina e doxazosina. Ele consome dezesseis latas de cerveja por semana e fuma dez cigarros por dia há 45 anos. Ao exame físico: pressão arterial: 151 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 72 bpm; o restante do exame não é contributivo. Exames séricos: creatinina: 2,6 mg/dL; hemoglobina A1c: 10,5%. Razão proteína urinária/creatinina: 192 mg/mmol (normal: < 30). O exame de urina é positivo para sangue 3+ e proteína 1+ (semelhante em exames repetidos); leucócitos: 3 por campo (normal: até 10); hemácias: acima de 100 por campo (normal: até 5). Ultrassonografia de abdome: rim esquerdo: 9 cm; rim direito: 8 cm; não há obstrução.

Constitui o próximo passo diagnóstico de maior relevância:

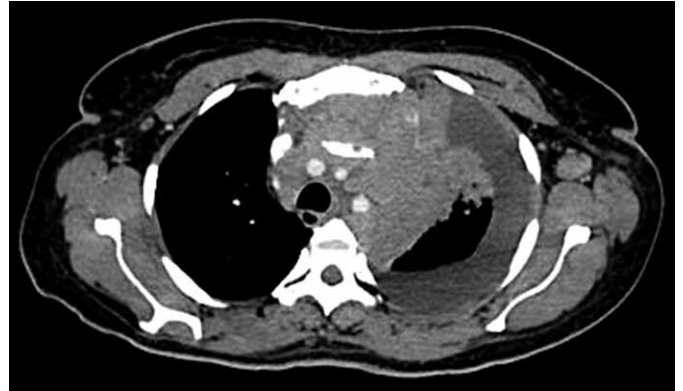
- (A) angiogramia renal.
- (B) biópsia renal.
- (C) cistoscopia.
- (D) renograma radioisotópico.
- (E) ressonância magnética de abdome.

30. Homem de 26 anos apresenta quadro progressivo de cefaleia, calafrios, febre e rigidez de nuca há oito dias. Não há histórico médico significativo. Ele fuma um maço por dia, bebe três cervejas diariamente e tem relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros do sexo masculino (cerca de cinco a seis parceiros no último ano). O paciente trabalha em empresa de pintura comercial e recentemente concluiu a limpeza e a pintura de um viaduto. Ao exame físico: temperatura: 39,4 °C; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 102 x 62 mmHg; frequência respiratória: 18 irpm; SatO₂: 95% em ar ambiente. Tomografia de crânio sem contraste: sem alteração relevante. Uma punção lombar com análise do líquido é realizada e mostra: pressão de abertura: 40 cmH₂O; contagem de leucócitos: 40/mm³ (21% de polimorfonucleares e 79% de células mononucleares); adenosina deaminase: 2,9 U/L; glicose: 30 mg/dL; proteínas: 102 mg/dL.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) criptococose.
- (B) histoplasmose.
- (C) listeria.
- (D) tuberculose.
- (E) sífilis.

31. Mulher de 52 anos apresenta quadro de quatro semanas de dispneia progressiva, dor torácica do lado esquerdo e tosse seca. O histórico é relevante para histerectomia para miomas uterinos há três anos. A oximetria de pulso é de 93% em ar ambiente. Exames séricos: hemoglobina: 9,8 g/dL; d-dímero: 770 ng/mL. O ultrassom mostra derrame pleural esquerdo, e a toracocentese revela: líquido amarelado e levemente turvo; proteína: 6,1 g/dL; lactato desidrogenase: 5.910 UI/L; pH: 7,44; adenosina deaminase: 12,1 UI/L; contagem de leucócitos: 157.109 células/mm³ (78% linfócitos); coloração de Gram e cultura para bactérias e fungos permanecem negativos; a citologia mostra linfócitos abundantes sem células malignas. Imagens da tomografia realizada são mostradas a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame que mais provavelmente pode estabelecer o diagnóstico é

- (A) a biópsia pleural por toracoscopia.
- (B) a broncoscopia flexível.
- (C) a citometria de fluxo do líquido pleural.
- (D) o ensaio de liberação de interferon-γ sérico.
- (E) a mediastinoscopia.

32. Mulher de 27 anos se apresenta para acompanhamento de hipotireoidismo primário devido à tireoidite de Hashimoto. A patologia foi diagnosticada há quatro anos, e a levotiroxina foi iniciada na época. Embora os valores séricos de TSH da paciente tenham se normalizado após o início da levotiroxina, ela relata intolerância persistente ao frio, fadiga e dificuldade de concentração. O regime foi posteriormente transferido para terapia combinada com levotiroxina (100 mcg por dia) e liotironina (5 mcg duas vezes ao dia). Após o início desse novo regime, seus sintomas desapareceram, e ela permanece com o mesmo tratamento. Ela tomava pílula anticoncepcional oral, mas parou há dois meses devido ao desejo de engravidar. A última menstruação foi há três dias. Ao exame físico: IMC: 25,8 kg/m²; pressão arterial: 112 x 65 mmHg; frequência cardíaca: 62 bpm; a glândula tireoide é normal à palpação, sem nódulos; os reflexos são 2+ e simétricos em todos os aspectos. Exames séricos atuais: 2,8 TSH: mUI/L (normal: 0,5 a 5,0 mUI/L). O teste de gravidez é negativo.

O próximo passo de escolha no manejo dessa paciente é

- (A) manter a mesma dose de liotironina e levotiroxina.
- (B) manter a mesma dose de liotironina e aumentar a de levotiroxina.
- (C) manter a mesma dose de liotironina e diminuir a de levotiroxina.
- (D) suspender a liotironina e manter a mesma dose de levotiroxina.
- (E) suspender a liotironina e aumentar a dose de levotiroxina

33. Mulher de 32 anos, primigesta, grávida de 10 semanas, apresenta quadro de dois dias consistindo de dor abdominal aguda do lado direito associada a febre e hematúria. Ao exame físico: temperatura: 38 °C; pressão arterial: 110 x 70 mmHg; abdome: dor em flanco esquerdo. Creatinina sérica: 1,24 mg/dL. Ultrassonografia dos rins: hidronefrose do lado direito com um cálculo de 9 mm na pelve renal; rim esquerdo normal. Ceftriaxona intravenosa é iniciada.

O próximo passo mais apropriado no manejo dessa paciente é

- (A) indicar nefrostomia.
- (B) indicar terapia por ondas de choque.
- (C) prescrever fluido intravenoso e observação continuada.
- (D) prescrever fluido intravenoso e tansulosina.
- (E) solicitar tomografia computadorizada com contraste.

34. Mulher de 53 anos, com histórico de hipotireoidismo e doença celíaca, é atendida no ambulatório por diarreia há um ano. Ela apresenta dez evacuações líquidas por dia, com episódios ocasionais de incontinência. Há dois dias, apresentou quadro de distensão abdominal e diarreia, ocasião em que a endoscopia digestiva alta revelou achatamento das vilosidades do duodeno e as biópsias confirmaram o diagnóstico de doença celíaca. A distensão abdominal melhorou com uma dieta sem glúten e também houve melhora da diarreia. A repetição da endoscopia digestiva alta no mês passado mostrou vilosidades normais, e as biópsias não apresentaram alterações, mas ela continua com diarreia com uma dieta sem glúten. A transglutaminase tecidual sérica e os exames fecais são normais. A colonoscopia é realizada na semana anterior, revelando mucosa colônica e íleo terminal normais. Ela se sente bem, e a única medicação em uso é levotiroxina.

Com maior probabilidade, a causa mais provável da diarreia é

- (A) abuso de laxantes.
- (B) colite microscópica.
- (C) doença celíaca.
- (D) insuficiência pancreática.
- (E) síndrome do intestino irritável com predominância de diarreia.

35. Homem de 50 anos é internado com quadro de tosse há duas semanas, com expectoração clara associada a febre, anorexia e mal-estar. Não há antecedente mórbido, mas é fumante atual de vinte cigarros por dia há vinte anos. Ao exame físico: SatO_2 : 91% em ar ambiente; taquipneico; há sibilos bilaterais leves à ausculta. Exames séricos à chegada: proteína C reativa: 170 mg/L (normal: até 10); hemoglobina: 11,7 g/dL; neutrófilos: $24.000/\text{mm}^3$. A radiografia de tórax do paciente na admissão é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No quinto dia de internação, a hemoglobina é 6,7 g/dL (normocrômico e normocítico). O esfregaço sanguíneo mostra acentuada aglutinação de hemácias com esferócitos, policromasia e hemácias nucleadas. Demais exames séricos: reticulócitos: 10%; lactato desidrogenase: 910 U/L; bilirrubina direta: 3,7 mg/dL; teste de antiglobulina direta é fortemente positivo (4+) para anti-C3d, mas negativo para anti-IgG.

Com esses dados descritos, qual é a principal hipótese diagnóstica ?

- (A) *Chlamydia pneumoniae*.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) *Legionella pneumophila*.
- (D) SARS-CoV-2.
- (E) Vírus Epstein-Barr.

36. Homem de 20 anos apresenta quadro de poliartralgias há seis meses. Os sintomas começaram após uma viagem às praias do Nordeste durante o verão e incluem rigidez e inchaço intermitente nas mãos, especialmente após o repouso e pela manhã. Ele se sente mais cansado e precisa dormir durante o dia. Relata também perda de cabelo irregular. O histórico é positivo para infecções sinusais frequentes desde uma hospitalização por pneumonia há um ano. Refere tomar ibuprofeno 400 mg duas vezes ao dia, o que alivia os sintomas. Os exames básicos revelam anemia hemolítica e linfopenia discreta, com anormalidades leves nos testes de função hepática, com função renal normal.

Com o objetivo de identificar o diagnóstico subjacente, deve ser solicitado exame de

- (A) HLA-B27.
- (B) níveis de imunoglobulina.
- (C) pesquisa de anticorpo anti-peptídeo citrulinado.
- (D) sorologias virais.
- (E) teste de Coombs.

37. Mulher de 47 anos é avaliada por um histórico de três anos de dor em todos os músculos e articulações. Ela é motorista de caminhão comercial. Seu sono é ruim, e ela acorda sem se sentir revigorada. O questionário diagnóstico de fibromialgia é preenchido e atende aos critérios para fibromialgia. Refere ansiedade e depressão, com histórico de transtorno por abuso de opioides. Nega uso de medicamentos. Os sinais vitais são normais. Os achados do exame físico limitam-se a uma sensibilidade muscular generalizada com força normal. A avaliação laboratorial revela uma velocidade de hemossedimentação de 19 mm/h, nível de proteína C reativa sanguínea de 0,3 mg/L (normal: < 1 mg/L) e TSH de 1,6 mU/mL (normal: 0,5 a 5,0). Exercícios aeróbicos de baixo impacto são recomendados.

Uma vez optado por tratamento farmacológico, a medicação de escolha é

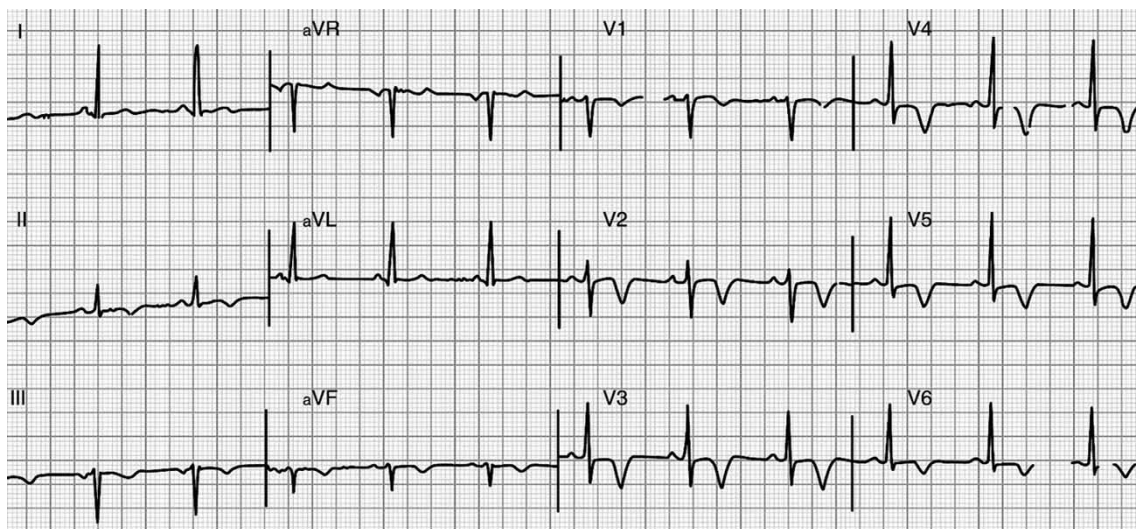
- (A) amitriptilina.
- (B) ciclobenzaprina.
- (C) duloxetina.
- (D) gabapentina.
- (E) pregabalina.

38. Homem de 21 anos é internado em um centro de desintoxicação devido ao uso de drogas injetáveis com heroína. Ele relata mal-estar, mas não apresenta febre ou tosse. Ao exame físico: temperatura: 37,1 °C; pressão arterial: 162 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 100 bpm; pele: cicatrizes eritematosas nas mãos e nos braços. Um teste tuberculínico (TT) é administrado e lido em 48 horas. A área endurecida tem 8 mm de diâmetro, e o eritema tem 15 mm de diâmetro. As sorologias virais são negativas.

A conduta recomendada é

- (A) pedir uma radiografia de tórax.
- (B) pedir um teste de liberação de interferon sérico (IGRA).
- (C) prescrever isoniazida.
- (D) repetir o teste tuberculínico em quatro semanas.
- (E) seguir clinicamente sem intervenção.

39. Mulher de 81 anos, com antecedentes de doença renal crônica (creatinina: 3,1 mg/dL), hipertensão arterial e diabetes tipo 2, é atendida no serviço de urgência com queixa de múltiplos episódios de dor torácica retroesternal opressiva intermitente nas últimas 24 horas. Refere que o último episódio ocorreu há quatro horas, durou sessenta minutos, mas atualmente encontra-se assintomática. Ao exame físico, apresenta-se confortável, corada, eupneica; pressão arterial: 145 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 78 bpm; saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente; peso: 52 kg; cardiopulmonar sem alteração relevante. A troponina I de chegada é de 342 ng/L (normal: até 14). Hemoglobina sérica: 9,8 g/dL. O eletrocardiograma realizado à chegada é mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Quanto a essa paciente, é correto afirmar:

- (A) a anticoagulação parenteral na estratégia invasiva indicada é a bivalirudina pelo seu bom perfil de segurança nessa circunstância.
- (B) a estratificação não invasiva é a escolha, pois a paciente está assintomática, evitando-se o uso desnecessário de contraste na angiografia coronariana.
- (C) a angiografia coronária deve ser realizada, preferencialmente, em 72 horas, associando-se à redução da morbimortalidade cardiovascular.
- (D) o padrão do ECG representa um estado de repolarização pós-isquêmica de uma estenose crítica do tronco de artéria coronária esquerda.
- (E) dupla antiagregação plaquetária deve ser iniciada com aspirina e prasugrel devido à alta carga trombótica desse grupo de paciente.

40. Homem de 53 anos está interessado em fazer cirurgia bariátrica. Relata que consegue perder peso ao seguir uma dieta estruturada e uma rotina de atividade física, mas recupera peso quando não segue o plano de forma consistente. Ele se descreve como um comedor emocional. Várias vezes por mês, ele se envolve em uma “compulsão alimentar”, quando come grandes quantidades de comida. Refere que não tem controle sobre sua ingestão alimentar durante esses episódios e se sente culpado depois, mas não falou sobre esses episódios com ninguém e teme que o ganho de peso contínuo possa afetar negativamente sua saúde. Ao exame físico: pressão arterial: 142 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 70 bpm; altura: 161,3 cm; peso: 106,1 kg; não há edema periférico; a circunferência abdominal é aumentada, com extremidades relativamente magras; ausência de gordura dorsocervical. Medicamentos em uso: lisinopril (20 mg/ dia); atorvastatina (20 mg/ dia); mirtazapina (45 mg ao deitar para insônia); omeprazol (20 mg/ dia).

Além de uma avaliação psicológica, o próximo passo de escolha é

- (A) encaminhar para *bypass* gástrico em Y de Roux.
- (B) encaminhar para gastrectomia vertical.
- (C) iniciar bupropiona.
- (D) iniciar lisdexanfetamina.
- (E) suspender a mirtazapina.

41. Homem de 55 anos, com hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono, é encaminhado para avaliação de doença arterial periférica (DAP) após ser submetido a índices tornozelo-braquiais (ITBs). Ele não se exercita regularmente, mas consegue realizar as atividades diárias sem limitações. Os medicamentos em uso são: aspirina em baixa dose e anlodipino (10 mg/dia). Ao exame físico: frequência cardíaca: 68 bpm; pressão arterial: 118 x 70 mmHg; IMC: 32 kg/m²; não há sopros cardíacos, e os pulmões estão limpos à ausculta; as extremidades estão quentes, sem edema; os pulsos pedioso e tibial posterior são 1+ à direita e normais à esquerda; os pulsos femoral e poplíteo são 2+ bilateralmente. Exames séricos: sódio: 142 mEq/L; potássio: 4,0 mEq/L; creatinina: 1,0 mg/dL; hemoglobina A1c: 5,9%; colesterol total: 158 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 71 mg/dL; triglicérides: 250 mg/dL; aspartato aminotransferase: 42 U/L; alanina aminotransferase: 56 U/L. Os ITBs são 1,1 à esquerda e 0,8 à direita.

O medicamento que mais provavelmente trará maior benefício e esse paciente é a

- (A) dapaglifozina: 10 mg ao dia.
- (B) metformina de liberação prolongada: 500 mg, três vezes ao dia.
- (C) pentoxifilina: 400 mg, duas vezes ao dia.
- (D) rosuvastatina: 20 mg ao dia.
- (E) valsartana: 40 mg, duas vezes ao dia.

42. Homem de 67 anos, com histórico de doença arterial coronariana, para a qual foi submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio há cinco anos, realiza um ecocardiograma que mostra um ventrículo esquerdo (VE) levemente aumentado com fração de ejeção de VE de 25%. Ele consegue se exercitar quatro vezes por semana durante uma hora e também faz caminhadas por algumas horas todos os fins de semana. Ele está em terapia medicamentosa com doses otimizadas de carvedilol, lisinopril, espironolactona, aspirina e atorvastatina. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito e duração do QRS de 138 ms.

A recomendação de escolha para esse paciente é

- (A) associar sacubitril-valsartana.
- (B) associar sotalol.
- (C) indicar um cardioversor desfibrilador implantável.
- (D) recomendar um marcapasso biventricular.
- (E) manter o tratamento atual.

43. Mulher de 31 anos, recentemente diagnosticada com leucemia mieloide aguda, é internada com neutropenia febril doze dias após o primeiro ciclo de quimioterapia de consolidação com citarabina em altas doses. Ela é tratada adequadamente com cefepima intravenosa. Sete dias após, as hemoculturas são negativas e a contagem de leucócitos está começando a se recuperar. Ela agora apresenta febre de 38 °C, tosse e desconforto torácico pleurítico. Os níveis séricos de galactomanana e beta-glucana estão elevados. A tomografia de tórax realizada agora é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com maior probabilidade, o diagnóstico é de

- (A) aspergilose invasiva.
- (B) embolia pulmonar séptica com infarto pulmonar.
- (C) histoplasmose.
- (D) infecção disseminada por *Candida albicans*.
- (E) infecção criptocócica.

44. Homem de 55 anos, com histórico de abuso de álcool, apresenta piora da dor epigástrica nos últimos dois dias. O abdome está sensível à palpação no epigástrico. Os exames laboratoriais revelam elevação da amilase e da lipase. A tomografia revela pancreatite intersticial com alterações inflamatórias peripancreáticas sem necrose. O paciente é internado, recebe fluidos intravenosos, analgesia e é mantido sem outra medicação. Ele melhora nas 72 horas seguintes e recebe alta. Dois meses após, é atendido em consulta de retorno e relata desconforto epigástrico leve, sem náuseas, vômitos ou perda de peso. Uma nova tomografia revela uma nova lesão cística de baixa atenuação, com uma parede fina adjacente ao corpo do pâncreas, medindo 7 cm.

O próximo passo mais apropriado na condução clínica desse paciente é

- (A) indicar manejo conservador.
- (B) iniciar ciprofloxacino e metronidazol.
- (C) pedir uma avaliação do médico-cirurgião.
- (D) solicitar cistogastrotomia endoscópica.
- (E) solicitar a aspiração do cisto guiada por tomografia.

45. Mulher de 25 anos é avaliada por causa de uma mudança de personalidade nos últimos seis meses, relatada pelo marido. Ele afirma que ela frequentemente fica excessivamente preocupada com um único tema, muitas vezes de natureza religiosa (não era uma pessoa religiosa anteriormente). Refere que ela frequentemente persevera em um tema enquanto fala e que é excessivamente inclusiva em suas descrições. Por fim, ele observa que, embora antes os dois tivessem uma vida sexual satisfatória, agora a paciente parece não ter nenhum desejo sexual. O médico também considera a paciente muito intensa emocionalmente. O exame físico é normal.

Quanto a essa paciente, a principal hipótese diagnóstica é

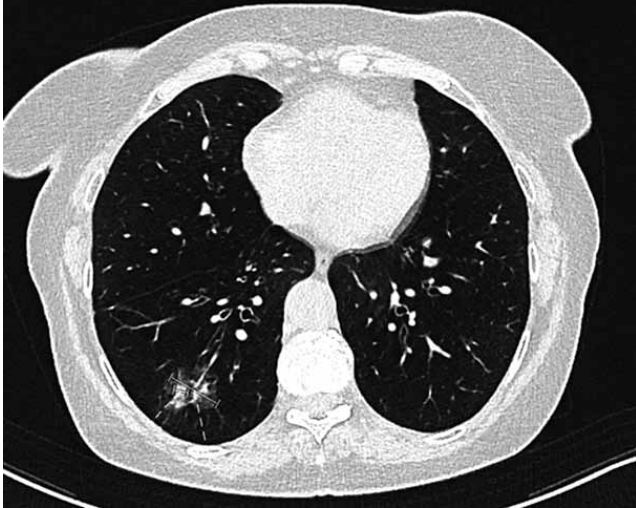
- (A) encefalopatia de Korsakoff.
- (B) encefalite límbica.
- (C) epilepsia do lobo temporal.
- (D) transtorno esquizoafetivo.
- (E) transtorno bipolar.

46. Mulher de 38 anos, sem histórico médico prévio, procura o pronto-socorro com queixa de falta de ar e palpitações há dois dias. O eletrocardiograma mostra bloqueio do ramo direito e bloqueio fascicular anterior esquerdo. A angiotomografia de tórax é negativa para embolia pulmonar. O ecocardiograma revela: disfunção ventricular esquerda (VE) com fração de ejeção de 35%; tamanho normal de VE; espessura septal de VE de 1,4 cm. Ela é internada e inicia o tratamento com inibidor da ECA oral e furose-mida intravenosa. Nos dois dias subsequentes, apesar da diurese, a dispneia piora. A telemetria mostra vários episódios de taquicardia ventricular não sustentada, e a troponina I é de 0,81 ng/mL (normal: < 0,03 ng/mL). No quarto dia de internação, ela desenvolve hipotensão progressiva, o que leva à transferência para a unidade de terapia intensiva. Um novo ecocardiograma mostra uma fração de ejeção de VE de 20%.

O teste diagnóstico mais apropriado nesse momento é

- (A) angiografia coronariana percutânea.
- (B) cateterismo cardíaco direito com biópsia endomiocárdica.
- (C) cintilografia do miocárdio com pirofosfato de tecnécio.
- (D) ressonância magnética cardíaca.
- (E) tomografia cardíaca por emissão de pósitrons.

47. Mulher de 72 anos é atendida em consulta de retorno. O histórico é positivo para tabagismo de 25 anos-maço e DPOC (grau 3; grupo B). Recentemente, ela teve pneumonia com infiltrado persistente no lobo inferior direito observado na radiografia de tórax. A paciente foi tratada com antibiótico. Seu peso permaneceu estável, e ela não apresentou febre ou sudorese noturna. Após seis semanas, uma radiografia de tórax de acompanhamento não apresentou alterações. Uma tomografia é então realizada e mostrada a seguir (a parte sólida do nódulo é de 7 mm):



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Quanto a essa paciente, o próximo passo mais apropriado é

- (A) solicitar broncoscopia flexível.
 - (B) solicitar biópsia guiada por tomografia.
 - (C) solicitar tomografia por emissão de pósitrons.
 - (D) repetir a tomografia de tórax após três a seis meses.
 - (E) repetir a tomografia de tórax após doze meses e, a seguir, a cada dois anos até completar cinco anos.
48. Homem de 81 anos é levado ao pronto-socorro devido à “fala arrastada”. Ao exame físico, apresenta discreta hemiparesia esquerda. A escala de AVC do *National Institutes of Health* (NIHSS) é 3. A ressonância magnética do encéfalo revela um único infarto lacunar antigo, sem evidência de isquemia aguda ou sangramento. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência de 62 bpm, hipertrofia ventricular esquerda e alterações inespecíficas do segmento ST. Angiotomografia de vasos cervicais e cranianos: estenose < 50% das artérias carótidas internas bilaterais. Ecocardiograma mostra fração de ejeção de ventrículo esquerdo normal e hipertrofia ventricular esquerda leve.

Quanto a esse paciente, a estratégia de longo prazo mais apropriada para prevenção secundária de AVC é

- (A) aspirina e apixabana.
- (B) aspirina e clopidogrel.
- (C) clopidogrel, apenas.
- (D) dabigatrana.
- (E) ticagrelor.

49. Homem de 45 anos, com colangite esclerosante primária e cirrose, apresenta piora do prurido e da icterícia de início recente. Ele relata perda de peso de aproximadamente 7 kg no último mês. Está afebril e nega qualquer dor abdominal significativa. Exames séricos atuais: fosfatase alcalina: 644 U/L; bilirrubina total: 5,8 mg/dL; aspartato aminotransferase: 122 U/L; alanina aminotransferase: 120 U/L; razão internacional normalizada: 1,3; hematócrito: 32%; contagem de leucócitos: 5.000/mm³. Marcadores tumorais: CA 19–9: 533 U/mL (normal: até 37); alfa-fetoproteína: 23 ng/mL (normal: até 10).

Nesse momento, o próximo passo mais apropriado é

- (A) proceder com uma biópsia hepática.
 - (B) solicitar tomografia de abdome com contraste.
 - (C) solicitar uma ultrassonografia abdominal com Doppler.
 - (D) pedir uma colangiopancreatografia por ressonância magnética.
 - (E) pedir uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
50. Mulher de 70 anos é diagnosticada há dois meses com dermatomiosite com base em fraqueza muscular proximal, elevação de creatina quinase (CPK), miopatia irritable na eletroneuromiografia e erupção cutânea característica (sinais de Gottron e heliotrópio). O diagnóstico foi corroborado por anticorpo anti-TIF1gamma positivo. Ela foi submetida a doses decrescentes de esteroides e micofenolato, com melhora da doença. Um ano depois, a paciente apresenta piora da fraqueza muscular e da erupção cutânea, associada à perda de peso de 9 kg nos últimos seis meses e novo início de tosse não produtiva. O tratamento com prednisona é iniciado novamente, mas não houve resposta. Os exames laboratoriais são significativos para marcadores inflamatórios elevados e anemia microcítica.

Constitui a causa mais provável para o quadro dessa paciente:

- (A) doença pulmonar intersticial.
- (B) infecção oportunista.
- (C) malignidade.
- (D) outra doença autoimune associada.
- (E) recorrência de dermatomiosite.

