



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2026 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

005. PROVA OBJETIVA

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

Especialidade: **Endoscopia**
(OPÇÃO: 008)

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 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 deste 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 4 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas e 30 minutos 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 e assine o 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.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CIRURGIA GERAL

- 01.** Qual são os elementos que compõem a conhecida “tríade letal” no contexto do trauma grave?
- (A) Hipotermia, hipercalemia e acidose respiratória.
 - (B) Hipotensão, turgência jugular e hipofonese de bulhas.
 - (C) Hipotermia, coagulopatia e acidose metabólica.
 - (D) Hipertensão, proteinúria e convulsões.
 - (E) Hipertensão, bradicardia e bradipneia.
- 02.** Em relação à seleção de vias de nutrição em pacientes cirúrgicos, assinale a alternativa correta.
- (A) O uso da via oral é preferível como via alimentar mesmo em pacientes que não têm o trato digestivo totalmente funcional por questões de conforto.
 - (B) Pacientes fisicamente capazes de manter nutrição oral, mas que não conseguem em virtude de supressão do apetite ou mudanças comportamentais devem ter sua preferência respeitada, não sendo indicada adoção de medidas alternativas de nutrição enteral.
 - (C) Se a via enteral for contraindicada deve-se iniciar nutrição parenteral total (NPT) dentro de 24 a 48 horas em todos os pacientes gravemente doentes ou feridos em que não se espera que possam tolerar nutrição enteral dentro dos próximos 3 dias.
 - (D) O uso de nutrição parenteral suplementar é atualmente proscrito devido à baixa evidência de benefícios, desde que possam tolerar uma dieta enteral quem supra ao menos 40% de suas necessidades calóricas e proteicas.
 - (E) A nutrição parenteral total (NPT) deve ser considerada apenas nos pacientes em que não se espera que sejam capazes de tolerar uma dieta enteral completa dentro de um período de 7 dias.
- 03.** Assinale a alternativa que melhor correlaciona a complicação associada a nutrição parenteral em doentes críticos e a sua causa mais comum.
- (A) Hipoglicemia – concentração excessiva de dextrose (efeito rebote).
 - (B) Hipertrigliceridemia – Administração de emulsão de gorduras acima de 110 mg/kg/h.
 - (C) Deficiência de ácidos graxos essenciais – Nutrição parenteral prolongada (>1 semana) com emulsões a base de ácido graxo linoleico e alfa-linoleico.
 - (D) Doença óssea metabólica – Nutrição parenteral hospitalar.
 - (E) Alteração de marcadores da função hepática (TGO, TGP, entre outros) – emulsões com déficit de aminoácidos e baixo aporte proteico.
- 04.** A cicatrização anormal de feridas ocorre por variados fatores e eventos interrelacionados durante os variados processos de cicatrização de feridas, resultando em prejuízo estético e funcional.
- Assinale a alternativa correta sobre os queloides.
- (A) São cicatrizes proliferativas que não ultrapassam os limites da lesão.
 - (B) Geralmente regridem com o tempo ou com cuidados locais durante a fase de cicatrização das feridas.
 - (C) São mais prevalentes em indivíduos de pele clara e asiáticos.
 - (D) Ocorrem principalmente sobre as clavículas, tronco, membros superiores e face.
 - (E) Podem ser prevenidos com cuidados locais, mas podem requerer intervenção cirúrgica que geralmente é efetiva nesses casos.
- 05.** Paciente do sexo masculino, 78 anos, foi submetido à herniorrafia inguinal de urgência por encarceramento sem outras complicações aparentes. No terceiro dia de internação, iniciou quadro de desorientação têmporo-espacial, agitação psicomotora e agressividade, alternando com períodos de hipoatividade. Não apresentou quadro febril e o hemograma de controle é normal.
- Qual(is) o(s) fator(res) predisponente(s) de maior risco para o desenvolvimento desse tipo de complicação em pacientes idosos?
- (A) Desnutrição proteico-calórica.
 - (B) Imobilização prolongada.
 - (C) Dor não tratada ou inadequadamente controlada.
 - (D) Invasão iatrogênica (ex: cateteres urinários, acesso central, ventilação não invasiva e outros).
 - (E) Comprometimento cognitivo e demência preexistentes.
- 06.** A escolha de antimicrobianos em pacientes cirúrgicos é baseada em diversos fatores, sendo essencial que o agente escolhido apresente atividade contra patógenos identificados ou prováveis (para terapia empírica).
- Dos seguintes agentes antimicrobianos, aquele que pode ser escolhido por sua atividade contra-anaeróbios é
- (A) vancomicina.
 - (B) ceftriaxona.
 - (C) cefepima.
 - (D) metronidazol.
 - (E) ciprofloxacino.

07. Paciente do sexo masculino, 45 anos, realizou tratamento cirúrgico para obesidade sendo submetido a um by-pass gástrico por laparotomia devido a um índice de massa corporal (IMC) extremamente elevado (77,16 kg/m²). No segundo dia pós-operatório, evoluiu com quadro de dor torácica aguda associado a dispneia súbita, taquicardia e hemoptise. Foi avaliado pela equipe de terapia intensiva que realizou medidas iniciais de estabilização e exames incluindo um eletrocardiograma que evidenciou uma taquicardia sinusal.

O provável diagnóstico desse paciente é

- (A) infarto agudo do miocárdio.
- (B) pneumonia hospitalar.
- (C) tromboembolia pulmonar.
- (D) trombose mesentérica.
- (E) deiscência de anastomose cirúrgica.

08. Paciente de 62 anos, com antecedente de laparotomia exploratória, há 30 dias por úlcera duodenal perfurada, apresentou quadro de exteriorização de líquido bilioso por um orifício cutâneo adjacente a cicatriz cirúrgica mediana no 10º dia de pós-operatório. A alteração foi estudada por tomografia contrastada (fistulografia) e discutida em reunião clínica multidisciplinar onde foi optada por uma conduta operatória. Segundo o médico assistente responsável, foi identificado um “fator desfavorável para a cicatrização espontânea” dessa anormalidade.

Dos seguintes fatores, aquele que pode ter sido o encontrado é

- (A) trajeto longo (> 2 cm).
- (B) trajeto epitelizado.
- (C) origem em coto duodenal.
- (D) ausência de abscessos associados.
- (E) trajeto único.

09. São características das lesões hepáticas traumáticas grau III:

- (A) hematoma subcapsular < 10% da área de superfície; laceração de 1 a 3 cm de profundidade do parênquima.
- (B) hematoma subcapsular de 10 a 50% da área de parênquima; laceração < 1cm de profundidade do parênquima.
- (C) rotura parenquimatosa envolvendo 25 a 75% do lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud.
- (D) hematoma subcapsular >50% da área de superfície; laceração > 3cm de profundidade do parênquima.
- (E) laceração parenquimatosa envolvendo >75% do lobo hepático; avulsão hepática.

10. Paciente do sexo feminino, 55 anos, foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica por colecistite aguda. O procedimento transcorreu com dificuldade técnica devido a processo inflamatório intenso na região. No 3º dia do pós-operatório, a paciente evoluiu com quadro de dor abdominal difusa, febre (39,2°C), náuseas e vômitos. Ao exame: regular estado geral, icterícia ++/4+ e abdome doloroso a palpação profunda do hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. A tomografia de abdome revela líquido livre peri-hepático em pequena quantidade, líquido pericolecístico e dilatação das vias biliares intra-hepáticas.

Assinale a alternativa correta em relação a essa condição.

- (A) A maior parte dessas complicações é identificada no momento da cirurgia.
- (B) A lesão mais comumente observada nesses casos é a avulsão do ducto cístico.
- (C) A incidência desse tipo de lesão é maior após colecistectomia laparoscópica do que nas colecistectomias abertas.
- (D) A lesão da região da bifurcação do ducto hepático raramente está envolvida nesse tipo de complicação, sendo mais comum a perfuração duodenal durante a dissecação do triângulo de Calot.
- (E) A colecistite aguda não influencia o risco do desenvolvimento desse tipo de complicação, sendo a aplicação de uma técnica cirúrgica adequada o principal fator envolvido.

11. Paciente do sexo masculino, 28 anos, dá entrada no pronto-atendimento após acidente automobilístico, sendo admitido nesse pronto-atendimento consciente e queixando-se de dor abdominal difusa com dificuldade para inspiração profunda. Ao exame, apresenta-se em mal estado geral, pálido e sudoreico. PA 90 x 50 mmHg, FC 120 bpm, FR 25 irpm. Saturação de O₂ em ar ambiente 94%. Apresenta escoriações superficiais em face. O abdome se encontra distendido, com dor difusa a palpação e defesa involuntária sendo evidente uma grande equimose retilínea que se estende entre as espinhas ilíacas, por cima da região periumbilical.

A conduta mais apropriada para o caso é

- (A) tomografia de abdome com contraste.
- (B) imobilização pélvica externa.
- (C) videolaparoscopia diagnóstica.
- (D) lavado peritoneal diagnóstico.
- (E) laparotomia exploradora.

12. Homem de 56 anos, assintomático e sem antecedentes pessoais patológicos, compare a uma consulta de rotina bastante preocupado devido a alguns resultados de exames de rotina solicitados por um médico do trabalho. Relata que nesse check-up foi coletado um marcador tumoral sérico denominado CA19.9, que se apresentou discretamente aumentado (42 U/mL).

O paciente pesquisou o significado desse exame em sites de busca e se encontra bastante preocupado. Qual seria a orientação adequada a esse paciente?

- (A) Tranquilizar o paciente sobre o achado laboratorial, pois se trata de um antígeno relacionado ao câncer ovariano e não apresenta significado patológico em pacientes do sexo masculino.
- (B) Esclarecer que, apesar de se tratar de um resultado pouco alterado, são necessários exames para exclusão de neoplasias do cólon e pâncreas, devendo ser solicitados exames de imagem como ultrassonografia, tomografia de abdome com contraste e colangiorressonância magnética.
- (C) Encaminhar o paciente para pesquisa genética de síndromes de câncer hereditário, principalmente a neoplasia endócrina múltipla do tipo 1 e síndrome de Peutz-Jeghers.
- (D) Tranquilizar o paciente, pois o marcador não é útil como diagnóstico, sendo seu uso limitado ao monitoramento da resposta à terapia em pacientes já diagnosticados com câncer pancreático.
- (E) Esclarecer que, provavelmente, se trata de um resultado falso negativo devido a baixa especificidade do marcador para o câncer pancreático, sugerindo nova coleta em 6 meses.

13. Mulher de 40 anos, tabagista, IMC 38 kg/m², procurou atendimento médico devido à preocupação excessiva com o câncer de mama. Refere que sua prima materna de primeiro grau apresentou o diagnóstico recentemente ao completar 35 anos. Realizou uma mamografia em sua cidade que evidenciou um nódulo oval circunscrito na mama direita (BIRADS 3). Histórico ginecológico: G0P0A1 (induzido), faz uso de contraceptivo oral.

Qual a conduta mais adequada para o caso?

- (A) Tranquilizar a paciente, pois se trata de um achado benigno, sendo indicado retorno do rastreamento habitual apenas a partir dos 50 anos.
- (B) Indicar realização de biópsia por se tratar de achado altamente sugestivo para malignidade, com probabilidade >95%.
- (C) Orientar mudanças no estilo de vida, pois apesar dos achados mamográficos serem benignos, a paciente apresenta outros fatores de risco como obesidade, tabagismo e aborto induzido.
- (D) Encaminhar a paciente para aconselhamento genético devido ao histórico familiar que, nesse caso, eleva em três vezes o risco de desenvolvimento da doença.
- (E) Tranquilizar a paciente e orientar mudanças no estilo de vida, sendo indicado controle mamográfico em 06 meses seguido de acompanhamento de curto intervalo (até 2 anos).

14. Mulher de 46 anos, previamente hígida, foi submetida à tireoidectomia total por um bócio volumoso multinodular. A procedimento transcorreu sem intercorrências. Após a extubação oro-traqueal, a paciente apresentou quadro de dispneia intensa associada e estridor laríngeo inspiratório e afonia, com queda brusca dos níveis de saturação de oxigênio (SatO₂ 85%). A ferida operatória não apresenta alterações. Sinais vitais: FC de 125 bpm e PA 130x80 mmHg.

Qual o diagnóstico mais provável e a conduta imediata?

- (A) Edema laríngeo por intubação - dexametasona endovenosa e ventilação não invasiva.
- (B) Síndrome compartimental cervical por hematoma - drenagem cirúrgica imediata.
- (C) Choque anafilático induzida por anestésicos com edema de glote - adrenalina intramuscular e dexametasona endovenosa.
- (D) Paralisia bilateral iatrogênica das pregas vocais - traqueostomia.
- (E) Edema agudo de pulmão - intubação oro-traqueal e diuréticos.

15. Homem de 74 anos apresenta queixa de desconforto na região orofaríngea, tosse irritativa e salivação excessiva. Refere sentir conseguir certo alívio dos seus sintomas ao massagear a região cervical após alimentar-se. A família referiu que, nos últimos meses, houve uma importância piora da halitose e ele apresentou dois episódios de pneumonia aspirativa no último ano com necessidade de internação hospitalar.

O achado mais comumente encontrado no estudo baritado de esôfago nos pacientes com essa sintomatologia é

- (A) divertículo anterolateral do esôfago cervical.
- (B) divertículo lateral e posterior da hipofaringe.
- (C) divertículo mediano e posterior abaixo do músculo cricofaríngeo.
- (D) dilatação do corpo do esôfago e esôfago sigmoidal.
- (E) trajeto anômalo com passagem de contraste para a árvore traqueobrônquica.

16. Qual é o sintoma de maior prevalência (80%) em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico?

- (A) Rouquidão.
- (B) Queimação retroesternal.
- (C) Regurgitação.
- (D) Soluços.
- (E) Eructação.

17. Homem de 45 anos de idade apresenta sintomas de deterioração global progressiva da saúde queixando-se de sintomas inespecíficos como cansaço, tendo piora nos últimos oito meses. Nega perda ponderal significativa ou febre. Queixa-se de dor e aumento do volume abdominal bem como constipação. Ao exame, o médico identificou sinais de ascite com macicez móvel a percussão bem como percepção de massas palpáveis, mal delimitada, localizadas nos flancos. A tomografia de abdome revelou grande quantidade de ascite associada a “scalloping” da superfície hepática bem como espessamento difuso do omento maior. Foi proposta a realização de uma laparotomia exploradora que evidenciou grande quantidade de muco semissólido adesivo e grandes massas císticas loculadas ocupando toda a cavidade peritoneal.

O diagnóstico mais provável é

- (A) carcinomatose peritoneal por adenocarcinoma gástrico.
- (B) tuberculose peritoneal difusa.
- (C) pseudomixoma peritoneal por neoplasia de apêndice.
- (D) mesotelioma peritoneal difuso.
- (E) ascite carcinomatosa secundária à adenocarcinoma metastático do cólon.

18. O conhecimento detalhado da anatomia da região inguinal é fundamental para a escolha da técnica cirúrgica mais apropriada no reparo das hérnias inguinais.

Assinale a alternativa correta em relação aos músculos e às aponeuroses que compõem a região.

- (A) O músculo oblíquo externo é o mais superficial dos músculos que compõem a parede abdominal anterior.
- (B) A bainha anterior do músculo reto é formada pelas aponeuroses de dois outros músculos: do oblíquo interno e o transverso do abdome.
- (C) A aponeurose oblíqua externa funciona como o limite superficial do canal inguinal.
- (D) As fibras do músculo oblíquo interno são direcionadas inferior e medialmente no abdome superior.
- (E) Os vasos epigástricos funcionam como a borda inferomedial do triângulo de Hasselbach.

19. Homem de 25 anos apresenta queixa de abaulamento da região inguinal direita. O cirurgião realizou o exame físico e referiu ter encontrado uma hérnia inguinal do tipo II de Nyhus.

Qual foi o achado do exame físico?

- (A) Hérnia indireta com anel inguinal interno normal.
- (B) Hérnia inguinal direta com anel inguinal não palpável.
- (C) Hérnia inguinal direta com presença de cicatriz de inguilotomia.
- (D) Hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno dilatado e parede posterior intacta.
- (E) Hérnia femoral.

20. Mulher de 55 anos, com histórico de etilismo crônica há cerca de 20 anos (40 g/dia), foi encontrada desacordada em casa e trazida por familiares a sala de emergência. Apresenta queixa de dor abdominal intensa, localizada no andar superior do abdome e que se irradia para o dorso (dor em faixa), bem como náuseas e vômitos. Não apresenta sinais de trauma externo. Ao exame: mal estado geral, agitada, sudorética, taquicárdica (115 bpm) e hipotensa (PA 70x60 mmHg). Temperatura axilar de 38 °C. O abdome encontra-se distendido e difusamente dolorosa a palpação. Observa-se equimoses em flanco esquerdo e na região periumbilical.

O diagnóstico mais provável é

- (A) apendicite aguda rota.
- (B) pancreatite aguda hemorrágica.
- (C) hepatocarcinoma metastático.
- (D) peritonite bacteriana espontânea.
- (E) neoplasia gástrica avançada.

21. Homem de 35 anos, previamente hígido, é admitido na sala de emergência com importante quadro de palidez cutânea e episódios de vômitos escurecidos que se iniciaram nas últimas 12 horas. Refere também fezes enegrecidas de odor muito desagradável nos últimos dois dias. Não apresenta dor abdominal no momento e o exame físico revela abdome inocente. No entanto, refere queixas dispépticas nas últimas semanas, mas não chegou a procurar atendimento médico. Nega perda ponderal, cirurgias prévias ou vícios. Ao exame físico apresenta hipotensão (PA 90x80mmHg) e taquicardia (FC 105 bpm). Toque retal com melena.

Qual das alternativas representa a causa mais provável do quadro de hemorragia digestiva nesse paciente?

- (A) Síndrome de Mallory-Weiss.
- (B) Úlcera duodenal.
- (C) Varizes esofagogástricas.
- (D) Gastrite hemorrágica aguda.
- (E) Úlcera gástrica maligna.

22. Homem de 82 anos apresenta queixa de sangramento retal ao evacuar há cerca de 3 meses associado a tenesmo e urgência evacuatória esporádica. Procurou atendimento ambulatorial devido a piora do quadro evoluindo também agora com diarreia esporádica alternando com períodos de evacuação normal. Nega perda ponderal, dor abdominal ou anal. O padrão de sangramento é variável, mas geralmente é de pequena quantidade, de coloração vermelho vivo e ocorre sempre ao final das evacuações. De antecedentes pessoais refere angioplastia prévia há cerca de 10 anos e radioterapia prévia por adenocarcinoma de próstata há 05 anos. A anuscopia externa não revelou fissuras ou doença hemorroidária externa e o toque retal não mostra sangue em dedo de luva. Ao exame apresenta-se em bom estado geral, abdome indolor e flácido, sem massas ou visceromegalias.

Considerando o caso clínico descrito, assinale a melhor conduta para o caso.

- (A) Solicitar anuscopia com anuscópio rígido para avaliação de hemorroidas internas e ligadura elásticas.
- (B) Solicitar retoscopia flexível para avaliação de provável proctopatía actínica e tratamento com plasma de argônio.
- (C) Realizar angiotomografia para avaliação da altura do sangramento e embolização se necessário.
- (D) Solicitar colonoscopia completa com preparo hospitalar devido a idade para avaliação dos possíveis diagnósticos diferenciais.
- (E) Solicitar colonoscopia com biópsias seriadas mesmo se o aspecto da mucosa for normal devido à suspeita para doença inflamatória intestinal.

23. Mulher de 42 anos procura atendimento médico devido a quadro de mal-estar súbito com sintomas cardiovasculares relacionados ao período pós-prandial. Refere que, cerca de 20 minutos após as refeições, apresenta quadro de dor abdominal, vômitos e náuseas associados a palpitações, sudorese intensa e sensação de desmaio. Refere que os quadros são especialmente intensos após ingestão de carboidratos (como massas e doces) e menos frequentes com dietas ricas em proteína ou fibras. Relata antecedente de cirurgia bariátrica (bypass gástrico) há cerca de 06 meses, com perda ponderal de 25% do peso corporal no período.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome da artéria mesentérica superior.
- (B) estenose de anastomose gastroenteral.
- (C) hérnia interna de Petersen.
- (D) síndrome de dumping.
- (E) colelitíase.

24. Assinale a alternativa que descreve apenas características dos adenocarcinomas gástricos do tipo intestinal de Lauren.

- (A) Familiar, sangue tipo A.
- (B) Mais comum em mulheres, disseminação hematogênica.
- (C) Pouco diferenciado, mutações do gene APC.
- (D) Atrofia gástrica, aumento de incidência com a idade.
- (E) Disseminação linfática, metaplasia intestinal.

25. Homem de 60 anos procurou o pronto-atendimento com queixa de dor abdominal localizada na fossa ilíaca esquerda há três dias. Apresenta antecedentes pessoais de obesidade e constipação crônica. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda, defesa local e uma massa dolorosa palpável na região. Não há sinais de peritonite difusa (Blumberg negativo), PA 130 x 90 mmHg, FC 98 bpm e temperatura axilar de 38,2 °C. Os exames laboratoriais revelam leucocitose com desvio à esquerda e PCR de 3,0 mg/dL.

Qual a melhor conduta para o caso?

- (A) Realizar retossigmoidoscopia com preparo de cólon retrógrado (clister) seguido de biópsias.
- (B) Realizar colonoscopia com preparo anterógrado (manitol 10%) e biópsias.
- (C) Antibioticoterapia ambulatorial por 07 dias e reavaliação em 48 horas.
- (D) Internação hospitalar com antibioticoterapia endovenosa e tomografia computadorizada de urgência.
- (E) Realizar videolaparoscopia exploradora de urgência.

26. O termo “doença inflamatória intestinal “ é usado para descrever duas patologias com aspecto gerais semelhantes, porém, características clínicas e patológicas distintas: a colite ulcerativa e a doença de Crohn.

Assinale a alternativa que descreve corretamente as comparações entre as duas doenças.

- (A) O espessamento da parede cólica e mesentério podem ser observados na colite ulcerativa. A doença de Crohn está mais associada à formação de úlceras profundas e fístulas.
- (B) Na colite ulcerativa, os sintomas obstrutivos são mais comuns. A diarreia é um sintoma que ocorre quase que exclusivamente na doença de Crohn.
- (C) O sangramento retal é um sintoma mais comumente relacionado à colite ulcerativa, enquanto o acometimento do intestino delgado somente é observado na doença de Crohn.
- (D) A distribuição das lesões na colite ulcerativa é descontínua, com doença retal ocorrendo na maioria dos casos. Na doença de Crohn, a presença de úlceras aftosas no íleo terminal, mesmo que na ausência de outras alterações, é definidora do diagnóstico.
- (E) A formação de pseudopólipos não ocorre na colite ulcerativa, na qual a ocorrência de doença anal ou perianal é frequente. A doença de Crohn com acometimento retal é preferencialmente tratada com proctocolectomia com bolsa ileal.

27. A colite pseudomembranosa é uma condição infecciosa com componente inflamatório secundário causado pelo microrganismo *Clostridium difficile*. É caracterizado pela formação de placas esbranquiçadas aderidas à mucosa intestinal.

Em relação a essa condição, assinale a alternativa correta.

- (A) O *C. difficile* é um bacteroide aeróbio, gram- negativo relacionado com as bactérias que causam tétano e botulismo.
- (B) O *C. difficile* é o patógeno mais frequentemente associado a infecções comunitárias e diarreia.
- (C) O tratamento prévio com imunossupressores é o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento da infecção por *C. difficile*.
- (D) A toxina A produzida pelo patógeno está diretamente relacionada ao desenvolvimento de colite e promove a destruição das células epiteliais cólicas com liberação de mediadores inflamatórios.
- (E) O transplante de microbiota fecal perdeu espaço na prática clínica atual devido às limitações logísticas e baixa eficácia terapêutica, sendo progressivamente abandonado.

28. A sequência adenoma-carcinoma é aceita como o processo pelo qual a maioria dos carcinomas colorretais se desenvolve. As observações científicas que corroboram essa hipótese são de grande interesse devido as implicações terapêuticas implícitas na sua compreensão.

Assinale a alternativa correta em relação às observações que corroboram essa hipótese.

- (A) O risco de um adenoma tubular menor do que 1 cm apresentar câncer é de 50% enquanto um adenoma viloso maior do que 2 cm tem risco de 35%.
- (B) A maioria dos cânceres colorretais não apresenta tecido adenomatoso residual.
- (C) Os adenomas de cólon ocorrem em menor frequência nos pacientes que têm câncer colorretal. Menos de 10% dos pacientes com câncer colorretal apresentarão pólipos benignos ao longo da vida.
- (D) A remoção de pólipos não diminui a incidência de câncer colorretal. Paciente com pequenos adenomas apresentam risco 2,3 vezes maior de câncer após sua remoção.
- (E) O pico de incidência dos pólipos colorretais é de 50 anos, enquanto o pico de incidência do câncer colorretal é de 60 anos, sugerindo o intervalo de dez anos de progressão de um adenoma para um câncer.

29. Homem de 42 anos dá entrada no pronto-atendimento com queixa de dor intensa na região anal iniciada há dois dias. Refere percepção de um “caroço” doloroso no ânus. Apresenta histórico de sangramento evacuatório esporádico. Refere que os sangramentos são raros e que não houve episódios recente após o início dos sintomas que o levaram a buscar atendimento. A anoscopia revela nódulo endurecido, recoberto pela anoderma, doloroso à palpação local e localizado no quadrante lateral esquerdo do ânus. A inspeção dinâmica mostra que o nódulo permanece fixo, endurecido e não sofre influência das manobras de valsalva. O paciente não permitiu toque retal ou inspeção armada (anoscopia rígida) devido a intensa dor local.

Como deve ser a descrição da anoscopia desse paciente?

- (A) Doença hemorroidária interna com sangramento, sem prolapso.
- (B) Doença hemorroidária interna com prolapso e redução espontânea.
- (C) Doença hemorroidária interna com prolapso necessitando de redução manual.
- (D) Doença hemorroidária interna prolapsada sem redução.
- (E) Doença hemorroidária externa trombosada.

30. O conhecimento da anatomia funcional do fígado é essencial para a realização de cirurgias hepáticas e biliares.

Assinale a alternativa correta sobre a anatomia funcional do fígado.

- (A) O fígado é constituído por oito segmentos (de Couinaud), sendo cada um deles suprido por um pedículo composto apenas por veia e artéria.
- (B) Os segmentos são classificados em três setores separados por cisuras contendo as duas principais veias hepáticas.
- (C) Os segmentos II e III compõem o fígado direito e são delimitados pela cissura umbilical.
- (D) O pedículo portal direito supre os lobos V, VI, VII e VIII.
- (E) O lobo caudado (ou segmento V) é a porção anterior do fígado.

31. A hipertensão portal resulta da obstrução ao fluxo sanguíneo hepático, que pode decorrer de doenças primárias do fígado ou de alterações que acometem diretamente os vasos responsáveis pela drenagem, como a veia porta e as veias hepáticas.

Assinale a alternativa que correlaciona, correta e respectivamente, as causas de hipertensão portal pré-hepática, hepática e pós-hepática.

- (A) Trombose da veia porta, cirrose alcoólica e pericardite constritiva.
- (B) Esquistossomose, sarcoidose e esteato-hepatite.
- (C) Metástase hilar hepática, síndrome de Budd-Chiari e fibrose hepática centro-lobular.
- (D) Trombose de veia esplênica, hepatite crônica por vírus C e hepatite autoimune.
- (E) Fibrose centrolobular, sarcoidose e doença veno-oclusiva hepática.

32. Durante uma colecistectomia, o cirurgião identificou estruturas anatômicas que, segundo ele, servem como referência para a prevenção de lesões iatrogênicas. Ele demonstrou aos médicos residentes uma região anatômica por onde passa centralmente a artéria cística e que é triangulada superiormente pela margem inferior do fígado, medialmente pelo ducto hepático comum e lateralmente pelo ducto cístico.

Qual o nome desse triângulo?

- (A) Triângulo de Lund.
- (B) Triângulo de Calot.
- (C) Triângulo de Petit.
- (D) Triângulo de Hesselbach.
- (E) Triângulo de Bochdalek.

33. Na avaliação inicial do paciente politraumatizado, o exame da perviedade das vias aéreas vem em primeiro lugar, devido à necessidade de garantir uma oxigenação e ventilação adequadas, prevenindo a hipóxia, que é a causa de morte evitável mais comumente observada nesses pacientes.

Em relação a essa avaliação, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes com nível de consciência alterado (Glasgow < 10) requerem estabelecimento de via aérea definitiva.
- (B) A via aérea é a prioridade absoluta. Mesmo em pacientes com suspeita de lesão cervical, a manobra elevação do mento deve ser realizada prioritariamente.
- (C) A comunicação verbal por parte do paciente confirma que suas vias aéreas não estão em risco eminente.
- (D) Por se tratar de um procedimento invasivo, o estabelecimento de uma via aérea definitiva deve ser realizado apenas em caso de certeza de que o paciente não consegue manter a integridade de suas vias aéreas.
- (E) O estabelecimento de vias aéreas definitivas cirúrgicas (ex: cricotireoidostomia e traqueostomia) no contexto pré-hospitalar é contraindicado.

34. Homem de 82 anos, tabagista de longa data e portador de hipertensão arterial, foi trazido a unidade de pronto-atendimento (UPA) pelos vizinhos devido a um incêndio em sua residência. As testemunhas referem que o idoso, que reside sozinho, estava preso em um cômodo da casa, sem acesso a porta da residência devido ao fogo e teve de ser resgatado pela janela. Ao ser interrogado em relação ao ocorrido, refere que pegou no sono enquanto fumava no sofá. Ao exame, apresenta queimaduras de segundo grau nas costas, ombro, face anterior do tórax, rosto e nariz, além de rouquidão e tosse com expectoração escurecida. FC de 70 bpm, PA 140 x 80 mmHg, FR 28 IRPM. Ausculta cardíaca revela bulhas normofonéticas e arritmicas. Ausculta pulmonar apresentando roncocal e estertores difusos. Abdome sem particularidades.

A conduta imediata para o caso é a seguinte:

- (A) cuidados locais com as queimaduras com óleo de girassol, hidratação cautelosa com solução cristalóide devido a idade e antibioticoprofilaxia.
- (B) desbridamento mecânico das bolhas após analgesia e sedação, cálculo da superfície corporal queimada (SCQ) e reposição volêmica com solução coloidal de acordo com a fórmula de Parkland.
- (C) intubação orotraqueal em sequência rápida, monitorização contínua com capnografia, reposição volêmica adequada e transferência para unidade de referência.
- (D) suporte do oxigênio suplementar com cateter nasal, radiografia de tórax para avaliação de comprometimento pulmonar e possível descompensação de quadro enfisematoso.
- (E) suporte de oxigênio suplementar com máscara com reservatório para FIO₂ de 100% e transferência para unidade de referência.

35. Homem de 35 anos dá entrada na sala de trauma após colisão automobilística (moto x auto). Foi trazido pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical. Na avaliação inicial, constatou-se trauma facial complexo, respiração ruidosa e sangramento profuso de ferimento em lábio, motivo pelo qual foi submetido à intubação orotraqueal em sequência rápida com ventilação mecânica controlada a volume. Ao exame apresentava ainda múltiplas fraturas de arcos costais e em membro inferior esquerdo. Após alguns minutos evoluiu com piora importante do estado clínico geral iniciando taquicardia importante (FC 122 bpm), hipotensão progressiva (PA 50 x 30 mmHg), murmúrio vesicular difusamente abolido e estase jugular. Não se observou desvio da traqueia da linha média.

Qual a conduta imediata nesse caso?

- (A) Drenagem torácica bilateral no 4º espaço intercostal, linha hemiaxilar.
- (B) Punção de Marfan.
- (C) Punção de alívio no 2º espaço intercostal, bilateralmente, na linha hemiclavicular.
- (D) Radiografia de tórax na sala de trauma.
- (E) Ultrassom FAST.

36. Assinale a alternativa correta sobre o trauma abdominal fechado.

- (A) A realização da inspeção abdominal é realizada na avaliação secundária em busca de elementos que possam indicar sangramento intra-abdominal.
- (B) Quantidades significativas de sangue podem estar presentes na cavidade abdominal sem uma mudança dramática na aparência externa do abdome e sem sinais de irritação peritoneal.
- (C) As lesões por cisalhamento são um tipo de lesão causado por trauma abdominal perfurante em que há laceração de alças intestinais ou do mesentério.
- (D) O acionamento de airbag durante colisões automobilísticas exclui a possibilidade de trauma abdominal.
- (E) Paciente hemodinamicamente instáveis com suspeita de lesão intra-abdominal devem, prioritariamente, ser submetidos à tomografia com contraste para avaliação de sangramento ativo abdominal e determinação da víscera acometida.

37. Os três métodos diagnósticos mais comumente utilizados no contexto do paciente com suspeita de trauma intra-abdominal são: o lavado peritoneal diagnóstico (LPD), a Avaliação Focada com Ultrassonografia no Trauma (FAST - *Focused Assessment with Sonography for Trauma*) e a tomografia computadorizada (TC).

Assinale a alternativa que descreve corretamente apenas vantagens corretamente associadas a cada um dos métodos.

- (A) LPD: Não requer sondagem vesical de alívio, FAST: Alta acurácia para detecção de perfuração de vísceras ocas, TC: Não invasivo.
- (B) LPD: Realizado rapidamente a beira leito, FAST: Alta acurácia para lesões diafragmáticas, TC: Não requer estabilidade hemodinâmica.
- (C) LPD: Realizado rapidamente a beira leito, FAST: Pode ser repetido conforme necessidade, TC: Alta acurácia para detecção de perfuração de vísceras ocas.
- (D) LPD: Pode ser repetido conforme necessidade, FAST: Alta acurácia para detecção de lesões diafragmáticas, TC: Permite diagnóstico anatômico com acurácia.
- (E) LPD: Não invasivo, FAST: Não operador-dependente, TC: Permite indicação cirúrgica precoce.

38. Mulher de 40 anos é trazida pelo SAMU à sala de trauma devido a ferimento por arma de fogo na região têmporo-parietal direita durante uma tentativa de assalto. Foi encontrada caída em via pública. Deu entrada com abertura ocular ao chamado, emissão de sons incompreensíveis e movimentação com retirada a estímulos dolorosos. No exame físico inicial, apresenta orifício de entrada na região têmporo-parietal direita com orifício de saída na região parietal direita. PA 130/85 mmHg, FR 25 irpm, SpO₂ 95% em ar ambiente.

Qual valor da escala de coma de Glasgow nessa paciente?

- (A) 11
- (B) 10
- (C) 9
- (D) 8
- (E) 7

39. Na tomografia de crânio de um paciente vítima de queda da própria altura após libação alcoólica, o médico radiologista evidenciou a presença hematoma biconvexo na região temporal direita associado à fratura do osso temporal ipsilateral.

Qual o tipo de lesão intracraniana é compatível com essa descrição?

- (A) Concussão cerebral.
- (B) Hematoma subdural.
- (C) Lesão axonal difusa.
- (D) Hematoma epidural.
- (E) Hemorragia subaracnóidea.

40. Assinale a alternativa correta em relação às particularidades do paciente pediátrico vítima de politraumatismo.

- (A) As prioridades no atendimento e manejo iniciais são diferentes dos adultos.
- (B) O trauma mais frequente e preocupante nessa população é o trauma abdominal fechado devido a particularidades anatômicas.
- (C) Apneia, hipoventilação e hipóxia são mais raras nas crianças politraumatizadas do que em adultos.
- (D) Crianças são mais resistentes à hipotermia do que adultos devido ao percentual de gordura mais elevado.
- (E) Fraturas ósseas são menos frequentes em crianças devido à calcificação incompleta e a presença de múltiplos centros de crescimento ósseo em atividade.

CLÍNICA MÉDICA

41. Homem de 27 anos com histórico de úlceras orais e genitais recorrentes é levado ao pronto-socorro com quadro agudo de hemoptise. Nas últimas 24 horas, refere que tem tossido com sangue. Ele relata também uveíte recorrente, tratada com esteroides intermitentes, e dor crônica nos joelhos, punhos e mãos. O paciente nega uso prévio de terapia imunomoduladora crônica.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, os exames complementares, provavelmente, devem revelar

- (A) aneurismas da artéria pulmonar.
- (B) doença pulmonar intersticial.
- (C) hemorragia alveolar.
- (D) nódulos pulmonares cavitários.
- (E) sobrecarga de câmaras direitas com hipertensão pulmonar.

42. Mulher de 75 anos apresenta queixa de dor interfalângiana distal (IFD) nos dedos indicadores de ambas as mãos há 6 meses; ela nota algum inchaço e calor e esses sintomas parecem estar piorando constantemente. Refere rigidez nessas articulações, por cerca de 45 minutos, todas as manhãs, e então elas doem quando ela as flexiona. O histórico pessoal ou familiar de psoríase, espondilite anquilosante ou doença inflamatória intestinal é negativo. O exame físico mostra uma mulher saudável com edema, calor e leve eritema nas IFD dos dedos indicadores bilateralmente; há perda de espaço articular, restrição da amplitude de movimento e um leve desvio lateral da falange distal bilateralmente.

Segundo o exposto, qual achado radiográfico é fortemente associado à doença de base dessa paciente?

- (A) Cistos subcondrais na porção distal da falange média, bilateralmente.
- (B) Condrocálcinose das articulações interfalângianas afetadas, bilateralmente.
- (C) Erosões paracentrais distais nas falanges (formação de asa de gaivota).
- (D) Erosões ósseas marginais com osteofitose assimétrica.
- (E) Hiperextensão da articulação interfalângiana proximal e flexão da articulação interfalângiana distal.

43. Homem de 57 anos apresenta-se para acompanhamento de rotina de diabetes mellitus tipo 2. Ele também tem hipertensão, hiperlipidemia e obesidade. O tratamento atual é: metformina (2.000 mg/dia); empagliflozina (25 mg/dia); insulina degludeca (40 UI/dia); olmesartana (40 mg/dia); atorvastatina (80 mg/dia). Não há histórico de angina, dispnéia ou eventos cardiovasculares, nem tabagismo ou etilismo. Pressão arterial: 128 x 83 mmHg; IMC: 32 kg/m². Exames séricos atuais: hemograma: normal; creatinina: 1,2 mg/dL; hemoglobina A1c: 7,1%; colesterol total: 209 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 109 mg/dL; triglicérides: 312 mg/dL; aspartato aminotransferase: 82 U/L; alanina aminotransferase: 68 U/L. Relação albumina/creatinina urinária: < 30 mg/g.

Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que o conduta indicada para o manuseio desse paciente é

- (A) calcular o escore FIB-4 (Índice de Fibrose-4).
- (B) diminuir a atorvastatina para 40 mg/dia e associar ezetimiba.
- (C) realizar uma ressonância magnética do fígado.
- (D) recomendar, pelo menos, 150 minutos de exercícios por dia.
- (E) encaminhar para aconselhamento nutricional.

44. Homem de 42 anos apresenta dispnéia com piora gradual nos últimos 9 meses. Não há outros sinais ou sintomas e o histórico médico é notável por artrite reumatoide de longa data. Ele também refere ter sofrido um acidente de trânsito há, aproximadamente, 1 ano. Ao exame físico: bom estado geral; há macicez à percussão em base de hemitórax esquerdo; o restante do exame é normal. A radiografia confirma um derrame pleural à esquerda. A toracocentese diagnóstica é realizada e revela: líquido turvo; nível de proteína de 3,5 g/dL; nível de triglicérides: 240 mg/dL.

Nesse contexto, a hipótese diagnóstica é

- (A) granulomatose de células de Langerhans (histiocitose X).
- (B) linfoma de Hodgkin.
- (C) derrame pleural maligno.
- (D) derrame pleural associado à artrite reumatoide.
- (E) complicação resultante do acidente de trânsito.

45. Homem de 74 anos com histórico de hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 dá entrada no pronto-socorro queixando-se de dispneia, sudorese e “pressão no peito” há 6 horas. Seus medicamentos incluem doses máximas de metformina, anlodipino, sinvastatina e lisinopril. Ao exame físico: está visivelmente dispneico e parece desconfortável em repouso; turgência jugular 2+/4; frequência cardíaca: 98 bpm; pressão arterial: 182 x 118 mmHg; saturação de oxigênio: 88% em ar ambiente; pulsos palpáveis e simétricos; não há sopro cardíaco; crepitações até metade dos campos pulmonares. Eletrocardiograma: ritmo sinusal com sobrecarga ventricular esquerda.

Além de iniciar diurético intravenoso, é correto afirmar que a conduta indicada para o tratamento farmacológico intravenoso é administrar

- (A) Esmolol.
- (B) Hidralazina.
- (C) Labetalol.
- (D) Nitroglicerina.
- (E) Nitroprussiato.

46. Homem de 58 anos com diabetes mellitus tipo 2, em tratamento com metformina e empagliflozina, procura o serviço de emergência com queixa de náuseas, dor abdominal difusa e taquipneia nas últimas 24 horas. Sinais vitais: estáveis. Exames arteriais: glicemia: 185 mg/dL; pH: 7,25; bicarbonato: 15 mEq/L; beta-hidroxibutirato: 4,5 mmol/L (normal: < 0,6); hiato aniônico: 12 mEq/L (normal: 8 a 16).

Com base nos dados apresentados e nas mais recentes diretrizes internacionais para o manejo das emergências hiperglicêmicas, é correto afirmar:

- (A) o diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD) é afastado, pois o ânion-gap encontra-se dentro da normalidade, sendo este um critério essencial para o diagnóstico.
- (B) o diagnóstico é de CAD euglicêmica, confirmado pela presença de cetonemia significativa e acidose metabólica, em paciente com diabetes conhecido, independentemente do ânion-gap normal.
- (C) o diagnóstico de CAD é improvável pela ausência de hiperglicemia significativa (glicemia < 200 mg/dL), um critério mandatório para essa condição.
- (D) o quadro clínico é mais sugestivo de cetoacidose alcoólica, visto que o uso de inibidores de SGLT2 raramente causam cetonemia expressiva sem elevação concomitante do ânion-gap.
- (E) o diagnóstico primário é de acidose metabólica hiperclorêmica secundária ao uso de inibidor de SGLT2, e a prioridade imediata é a administração de bicarbonato para correção do pH.

47. Paciente destra de 42 anos, diabética e com miocardiopatia dilatada desenvolve quadro de “confusão” aguda. Ao exame físico: ela não obedece a comandos; fala fluentemente; diz várias frases sem sentido; parece haver um defeito visual no hemisfério direito. A ressonância magnética é realizada e mostra evidências de um acidente vascular cerebral.

Nesse caso, é correto afirmar que a oclusão vascular está

- (A) na artéria cerebral posterior.
- (B) na divisão superior da artéria cerebral média (ACM) esquerda.
- (C) na divisão inferior da ACM esquerda.
- (D) nos ramos lenticulo-estriados da ACM direita.
- (E) no tronco da ACM direita antes da bifurcação.

48. Mulher de 29 anos apresenta mal-estar geral e falta de ar. Ao exame físico: pressão arterial: 169 x 97 mmHg; oximetria de pulso com saturação de 97% em ar ambiente; tórax: normal à ausculta; nota-se edema bilateral 1+/4 em tornozelos. A tira reagente de urina mostra: proteína 2+; sangue 3+. Exames séricos: hemoglobina: 11,0 g/dL; creatinina: 10,6 mg/dL; proteína C reativa: 73 mg/L (normal < 10). Ultrassom abdominal normal, sem obstrução urinária.

Considerando o caso clínico relatado, o achado associado, se presente, que apoiaria o diagnóstico de doença antimembrana basal glomerular é

- (A) anemia hemolítica microangiopática.
- (B) cilindros hemáticos na urina.
- (C) erupção cutânea com vasculite.
- (D) hemorragias retinianas.
- (E) hipocomplementemia.

49. Mulher de 50 anos é levada ao departamento de emergência após ingerir algumas cartelas de aspirina de 500 mg há cerca de 4 horas. O histórico é notável para depressão, tentativas anteriores de suicídio e osteoartrite. Ela estava tomando escitalopram e tramadol. Ao exame físico: escala de Glasgow: 15; pressão arterial: 160 x 90 mmHg; frequência cardíaca: 86 bpm; frequência respiratória: 30 ipm; há leve sensibilidade epigástrica à palpação. Exames séricos: sódio: 135 mEq/L; potássio: 4,3 mEq/L; creatinina: 1,13 mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,46; bicarbonato: 17 mEq/L; PCO₂: 18,8 mmHg; PO₂: 98 mmHg. Nível sérico de salicilato: 48 mg/dL (nível terapêutico: 15 a 30).

Nesse momento, além de prescrever expansão com fluidos, a conduta indicada é iniciar o tratamento com

- (A) alcalinização urinária.
- (B) carvão ativado.
- (C) furosemida.
- (D) hemodiálise.
- (E) hemoperfusão.

50. Mulher de 40 anos procura a unidade de saúde com piora da falta de ar ao esforço, fadiga e púrpuras em braços e pernas. Ela foi diagnosticada com asma na infância e relata ter rinossinusite crônica. Ao exame físico: tórax: ausculta-se sibilância leve difusamente; há erupção purpúrica predominantemente nas extremidades inferiores. Exames séricos: contagem de eosinófilos: $1.140/\text{mm}^3$; IgE elevada. Tomografia de tórax: observam-se consolidações e opacidades em vidro fosco com distribuição lobular. A histologia de uma biópsia da pele revela vasculite, necrose fibrinoide e inflamação granulomatosa extravascular rica em eosinófilos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, é correto afirmar que

- (A) o belimumabe é o tratamento de manutenção de escolha.
- (B) a glomerulonefrite membranoproliferativa é a forma mais comum de acometimento renal.
- (C) a mononeuropatia múltipla é observada em até 75% dos pacientes.
- (D) os níveis séricos de IgE acima de 1.500 UI/mL são típicos da doença.
- (E) os níveis elevados de antiproteinase 3 indicam atividade da doença.

51. Mulher de 67 anos é avaliada em consulta de retorno para leucemia linfocítica crônica. A condição foi descoberta incidentalmente após um hemograma apresentar: contagem de leucócitos: $23.109/\text{mm}^3$; contagem absoluta de linfócitos: $20.109/\text{mm}^3$; hemoglobina: 13 g/dL ; plaquetas de $175.200/\text{mm}^3$. Ela relata que trabalha normalmente, em tempo integral, e está em seu estado de saúde basal. Ao exame físico, não há linfonodos palpáveis nem hepatoesplenomegalia.

Com base nos dados clínicos apresentados, a conduta apropriada no manuseio dessa paciente é

- (A) realizar mielograma com biópsia de medula óssea.
- (B) realizar tomografia computadorizada basal de tórax, abdome e pelve.
- (C) realizar tomografia por emissão de pósitrons (PET) basal.
- (D) sem exames adicionais, no momento, e acompanhamento com retorno em 3 meses.
- (E) realizar acompanhamento conforme necessário, quando sintomática, sem exames adicionais.

52. Mulher de 44 anos com colite ulcerativa há 20 anos está em terapia com um 4º imunobiológico após não ter respondido aos agentes anteriores devido à formação de anticorpos. Ela tem tido de 6 a 8 evacuações sem sangue, diariamente, há 6 meses. Colonoscopia de vigilância recente: inflamação grave caracterizada por erosões, eritema, friabilidade, granularidade e perda de vascularização em todo o cólon examinado. As biópsias de vigilância do ceco e das áreas ascendente, transversa, descendente e retossigmoide mostram colite crônica moderada a ativa, com ulcerações e sem granulomas. Displasia de baixo grau é identificada em amostras de biópsia aleatórias do ceco e das áreas ascendente e retossigmoide, e displasia de alto grau é identificada em amostras de biópsia aleatórias do cólon transverso.

Nesse contexto, a conduta indicada é

- (A) mudar a terapia para um biológico diferente.
- (B) realizar colonoscopia de acompanhamento em 6 meses.
- (C) solicitar cromoendoscopia.
- (D) solicitar uma ressonância de abdome e pelve com contraste.
- (E) encaminhar a paciente para o cirurgião colorretal.

53. Paciente de 55 anos com doença pulmonar obstrutiva grave é internado por exacerbação da condição. Refere que é seu primeiro episódio de exacerbação. Ele é tratado com broncodilatadores, antibióticos e corticosteroides sistêmicos e, durante sua internação, recebe oxigênio suplementar por meio de uma cânula nasal. A condição melhorou significativamente após 7 dias. À admissão, a gasometria arterial em ar ambiente mostra: pH 7,40; PCO_2 : 37 mmHg ; PO_2 : 45 mmHg ; bicarbonato: 24 mEq/L . Os valores arteriais à alta são: pH: 7,41; PCO_2 : 41 mmHg ; PO_2 : 52 mmHg ; bicarbonato: 26 mEq/L .

O tratamento ambulatorial otimizado padrão é prescrito, sendo indicada como conduta adicional

- (A) a oxigenoterapia de longo prazo por tempo indeterminado.
- (B) o oxigênio suplementar, durante o esforço físico e ao dormir.
- (C) a oxigenoterapia contínua, por 3 meses, e reavaliação.
- (D) a oxigenoterapia contínua, por 30 dias, e reavaliação.
- (E) a ventilação com pressão positiva não invasiva.

54. Homem de 50 anos é avaliado em consulta de retorno por nódulo tireoidiano esquerdo, que foi detectado acidentalmente em uma tomografia do pescoço realizada após um acidente automobilístico há 10 anos. Inicialmente, o nódulo tinha 2,4 cm, mas, cinco anos depois, aumentou para 4,0 cm e, dois anos depois, para 5,2 cm. O paciente foi submetido a uma punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom no diagnóstico inicial e, novamente, cinco anos depois, ambas com resultados benignos. Ao longo do último ano, ele notou um “aumento da pressão” na parte anterior do pescoço, de tal forma que não se sente mais confortável usando gravatas e tem uma sensação de sufocamento ocasionalmente. Ele decide se submeter a uma lobectomia da tireoide esquerda para aliviar esses sintomas. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 29,4 kg/m²; há um nódulo firme na parte média a inferior do lobo esquerdo da tireoide, estendendo-se até o nível da clavícula; lobo direito da tireoide está com tamanho normal e sem nódulos. Perfil da tireoide sérico: TSH: 1,2 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); anticorpo anti-TPO: negativo.

Nessa circunstância, qual variável prevê a chance desse paciente permanecer eutireoideo após a cirurgia?

- (A) Concentração sérica pré-operatória de TSH.
- (B) Experiência técnica do cirurgião.
- (C) Operação com preservação do istmo.
- (D) Resultado do anticorpo anti-TPO.
- (E) Sexo masculino.

55. Homem de 45 anos apresenta uma massa cervical palpável ao exame físico. A ultrassonografia mostra um nódulo tireoidiano direito de 2,0 x 1,4 cm. Uma aspiração por agulha fina desse nódulo é realizada e mostra câncer medular de tireoide. O teste genético é positivo para mutação germinativa do proto-oncogene RET. Os níveis séricos de cálcio e hormônio da paratireoide estão dentro da faixa normal.

A partir dos dados apresentados, é correto afirmar que a conduta apropriada no manuseio desse paciente é

- (A) indicar radioterapia.
- (B) indicar tireoidectomia total.
- (C) indicar tratamento com radioiodo.
- (D) medir o nível de tireoglobulina.
- (E) medir os níveis de metanefrina livre na urina ou no plasma.

56. Mulher de 21 anos, grávida de 29 semanas, procura atendimento para tratamento de hipoparatiroidismo. O histórico é relevante para câncer papilar da tireoide diagnosticado há 7 anos e tratado com cirurgia e iodo radioativo. Ela tem um longo histórico de parestesias frequentes e câibras musculares, mas esses sintomas diminuíram nas últimas semanas. Seus medicamentos atuais são: levotiroxina (150 mcg/dia); calcitriol (0,5 mcg/duas vezes ao dia); e carbonato de cálcio (1.000 mg de cálcio elementar/duas vezes ao dia). Exames séricos: albumina: 3,2 g/dL; cálcio total: 9,5 mg/dL; creatinina: 0,78 mg/dL; TSH: 0,38 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); hormônio da paratireoide intacto (PTH): indetectável; 25-hidroxivitamina D: 33 ng/mL (normal: 30 a 80); fósforo: 4,7 mg/dL (normal: 2,3 a 4,6); magnésio: 1,8 mg/dL (normal: 1,5 a 2,3). Análise urinária: relação cálcio/creatinina: 0,47 mg/mg (normal: < 0,22).

Considerando o caso clínico exposto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) adicionar um agonista do receptor de PTH.
- (B) adicionar hidroclorotiazida.
- (C) reduzir a dosagem de calcitriol.
- (D) reduzir a dosagem de levotiroxina.
- (E) trocar o carbonato de cálcio por citrato de cálcio.

57. Mulher de 40 anos sem histórico relevante é atendida com quadro de mal-estar, palpitações e câibras. Não há etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Ao exame físico: pressão arterial: 170 x 98 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; avaliação neurológica: sem déficit focal; exame cardiopulmonar: normal. Os exames são notáveis para hemograma, coagulograma, glicemia, função renal e bioquímica normais; sódio: 141 mEq/L; potássio: 3,4 mEq/L. A ultrassonografia da artéria renal demonstra aumento da velocidade à direita, com uma ligeira redução no tamanho do rim direito. A angiotomografia abdominal com contraste é apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base nos dados e na imagem apresentados, nesse momento, é prioritário, no manejo dessa paciente, realizar

- (A) angiografia por ressonância magnética abdominal.
- (B) cintilografia renal.
- (C) desnervação renal por cateter.
- (D) implante de stent na artéria renal.
- (E) terapia anti-hipertensiva.

58. Homem de 25 anos com histórico de uso de cocaína apresenta neutropenia significativa, com contagem absoluta de neutrófilos de 100 células/mm³.

Nesse cenário, a substância que, frequentemente, pode ser encontrada como contaminante na cocaína e que tem sido fortemente associada a essa descrição é

- (A) o cimento branco.
- (B) a fenacetina.
- (C) a metilamfetamina.
- (D) o levamisol.
- (E) o talco.

59. Homem de 58 anos é atendido para consulta de retorno após angioplastia recente e colocação de stent. Ele foi submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, aos 52 anos, após um infarto do miocárdio com elevação do segmento ST. Refere que vem apresentando angina de esforço há um ano, e a angiografia mostra estenose recorrente do enxerto. Ele não tem diabetes mellitus tipo 2 e parou de fumar após o evento cardíaco. O histórico familiar é relevante para infarto do miocárdio (pai teve aos 55 anos). Seus medicamentos atuais são: atorvastatina (80 mg/dia); ezetimiba (10 mg/dia); evolocumabe (140 mg/a cada duas semanas); metoprolol (100 mg/dia); aspirina (100 mg/dia); e clopidogrel (75 mg/dia). Ele evita alimentos ricos em gordura e limita a ingestão de açúcar, mas tem atividade física limitada devido à angina. IMC: 22 kg/m². Nota-se um arco corneano leve, mas sem xantomas tendinosos. Perfil lipídico atual em jejum: colesterol total: 122 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 66 mg/dL; triglicerídeos: 90 mg/dL.

Antes de recomendar quaisquer alterações no tratamento para uma maior redução do risco cardiovascular, a investigação complementar que, prioritariamente, deve ser solicitada é

- (A) a apolipoproteína B.
- (B) o fitoesterol plasmático.
- (C) a lipoproteína (a).
- (D) o número de partículas de LDL por ressonância magnética nuclear.
- (E) a proteína C reativa cardíaca (de alta sensibilidade).

60. Mulher de 25 anos é levada ao pronto-socorro após tentativa de suicídio com 100 comprimidos de amitriptilina de 25 mg. Seu peso estimado é de 50 kg. A escala de Glasgow é de 8 pontos, sendo então intubada e colocada em ventilação mecânica. O eletrocardiograma (ECG) revela taquicardia sinusal, com complexo QRS de 160 ms e QTc prolongado de 440 ms. Bicarbonato de sódio intravenoso é prescrito. O pH arterial de agora é 7,46; ela permanece taquicárdica, hipotensa e com complexo QRS alargado.

Nesse contexto, a conduta recomendada é prescrever, por via intravenosa:

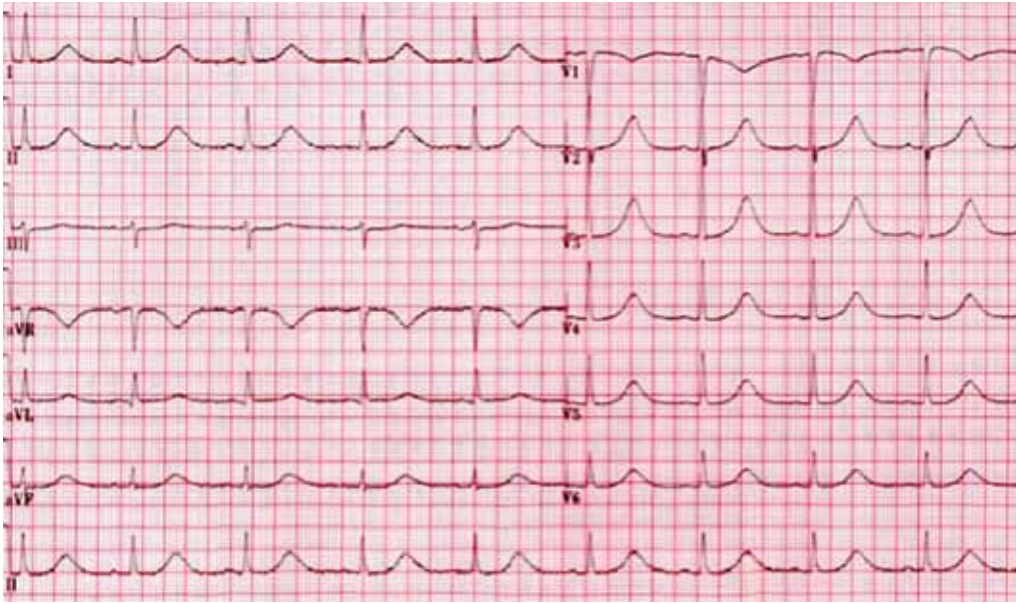
- (A) *bolus* de lidocaína, 1,5 mg/kg.
- (B) *bolus* adicional de 50 mL de bicarbonato de sódio a 8,4%.
- (C) cloreto de sódio hipertônico (*bolus* de 100 mL de solução salina a 3%).
- (D) emulsão lipídica a 20%, 1,5 mL/kg.
- (E) sulfato de magnésio a 10%, 20 mL.

61. Mulher de 82 anos é levada à consulta por sua filha, que relata duas quedas no último mês, apatia e perda de interesse em atividades sociais. A paciente mora sozinha e sempre foi independente. Na avaliação, observam-se os seguintes dados: funcionalidade: independente para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), mas com nova dificuldade para gerenciar suas finanças e usar o transporte público; mobilidade: teste *Timed Up and Go* (TUG) completado em 16 segundos; humor: 8 pontos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); cognição: pontuação de 25/30 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com 4 anos de escolaridade. Medicação em uso: losartana, anlodipino, metformina e zolpidem (há 6 meses, para insônia).

Com base nos resultados da Avaliação Geriátrica Ampla, a intervenção prioritária para reduzir o risco de novas quedas e melhorar o estado geral da paciente é

- (A) aumentar a dose do zolpidem para garantir um sono de melhor qualidade, prevenindo, assim, a fadiga diurna e a chance de quedas.
- (B) encaminhá-la para um programa de fisioterapia com foco no fortalecimento muscular para tratar a sarcopenia e condicionamento físico.
- (C) iniciar inibidor da acetilcolinesterase para tratar o provável declínio cognitivo indicado pelo MEEM.
- (D) revisar a medicação, com foco na desprescrição do zolpidem, e iniciar o tratamento para os sintomas depressivos.
- (E) solicitar avaliação de um assistente social para planejar a institucionalização, dada a sua dificuldade nas atividades instrumentais.

62. Mulher de 57 anos com histórico de transtorno psiquiátrico (bem controlado com tratamento) e infecções urinárias recorrentes é levada ao departamento de emergência após ser encontrada inconsciente. O eletrocardiograma (ECG) inicial não mostra ondas P; os complexos QRS ou ondas T são identificáveis, com uma frequência de cerca de 350/minuto, sendo desfibrilada com sucesso. Ela foi tratada adequadamente e estabilizada. No dia seguinte, foi realizado novo ECG, apresentado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Frente ao exposto, é correto afirmar que o medicamento que tem maior probabilidade de justificar essa apresentação é

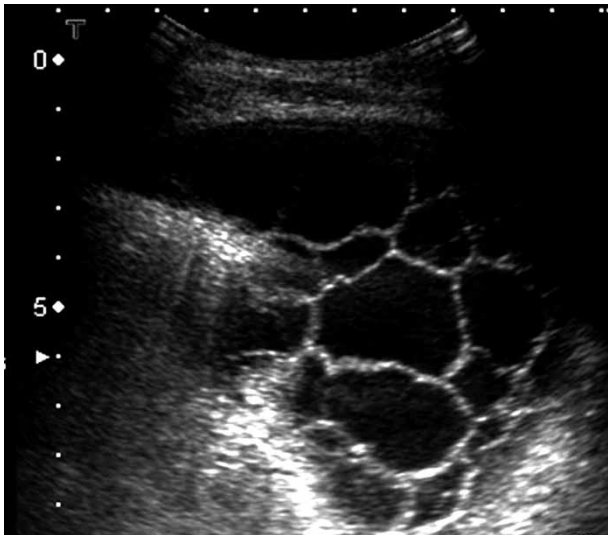
- (A) o aripirazol.
(B) o cloridrato de bupropiona.
(C) a desvenlafaxina.
(D) a quetiapina.
(E) a sertralina.
63. Homem de 45 anos, tabagista de 20 cigarros/dia, desde os 20 anos, procura atendimento ambulatorial manifestando forte desejo de parar de fumar. Relata história de episódio convulsivo único na adolescência, sem recorrência ou necessidade de tratamento contínuo, e diagnóstico de transtorno depressivo maior, atualmente em remissão com uso de sertralina. Ao exame, apresenta-se clinicamente estável.
- Considerando as diretrizes atuais e o perfil do paciente, a conduta de primeira linha mais adequada e segura é prescrever
- (A) cloridrato de bupropiona.
(B) nortriptilina.
(C) terapia de reposição de nicotina com adesivo em monoterapia.
(D) terapia cognitivo-comportamental como monoterapia inicial.
(E) vareniclina.
64. Homem de 53 anos está internado há quatro dias, desde quando foi encontrado caído no chão de seu apartamento após quadro de intoxicação exógena. O paciente tem histórico de consumo excessivo de álcool. Ele não usa medicamentos. Os resultados do exame inicial revelaram uma laceração na língua, o que levou à suspeita de que ele poderia ter tido uma convulsão, além de obesidade, com fígado e baço normais. Exames séricos à admissão: aspartato aminotransferase (AST): 4.120 U/L; alanina aminotransferase (ALT): 698 U/L; fosfatase alcalina e bilirrubina: normais. Os resultados de hoje mostram: AST: -1.024 U/L; ALT: 334 U/L.
- Com esses dados, o diagnóstico mais provável é de
- (A) hepatite alcoólica.
(B) hepatite viral aguda.
(C) hepatotoxicidade por paracetamol.
(D) isquemia hepática.
(E) lesão muscular.

65. Homem de 50 anos é levado ao departamento de emergência com alteração do estado de consciência. Ele foi encontrado na rua em estado de embriaguez. O histórico é relevante para alcoolismo de longa data, sem outros antecedentes significativos. Ao exame físico: escala de Glasgow: 12; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 110 x 60 mmHg; há hiperreflexia e os sinais de Trousseau e Chvostek são positivos. Exames séricos: ureia: 12 mg/dL; creatinina: 0,3 mg/dL; sódio: 131 mEq/L; potássio: 2,9 mEq/L; albumina: 2,7 g/dL; cálcio sérico ajustado: 7,0 mg/dL (normal: 8,8 a 10,4); magnésio: 0,49 mg/dL (normal: 1,8 a 2,5); hormônio da paratireoide: 17,4 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4).

Segundo essas informações, a hipótese diagnóstica para sua hipocalcemia é

- (A) intoxicação por metanol.
- (B) hipomagnesemia.
- (C) hipocalcemia.
- (D) hipoparatiroidismo.
- (E) nefropatia.

66. Homem de 55 anos é internado na unidade de terapia intensiva (UTI) com choque séptico e evidência de opacidade no lobo inferior direito na radiografia do tórax. Não há comorbidades, etilismo ou tabagismo. O paciente é tratado com ceftriaxona, claritromicina, fluidos intravenosos e vasopressores. É realizada uma ultrassonografia em base de hemitórax direito à beira do leito apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta adequada é

- (A) indicar uma tomografia de tórax com contraste.
- (B) indicar ventilação não invasiva.
- (C) realizar a toracostomia com tubo.
- (D) solicitar uma broncoscopia flexível diagnóstica e terapêutica.
- (E) trocar a claritromicina por clindamicina.

67. Homem de 75 anos é avaliado por exames de função renal alterados. Ele relata que, há cerca de 2 semanas, fez um tratamento com cefalexina para erisipela em membro inferior esquerdo. Houve melhora, mas ele evoluiu com quadro de mal-estar, febre e erupção cutânea em ambas as pernas. Não há outros antecedentes relevantes. O exame de urina mostra positividade de 1+ para hemácias, proteínas e leucócitos. Exames: ureia sérica: 158 mg/dL; creatinina sérica: 3,62 mg/dL; relação proteína/creatinina na urina: 60 mg/mmol (normal < 30). A biópsia renal mostra: infiltrados intersticiais irregulares, com formação precoce de granuloma, edema intersticial e sinais de tubulite à microscopia óptica.

Assinale a alternativa correta com relação ao que constitui a composição predominante do infiltrado celular renal nessa patologia.

- (A) Células Gram-negativas.
- (B) Células Ziehl-Neelsen positivas.
- (C) Neutrófilos.
- (D) Linfócitos e macrófagos.
- (E) Leucócitos mieloperoxidase positivos.

68. Mulher de 63 anos apresenta quadro de dor abdominal, febre e náuseas há 4 horas. Não há antecedente de doença hepática. Ao exame físico: pressão arterial: 110 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 104 bpm; temperatura: 38,7 °C; há icterícia e dor leve à palpação epigástrica. Exames séricos: hemoglobina: 12,9 g/dL; leucócitos: 18.100/mm³ (neutrófilos: 80%; bastonetes: 10%); fosfatase alcalina: 150 U/L; aspartato aminotransferase: 745 U/L; alanina aminotransferase: 650 U/L; bilirrubina total: 5,0 mg/dL; amilase: 270 U/L. A ultrassonografia mostra cálculos biliares, ausência de dilatação do ducto biliar e um pâncreas aparentemente normal. A paciente recebe antibióticos. As hemoculturas, 12 horas depois, são positivas para *Escherichia coli*.

Com base nesse contexto, a conduta indicada é realizar uma

- (A) colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (C) colecistectomia laparoscópica.
- (D) tomografia de abdome com contraste.
- (E) ultrassonografia endoscópica.

69. Homem de 75 anos é atendido com relato de dois episódios de melena e um episódio de síncope nas últimas 12 horas. O histórico é positivo para fibrilação atrial e hipertensão em uso de losartana, anlodipino, atenolol e apixabana. Não há dor torácica, dispneia ou vômitos. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa 3+/+4; sudorese fria; sonolento; afebril; anictérico; pressão arterial: 88 x 50 mmHg; frequência cardíaca: 115 bpm; saturação de oxigênio: 96% em ar ambiente. Exames séricos: hemoglobina: 7,2 g/dL (era 12,5 g/dL há 2 meses); plaquetas de 180.000/mm³; razão normatizada internacional: 1,8; ureia: 115 mg/dL; creatinina: 1,6 mg/dL; sódio: 140 mEq/L; potássio de 4,2 mEq/L.

A partir do caso clínico apresentado, além de estabilização clínica e hemodinâmica, a conduta correta é administrar

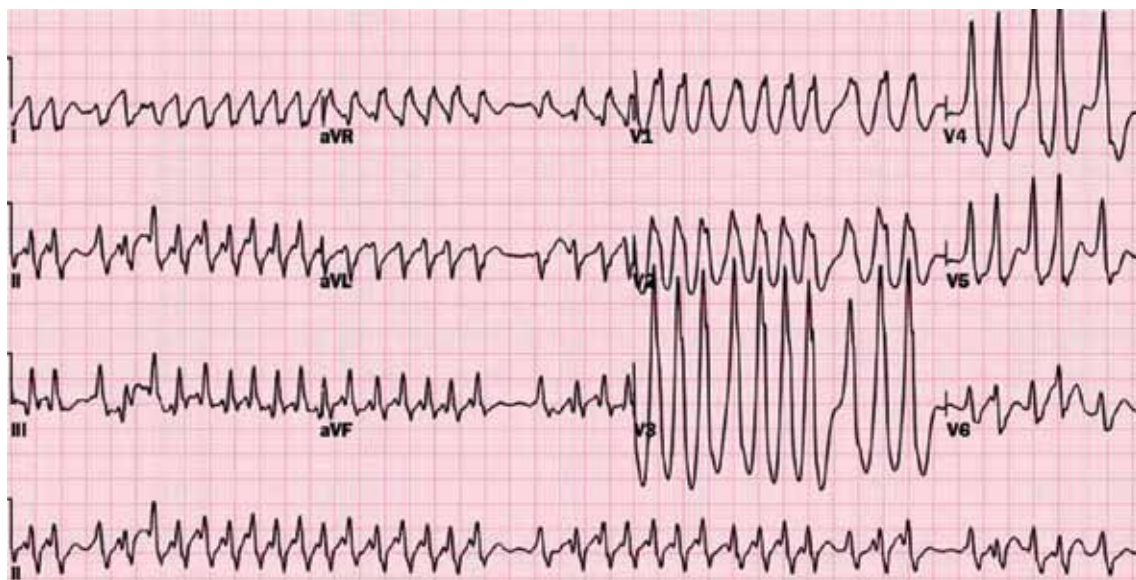
- (A) andexanet alfa em *bolus* intravenoso, seguido de infusão contínua de 2 horas.
- (B) carvão ativado por sonda nasogástrica e solicitar avaliação da endoscopia digestiva alta em caráter de urgência.
- (C) concentrado de complexo protrombínico de 4 Fatores na dose de 50 UI/kg.
- (D) vitamina K por via intravenosa e 4 unidades de plasma fresco congelado.
- (E) idarucizumabe via intravenosa, em duas doses de 2,5 g.

70. Carpinteiro de 53 anos apresenta queixas de dor no punho direito e fraqueza na preensão, dificultando seu trabalho. Ao exame físico, ele apresenta dor na face radial do punho, que se agrava com a flexão do polegar e a flexão ulnar.

A hipótese diagnóstica que justifica a apresentação descrita é

- (A) fratura do escafoide.
- (B) osteoartrose da articulação trapézio-metacárpica (rizartrose).
- (C) síndrome do pronador redondo.
- (D) síndrome do túnel do carpo.
- (E) tenossinovite De Quervain.

71. Homem de 20 anos é levado à emergência com palpitações há duas horas. Ele não tem antecedente mórbido e não toma medicamentos. Não há tabagismo, etilismo ou uso de drogas. Sinais vitais à chegada: pressão arterial: 112 x 72 mmHg; frequência cardíaca entre 190 a 220 bpm. O eletrocardiograma (ECG) realizado é apresentado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nesse contexto, a conduta inicial indicada é utilizar

- (A) cardioversão não sincronizada.
- (B) amiodarona.
- (C) diltiazem.
- (D) procainamida.
- (E) sulfato de magnésio.

72. Homem de 71 anos refere quadro de fraqueza, fadiga e piora da função renal há 4 semanas. O histórico é positivo para diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e implante de stent na artéria renal há 6 meses. Ao exame físico: pressão arterial: 135 x 80 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; turgência venosa jugular 3 cm acima do ângulo esternal; há um sopro sistólico de grau 2/6 em ápice; pulmonar: normal; edema de membros inferiores 1+/4. Exames séricos: hemoglobina: 9,8 g/dL; creatinina: 4,3 mg/dL; cálcio ajustado: 10,9 mg/dL; albumina: 3,8 g/dL; hormônio da paratireoide: 0,5 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4). Análise urinária: relação proteína/creatinina: 200 mg/mmol (normal < 30). Ultrassom Doppler dos rins demonstra bom fluxo.

De acordo com as informações apresentadas, é correto afirmar que a biópsia renal deve indicar

- (A) nefropatia diabética.
- (B) nefroesclerose hipertensiva.
- (C) nefrite túbulo-intersticial.
- (D) doença de depósito de cadeias leves.
- (E) glomerulonefrite pauci-imune.

73. Homem de 58 anos, ex-usuário de drogas injetáveis, é avaliado para tratamento de infecção pelo genótipo 1 do vírus da hepatite C com fibrose em estágio 2. Os exames laboratoriais basais apresentam resultados normais para: hemograma, creatinina, bilirrubina, fosfatase alcalina e albumina. Outros exames séricos: alanina aminotransferase: 64 U/L, aspartato aminotransferase: 54 U/L; HIV: negativo; DNA para o vírus da hepatite B: inferior a 20 IU/mL; HBsAg: positivo. Nega uso de qualquer medicamento. O tratamento com um regime antiviral de ação direta, sem interferon, é iniciado. Após 4 semanas, ele evolui com icterícia, sem dor abdominal ou febre.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a evolução descrita, é correto afirmar que o próximo exame a ser solicitado é

- (A) anticorpo do músculo liso.
- (B) DNA do vírus da hepatite B.
- (C) RNA do vírus da hepatite C.
- (D) sorologia para hepatite A.
- (E) tomografia de abdome total.

74. Paciente de 68 anos é submetido a uma cirurgia de transplante hepático e desenvolve uma hemorragia difusa no campo operatório. A análise por tromboelastometria rotacional (ROTEM) apresenta os seguintes resultados: EXTEM: CT de 95 s (prolongado); CFT: 210 s (prolongado); ângulo alfa 55° (reduzido); MCF: 35 mm (muito reduzido); FIBTEM MCF (A10): 6 mm (muito reduzido); APTEM e HEPTEM: traçados idênticos ao EXTEM.

Com base nesses resultados, a intervenção terapêutica apropriada e prioritária para corrigir a coagulopatia desse paciente é prescrever

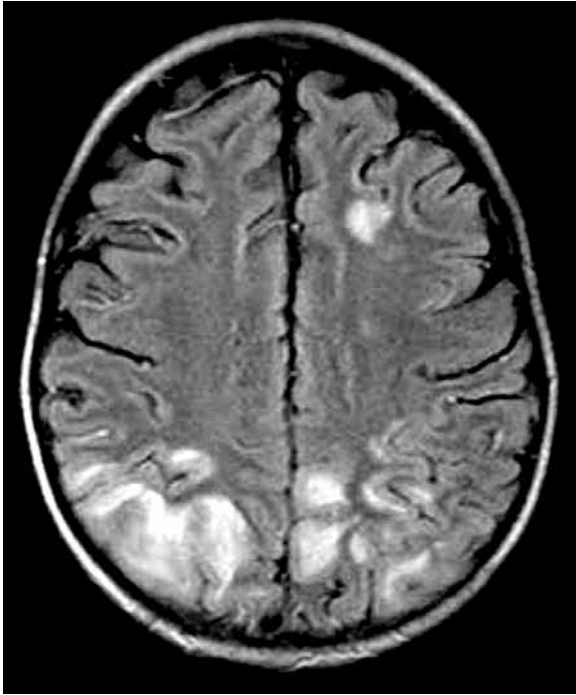
- (A) ácido tranexâmico devido ao elevado risco de fibrinólise no transplante hepático.
- (B) concentrados de plaquetas para tratar a baixa MCF do EXTEM.
- (C) crioprecipitado devido à redução crítica do fibrinogênio, indicada pela baixa MCF do FIBTEM.
- (D) plasma fresco congelado para corrigir o CT prolongado.
- (E) protamina para reverter um possível efeito residual de heparina.

75. Mulher de 58 anos é atendida com relato de fraqueza e câibras nas panturrilhas ao subir ladeiras. A dor desaparece em poucos minutos se ela para e descansa. O antecedente é relevante para hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica leve (GOLD estágio I) e doença renal crônica em estágio 2, todos adequadamente tratados. Ela fumou 45 maços por ano antes de parar há 1 ano. Ao exame físico: pulso: 72 bpm; pressão arterial: 134 x 90 mmHg; região cervical com sopro em carótida direita; abdome: obeso e indolor; demais não é digno de nota. Ultrassonografia Doppler da carótida mostra uma estenose de 30%-50% no lado direito e < 30% no lado esquerdo. Ultrassonografia abdominal: aneurisma de 4,0 cm em aorta infrarrenal; o índice tornozelo-braço é 1,2 à direita e não compressível à esquerda.

Com base nas informações descritas, a condição que tem maior probabilidade de ocorrer com essa paciente, nos próximos 5 anos, é

- (A) câncer de pulmão.
- (B) infarto do miocárdio.
- (C) necessidade de diálise.
- (D) revascularização do membro.
- (E) ruptura do aneurisma aórtico.

76. Homem de 45 anos com histórico de hipertensão e doença renal crônica dialítica apresenta alteração do estado mental e pressão arterial de 210 x 118 mmHg. Enquanto está na sala de emergência, ele tem uma crise tônico-clônica generalizada e necessita de intubação endotraqueal. Em seguida, é internado na unidade de terapia intensiva (UTI). Uma ressonância magnética cerebral é realizada e apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Para esse paciente, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) acidente vascular cerebral embólico.
 - (B) acidente vascular cerebral hemorrágico.
 - (C) encefalomielite disseminada aguda.
 - (D) meningoencefalite viral.
 - (E) síndrome de encefalopatia posterior reversível.
77. Homem de 27 anos com histórico de trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada na extremidade inferior direita, há 3 anos, é internado com nova TVP sintomática na extremidade inferior esquerda. O paciente recebe tratamento com heparina intravenosa em bomba de infusão contínua e dabigatrana, mas apresenta valores laboratoriais de anti-Xa consistentemente subterapêuticos, apesar da administração de altas doses do anticoagulante parenteral. Ele evolui bem e recebe alta com anticoagulante oral. Mantém-se bem até apresentar um evento trombótico venoso recorrente ao suspender o anticoagulante e necessitar de heparina intravenosa após uma apendicectomia de urgência.

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) deficiência de antitrombina.
- (B) deficiência de proteína C.
- (C) mutação do gene do fator V Leiden.
- (D) mutação do gene da protrombina.
- (E) síndrome antifosfolípide.

78. Homem de 60 anos é atendido com quadro de dispneia. O histórico inclui doença arterial coronária, estado em pós-cirurgia de revascularização do miocárdio, tabagismo ativo e diabetes *mellitus*. Medicamentos em uso: metoprolol (25 mg/dia), lisinopril (10 mg/dia), aspirina (100 mg/dia) e atorvastatina (40 mg/dia). Ao exame físico, apresenta-se prostrado e letárgico; temperatura: 37,2 °C; pressão arterial: 100 x 70 mmHg; frequência cardíaca: 130 bpm (arrítmica); saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente; pressão venosa jugular elevada; ausculta com estertores pulmonares bilaterais e extremidades inferiores com edema simétrico até joelhos; as mãos estão frias, com tempo de enchimento capilar acima de 5 segundos. A contagem de leucócitos, troponina e os testes de função hepática estão elevados. Eletrocardiograma: fibrilação atrial. Ecocardiograma: fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 20%.

Nesse paciente, este é o conjunto de achados da monitorização hemodinâmica mais provável (pressões, em mmHg): átrio direito: _____; artéria pulmonar: _____; pressão capilar pulmonar: _____.

As lacunas são preenchidas, correta e respectivamente, por:

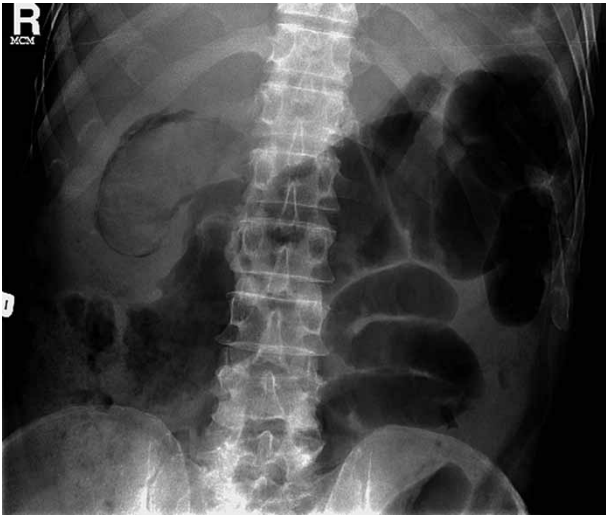
- (A) 5 ... 26 x 11 ... 10
- (B) 14 ... 67 x 32 ... 14
- (C) 15 ... 40 x 15 ... 15
- (D) 12 ... 50 x 20 ... 21
- (E) 8 ... 30 x 10 ... 27

79. Homem de 62 anos em diálise peritoneal ambulatorial contínua há 2 anos é levado ao departamento de emergência devido à deterioração de sua saúde há cerca de 5 dias. Ele queixa-se de dor abdominal baixa nos últimos 3 dias. Não há vômitos, diarreia, epigastralgia ou sintomas respiratórios. Ao exame físico: consciente, orientado, eupneico; temperatura: 38,2 °C; pressão arterial: 132 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 92 bpm; há dor à palpação de abdome inferior, com sons intestinais (RHA) positivos; adequada perfusão periférica; tempo de enchimento capilar < 3 segundos. A radiografia abdominal em ortostase mostra pequena quantidade de ar livre.

Considerando o exposto, a conduta apropriada é

- (A) indicar a remoção do cateter de diálise peritoneal.
- (B) indicar uma laparotomia exploratória.
- (C) pedir a contagem de células e cultura da amostra de dialisato.
- (D) prescrever antibióticos empíricos.
- (E) solicitar uma tomografia computadorizada do abdome.

80. Homem de 72 anos é internado com dois dias de febre e dor abdominal crescente. O histórico inclui hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico: temperatura: 38,8 °C; pressão arterial: 116 x 74 mmHg; frequência cardíaca: 94 bpm; abdome com dor em quadrante superior direito e sons intestinais normais. Exame séricos: proteína C reativa: 330 mg/L (normal: < 10); leucócitos: 24.100/mm³; bilirrubina direta: 1,9 mg/dL; fosfatase alcalina: 450 U/L; alanina aminotransferase: 93 U/L. Ultrassom abdominal revela cálculos biliares. Nas 24 horas seguintes, apesar do tratamento adequado, ele não apresenta melhora, evoluindo com hipotensão e taquicardia. Em um novo exame, a dor abdominal se torna generalizada e os ruídos intestinais permanecem normais. É realizada nova radiografia abdominal, apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base no quadro clínico do paciente, a explicação provável para os achados descritos é a presença de

- (A) colecistite enfisematosa.
- (B) íleo biliar.
- (C) pancreatite aguda.
- (D) perfuração da vesícula biliar.
- (E) síndrome de Mirizzi.

Os rascunhos não serão considerados na correção.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

Os rascunhos não serão considerados na correção.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

