

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL TRANSPLANTE DE RIM (UROLOGIA)

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Urologia

1

Homem de 44 anos procura o pronto-socorro com quadro de dor lombar direita intensa, iniciada há aproximadamente 12 horas. A dor é descrita como cólica, de forte intensidade, irradiando para a região inguinal ipsilateral e associada a náuseas e a dois episódios de vômitos. Refere antecedente de nefrolitíase há oito anos, com eliminação espontânea de cálculo urinário.

Nega febre, calafrios, disúria ou redução do volume urinário. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, afebril, hidratado, com frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial de 132/84 mmHg e dor à palpação profunda do flanco direito. Não apresenta sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais: hemoglobina 14,2 g/dL; leucócitos 9.100/mm³; creatinina 1,0 mg/dL; EAS com hematúria microscópica (++) . A tomografia computadorizada sem contraste evidencia cálculo de 7 mm localizado no ureter distal direito, aproximadamente 1,5 cm próximo à junção ureterovesical, associado a discreta ureterohidronefrose. O rim contralateral é normal.

A melhor conduta é

- (A) instituir tratamento expulsivo medicamentoso com alfa-bloqueador associado à analgesia e acompanhamento clínico.
- (B) indicar nefrostomia percutânea de urgência.
- (C) realizar ureteroscopia semirrígida imediata com litotripsia intracorpórea.
- (D) indicar litotripsia extracorpórea por ondas de choque como primeira medida terapêutica.
- (E) internar a paciente para antibioticoterapia venosa de amplo espectro.

2

Mulher de 59 anos procura atendimento de emergência por febre alta, calafrios e dor lombar esquerda intensa há aproximadamente 24 horas. Refere histórico de nefrolitíase recorrente e diabetes mellitus tipo 2.

Ao exame físico apresenta-se toxemiada, com temperatura de 39,1°C, frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 92/58 mmHg e frequência respiratória de 24 irpm. A punho-percussão lombar esquerda é intensamente dolorosa.

Exames laboratoriais: leucócitos 18.700/mm³; PCR 27 mg/dL; creatinina 2,1 mg/dL, com basal de 0,8 mg/dL; lactato 3,4 mmol/L. A tomografia computadorizada sem contraste demonstra cálculo de 12 mm impactado em ureter proximal esquerdo, associado a hidronefrose moderada.

A melhor conduta é

- (A) realizar ureteroscopia com litotripsia definitiva durante a internação inicial.
- (B) indicar litotripsia extracorpórea por ondas de choque de urgência.
- (C) realizar apenas antibioticoterapia intravenosa e observação clínica.
- (D) promover drenagem urgente da via urinária associada à antibioticoterapia de amplo espectro.
- (E) indicar nefrectomia de urgência.

3

Homem de 68 anos procura consulta urológica por piora progressiva dos sintomas urinários há aproximadamente quatro anos. Refere jato urinário fraco, hesitação miccional, intermitência do fluxo, sensação de esvaziamento incompleto e noctúria quatro vezes por noite.

O escore IPSS é de 24 pontos. Ao exame físico, o toque retal evidencia próstata aumentada, fibroelástica e sem nódulos suspeitos.

Exames complementares: PSA total 2,8 ng/mL; ultrassonografia com próstata de 70 g; resíduo pós-miccional de 210 ml. O paciente faz uso regular de tansulosina e finasterida há 14 meses, sem melhora clínica significativa.

A melhor conduta é

- (A) indicar tratamento cirúrgico para hiperplasia prostática benigna.
- (B) substituir a tansulosina por antibiótico profilático.
- (C) manter tratamento clínico por mais 12 meses.
- (D) solicitar apenas ressonância multiparamétrica da próstata.
- (E) iniciar Terapia de Privação Androgênica (TPA) imediata (bloqueio hormonal) e acompanhar clinicamente sem intervenção.

4

Homem de 74 anos procura o pronto-socorro por incapacidade total de urinar há aproximadamente 10 horas. Refere jato urinário progressivamente mais fraco nos últimos anos, noctúria frequente e sensação de esvaziamento incompleto.

Ao exame físico observa-se dor suprapúbica intensa e globo vesical palpável e doloroso. Exames laboratoriais não demonstram alterações significativas da função renal.

O paciente está afebril e não apresenta sinais de sepse ou trauma uretral.

A melhor conduta é

- (A) solicitar tomografia computadorizada antes de qualquer intervenção.
- (B) realizar cistoscopia antes da drenagem vesical.
- (C) indicar prostatectomia aberta imediata.
- (D) prescrever antibiótico e aguardar micção espontânea.
- (E) realizar cateterismo vesical de alívio associado ao início de alfabloqueador.

5

Adolescente de 15 anos procura atendimento de emergência com dor testicular esquerda súbita iniciada há três horas. Relata dor intensa, náuseas e dois episódios de vômitos.

Ao exame físico observa-se testículo esquerdo elevado, em posição horizontalizada, reflexo cremastérico ausente e dor intensa à palpação. Não há febre ou sintomas urinários.

O paciente não refere trauma local e não apresenta secreção uretral.

A melhor conduta é

- (A) observação clínica e analgesia.
- (B) tratamento empírico para epididimite.
- (C) solicitar ultrassonografia para realização em até 24 horas.
- (D) exploração cirúrgica escrotal imediata.
- (E) punção diagnóstica do testículo.

6

Homem de 35 anos procura o serviço de emergência relatando ereção peniana persistente há aproximadamente 9 horas. Refere dor intensa progressiva desde o início do quadro, sem qualquer relação com estímulo sexual. É portador de anemia falciforme desde a infância e relata episódio semelhante há cerca de dois anos, com resolução espontânea após poucas horas.

Nega trauma genital, uso de drogas ilícitas, medicações intracavernosas ou uso recente de inibidores da fosfodiesterase tipo 5.

Ao exame físico apresenta-se consciente, orientado, afebril e hemodinamicamente estável. O exame genital demonstra: corpos cavernosos intensamente rígidos e dolorosos a palpação.; glândula parcialmente flácida.; ausência de sinais inflamatórios locais.; ausência de trauma peniano.

É realizada gasometria do sangue cavernoso, que demonstra: pH: 7,09; pO₂: 24 mmHg; pCO₂: 76 mmHg.

A melhor conduta é

- (A) observação clínica por mais 12 horas associada à analgesia.
- (B) aplicação de gelo local e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.
- (C) aspiração dos corpos cavernosos, irrigação com solução salina e administração intracavernosa de agonista alfa-adrenérgico.
- (D) anticoagulação plena com heparina intravenosa.
- (E) implante imediato de prótese peniana como primeira abordagem terapêutica.

7

Gestante de 27 anos, G2P1, com 25 semanas de gestação, procura o pronto atendimento por dor lombar direita intensa há aproximadamente 18 horas. Refere que a dor iniciou subitamente, apresenta caráter cólico, irradia para a região inguinal ipsilateral e está associada a náuseas.

Nega febre, perda de líquido amniótico, contrações uterinas ou sangramento vaginal. Antecedentes pessoais revelam episódio prévio de nefrolitíase há três anos, tratado conservadoramente.

Ao exame físico: Temperatura: 36,7 °C; Pressão arterial: 118/72 mmHg; Frequência cardíaca: 88 bpm; Dor a punho-percussão lombar direita.

Exames laboratoriais: Leucócitos: 8.400/mm³; Creatinina: 0,8 mg/dL; EAS: hematúria microscópica (++)

A ultrassonografia obstétrica demonstra feto compatível com a idade gestacional e sem alterações. A ultrassonografia das vias urinárias evidencia discreta dilatação pielocalicial direita, sem visualização direta de cálculo.

O exame de imagem inicial mais adequado para investigação da suspeita diagnóstica é

- (A) ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- (B) urografia excretora.
- (C) tomografia computadorizada sem contraste.
- (D) tomografia computadorizada contrastada.
- (E) cintilografia renal.

8

Homem de 63 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 mal controlado e obesidade grau II, procura atendimento por dor intensa em região perineal iniciada há quatro dias. Evoluiu com febre, prostração e aumento progressivo do edema escrotal.

Ao exame físico: Temperatura: 39,3 °C; Frequência cardíaca: 122 bpm; Pressão arterial: 96/58 mmHg.

Observam-se: edema importante do escroto; áreas de necrose cutânea; crepitação palpável em períneo; secreção fétida; dor desproporcional ao exame físico inicial.

Exames laboratoriais: Leucócitos: 25.100/mm³; PCR: 32 mg/dL; Creatinina: 2,0 mg/dL; Lactato: 3,8 mmol/L.

A melhor conduta é

- (A) desbridamento cirúrgico urgente associado a antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) observação clínica por 24 horas para reavaliação.
- (C) antibioticoterapia oral e retorno ambulatorial em 48 horas.
- (D) punção aspirativa da coleção escrotal.
- (E) curativos locais associados a analgesia.

9

Homem de 28 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística em alta velocidade. Refere dor intensa em flanco esquerdo e episódio de hematúria macroscópica logo após o acidente.

Ao exame físico: pressão arterial: 126/78 mmHg; frequência cardíaca: 94 bpm; saturação: 98% em ar ambiente; Glasgow: 15.

Apresenta dor à palpação profunda do flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais: hemoglobina: 13,8 g/dL; creatinina: 1,1 mg/dL.

A tomografia computadorizada com contraste demonstra: laceração renal esquerda profunda envolvendo córtex e medula; pequeno hematoma perirrenal contido; ausência de extravasamento urinário significativo; ausência de sangramento arterial ativo; rim contralateral normal.

A melhor conduta é

- (A) nefrectomia radical imediata.
- (B) tratamento conservador com monitorização clínica e laboratorial.
- (C) laparotomia exploradora obrigatória.
- (D) nefrostomia percutânea imediata.
- (E) alta hospitalar após analgesia.

10

Homem de 37 anos e levado ao pronto-socorro após acidente motociclístico de alta energia. Apresenta dor pélvica intensa e incapacidade de urinar desde o momento do trauma.

Ao exame físico: pressão arterial: 118/70 mmHg; frequência cardíaca: 102 bpm.

Observam-se: fratura pélvica confirmada por radiografia; uretrorragia evidente pelo meato uretral; globo vesical doloroso; equimose perineal.

A equipe da emergência considera realizar sondagem vesical para alívio da retenção urinária.

A próxima etapa diagnóstica, antes de qualquer tentativa de sondagem uretral, deve ser

- (A) tomografia computadorizada contrastada da pelve.
- (B) ultrassonografia prostática transretal.
- (C) cistoscopia flexível ambulatorial.
- (D) ressonância magnética da pelve.
- (E) uretrocistografia retrograda.

11

Homem de 24 anos procura o pronto-socorro com dor testicular esquerda iniciada há 48 horas. Relata início gradual dos sintomas, com piora progressiva da dor e aumento do volume escrotal. Refere disúria leve e aumento da frequência urinária há aproximadamente uma semana. Nega trauma local. Refere atividade sexual desprotegida com nova parceira há cerca de um mês.

Exame físico: temperatura: 38,2 °C; FC: 94 bpm; PA: 122/78 mmHg.

Exame genital: testículo esquerdo em posição anatômica normal.; epidídimo aumentado e doloroso.; reflexo cremastérico preservado.; sinal de Prehn positivo.

Exames: leucócitos: 13.200/mm³; EAS: piúria moderada; ultrassonografia doppler: fluxo arterial preservado.; hiper vascularização epididimária.

A melhor conduta é

- (A) exploração cirúrgica escrotal imediata.
- (B) orquiectomia radical esquerda.
- (C) tratamento antibiótico direcionado para epididimite associado a analgesia e medidas de suporte.
- (D) observação clínica sem tratamento específico.
- (E) punção aspirativa do epidídimo.

12

Mulher de 58 anos com febre alta há três dias, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar direita intensa. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e obesidade.

Exame físico:

Temperatura: 39,1 °C; FC: 118 bpm; PA: 100/62 mmHg.

Exame abdominal: dor importante à punho-percussão lombar direita.

Exames laboratoriais: leucócitos: 18.500/mm³; PCR: 28 mg/dL; Creatinina: 1,6 mg/dL; EAS: leucocitária intensa e bacteriúria.

Tomografia: pielonefrite aguda direita sem obstrução urinária, abscesso ou coleções.

A melhor conduta inicial é

- (A) tratamento ambulatorial com antibiótico oral.
- (B) litotripsia extracorpórea.
- (C) nefrectomia direita imediata.
- (D) observação sem antimicrobianos até culturas.
- (E) internação hospitalar e antibioticoterapia intravenosa.

13

Homem de 31 anos procura o pronto-socorro após trauma contuso em bolsa escrotal durante partida de futebol há aproximadamente 5 horas. Relata dor testicular direita intensa imediatamente após o trauma, acompanhada de aumento progressivo do volume escrotal, náuseas e dificuldade para caminhar.

Nega febre, disúria ou sintomas urinários prévios.

Ao exame físico: temperatura: 36,8 °C; frequência cardíaca: 92 bpm; pressão arterial: 124/78 mmHg.

Exame genital: hemiescroto direito aumentado de volume; equimose escrotal extensa; dor intensa à palpação; dificuldade de identificação dos contornos testiculares; testículo esquerdo sem alterações.

Ultrassonografia Doppler escrotal demonstra: hematocele moderada; heterogeneidade do parênquima testicular; descontinuidade da túnica albugínea; fluxo vascular intratesticular parcialmente preservado.

Considerando o quadro clínico e os exames complementares, a melhor conduta é

- (A) alta hospitalar com analgesia e retorno ambulatorial em sete dias.
- (B) antibioticoterapia oral e observação clínica.
- (C) orquiectomia radical obrigatória.
- (D) exploração cirúrgica escrotal imediata com reparo testicular sempre que possível.
- (E) punção aspirativa da hematocele associada à observação.

14

Mulher de 56 anos realiza tomografia computadorizada de abdome para investigação de dor abdominal inespecífica. Identifica-se incidentalmente massa renal sólida à esquerda.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; dislipidemia; ex-tabagista.

Exames: creatinina: 0,9 mg/dL; TFG: 92 mL/min/1,73m².

tomografia contrastada: massa sólida no polo inferior do rim esquerdo de 3,2 cm; realce heterogêneo; sem invasão da gordura perirrenal; sem trombo venoso; sem linfonodomegalias.

A melhor conduta terapêutica, considerando a viabilidade de cirurgia preservadora de néfrons, é

- (A) nefrectomia parcial.
- (B) nefrectomia radical obrigatória.
- (C) quimioterapia sistêmica neoadjuvante.
- (D) radioterapia renal curativa.
- (E) acompanhamento semestral sem confirmação diagnóstica.

15

Homem de 48 anos submetido a transplante renal há 36 horas. Evoluiu inicialmente com boa diurese e melhora da função renal. Nas últimas 6 horas apresentou queda abrupta da diurese, dor em fossa ilíaca direita e aumento da creatinina.

Exame físico: PA: 148/92 mmHg; FC: 96 bpm; temperatura: 36,8 °C.

Exames laboratoriais: creatinina: aumento de 2,1 para 3,5 mg/dL; potássio: 5,8 mEq/L.

Ultrassonografia Doppler: ausência de fluxo arterial intrarrenal; ausência de fluxo na artéria renal do enxerto; veia renal pérvia; sem hidronefrose.

A hipótese diagnóstica mais provável e a melhor conduta para o caso são:

- (A) necrose tubular aguda; hidratação e observação.
- (B) trombose da artéria renal do enxerto; exploração cirúrgica urgente.
- (C) estenose ureteral precoce; cateter duplo J.
- (D) infecção urinária; antibiótico oral.
- (E) rejeição aguda do enxerto; intensificação da terapia imunossupressora.

16

Homem de 64 anos é encaminhado ao ambulatório de Urologia após identificação de PSA elevado em exame de rotina. Nega hematúria, dor óssea, perda ponderal ou sintomas urinários relevantes.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada; dislipidemia; ex-tabagista.

História familiar: pai com câncer de próstata aos 71 anos.

Exame físico: PA: 126/78 mmHg; FC: 74 bpm; IMC: 27 kg/m².

Toque retal: próstata de 42 g; nódulo endurecido em lobo direito; comprometimento inferior a 50% do lobo.

PSA: total: 8,6 ng/mL; livre/total: 12%.

Ressonância magnética: PI-RADS 4 em zona periférica direita; sem invasão extracapsular; sem invasão de vesículas seminais.

Biópsia por fusão: adenocarcinoma acinar; Gleason 3+4 = 7; ISUP 2; 3/12 fragmentos positivos.

Tomografia e cintilografia óssea sem metástases.

Considerando os achados, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de doença metastática, é recomendada hormonioterapia isolada.
- (B) Trata-se de caso de baixo risco, com vigilância ativa obrigatória.
- (C) Trata-se de caso de alto risco, para o qual quimioterapia neoadjuvante é obrigatória.
- (D) Trata-se de câncer localizado de risco intermediário, a prostatectomia radical é opção potencialmente curativa.
- (E) Recomenda-se RTU de próstata como tratamento oncológico definitivo.

17

Homem de 72 anos com piora progressiva dos sintomas urinários há quatro anos. Refere jato fraco, hesitação miccional, esvaziamento incompleto, polaciúria e noctúria. Apresentou dois episódios de retenção urinária aguda nos últimos oito meses.

Antecedentes: diabetes *Mellitus* tipo 2; hipertensão arterial; dislipidemia.

Medicações: tansulosina 0,4 mg/dia; finasterida 5 mg/dia.

Exame físico: PA: 132/78 mmHg; FC: 78 bpm;

Toque retal: próstata de aproximadamente 88 g; consistência fibroelástica; sem nódulos suspeitos.

Exames: PSA: 3,9 mg/mL; creatinina: 1,0 mg/dL; resíduo pós-miccional: 240 mL; IPSS: 28 pontos.

A melhor conduta terapêutica é

- (A) indicar tratamento cirúrgico para desobstrução prostática.
- (B) suspender medicações e acompanhar clinicamente.
- (C) manter tansulosina e finasterida por mais dois anos.
- (D) antibioticoterapia prolongada por 90 dias.
- (E) quimioterapia sistêmica.

18

Homem de 67 anos apresenta hematúria macroscópica indolor e intermitente há três semanas. Tabagista de 40 maços-ano, hipertenso e dislipidêmico.

Exames: hemoglobina: 13,8 g/dL; creatinina: 0,9 mg/dL; citologia urinária positiva para células uroteliais atípicas de alto grau.

Cistoscopia: lesão papilífera única em parede lateral esquerda da bexiga, com aproximadamente 2 cm.

RTU de bexiga: ressecção completa realizada.

Anatomopatológico: carcinoma urotelial papilífero; alto grau; estágio Ta; músculo detrusor presente; sem invasão muscular.

A melhor conduta complementar é

- (A) alta, sem necessidade de seguimento.
- (B) cistectomia radical obrigatória.
- (C) quimioterapia sistêmica neoadjuvante.
- (D) instilação intravesical com BCG associada a seguimento cistoscópico periódico.
- (E) radioterapia exclusiva da bexiga.

19

Mulher de 29 anos apresenta episódios recorrentes de dor lombar esquerda há três anos, com piora após grande ingestão hídrica. Nega febre, hematúria, litíase prévia ou infecções urinárias recorrentes.

Exame físico: PA: 118/72 mmHg; FC: 74 bpm; afebril

Exames laboratoriais: creatinina: 0,8 mg/dL; ureia: 28 mg/dL; EAS sem alterações.

Ultrassonografia: hidronefrose moderada à esquerda; sem cálculos.

Urotomografia: dilatação da pelve renal esquerda; estreitamento da junção ureteropélvica; sem cálculos ou massas.

Renograma DTPA: função renal diferencial esquerda: 42%; obstrução funcional significativa.

A melhor conduta terapêutica é

- (A) pieloplastia para correção da obstrução.
- (B) antibioticoterapia profilática contínua.
- (C) acompanhamento clínico anual sem intervenção.
- (D) nefrectomia esquerda imediata.
- (E) litotripsia extracorpórea por ondas de choque.

20

Homem de 61 anos retorna ao ambulatório 12 meses após prostatectomia radical robótica por adenocarcinoma de próstata localizado. Evoluiu com continência urinária adequada, porém mantém incapacidade de obter ereções suficientes para atividade sexual.

Antecedentes: sem diabetes; sem hipertensão; não tabagista.

História sexual: função erétil normal antes da cirurgia.

Relatório cirúrgico: preservação bilateral dos feixes neurovasculares.

Exames: testosterona normal; PSA indetectável.

A melhor opção terapêutica inicial é

- (A) implante imediato de prótese peniana inflável.
- (B) tratamento com inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5).
- (C) orquiectomia bilateral.
- (D) radioterapia pélvica complementar.
- (E) antibioticoterapia de longo prazo.

21

Homem de 54 anos, transplantado renal há quatro anos por nefropatia diabética, apresenta piora progressiva da função renal nos últimos oito meses.

Antecedentes: diabetes *Mellitus* tipo 2; hipertensão arterial sistêmica; transplante renal há 4 anos.

Imunossupressão: tacrolimo; micofenolato mofetil; prednisona.

Exame físico: PA: 152/94 mmHg; FC: 82 bpm; Temperatura: 36,6 °C.

Exames laboratoriais: creatinina basal: 1,4 mg/dL; creatinina atual: 2,8 mg/dL; ureia: 78 mg/dL

EAS: sem piúria; sem bacteriúria.

Ultrassonografia Doppler: sem hidronefrose; fluxo arterial preservado.

Biópsia do enxerto: fibrose intersticial extensa; atrofia tubular; vasculopatia crônica do enxerto.

O diagnóstico mais provável é

- (A) trombose aguda da artéria renal do enxerto.
- (B) rejeição crônica do enxerto renal.
- (C) pielonefrite aguda do enxerto.
- (D) obstrução ureteral do transplante.
- (E) necrose tubular aguda.

22

Homem de 27 anos procura atendimento urológico após perceber aumento progressivo do volume testicular direito há aproximadamente dois meses. Relata crescimento gradual da lesão e endurecimento local.

Nega: dor testicular; febre; trauma escrotal; disúria; hematúria; perda ponderal.

Exame Físico: PA: 120/76 mmHg; FC: 72 bpm; Temperatura: 36,5°C

Exame genital: massa endurecida intratesticular direita; lesão não dolorosa; testículo esquerdo normal.

Ultrassonografia Escrotal: lesão sólida intratesticular direita de 2,8 cm; hipoeicoica; hipervascularizada ao Doppler.

Marcadores Tumorais: AFP: normal; β -HCG: discretamente elevado; LDH: elevado.

Tomografia de tórax, abdome e pelve: ausência de metástases; ausência de linfonodomegalias retroperitoneais.

A melhor conduta inicial é

- (A) realizar biópsia escrotal da lesão.
- (B) iniciar antibioticoterapia empírica.
- (C) realizar orquiectomia radical inguinal direita.
- (D) iniciar radioterapia imediata.
- (E) realizar apenas acompanhamento clínico.

23

Homem de 38 anos procura o pronto-socorro com dor lombar direita intensa iniciada há 12 horas, de caráter súbito, irradiando para a região inguinal ipsilateral. Refere náuseas e dois episódios de vômitos.

Antecedentes: episódio prévio de cálculo renal há 5 anos; sem comorbidades relevantes.

Exame físico: PA: 148/88 mmHg; FC: 96 bpm; Temperatura: 36,7°C.

Exame abdominal: dor em flanco direito; Giordano positivo à direita.

Exames laboratoriais: Leucócitos: 9.800/mm³; Creatinina: 1,1 mg/dL

EAS: hematúria microscópica (+++); sem nitrito; sem leucocitúria

Tomografia sem contraste: Cálculo ureteral distal direito de 6 mm; 850 UH; hidronefrose discreta; sem sinais de infecção.

A melhor conduta inicial é

- (A) terapia expulsiva medicamentosa associada a acompanhamento ambulatorial.
- (B) ureterolitotripsia imediata obrigatória.
- (C) nefrostomia percutânea de urgência.
- (D) nefrectomia direita.
- (E) antibioticoterapia intravenosa prolongada.

24

Homem de 62 anos apresenta hematúria macroscópica intermitente há dois meses, perda ponderal de 6 kg e desconforto lombar esquerdo.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; tabagismo prévio (35 maços-ano); obesidade grau I.

Exame físico: PA: 146/88 mmHg; FC: 82 bpm; temperatura: 36,5°C.

Abdome: massa palpável em flanco esquerdo; dor leve à palpação profunda.

Exames laboratoriais: hemoglobina: 11,2 g/dL; creatinina: 1,0 mg/dL; cálcio sérico: 11,1 mg/dL

Tomografia de abdome e pelve: massa renal esquerda heterogênea de 9,2 cm; infiltração da gordura perirrenal; trombo tumoral limitado à veia renal esquerda; sem invasão da veia cava inferior; sem metástases.

Tomografia de tórax: sem lesões secundárias.

A melhor conduta terapêutica é

- (A) vigilância ativa com nova tomografia em 12 meses.
- (B) quimioterapia neoadjuvante obrigatória seguida de cirurgia.
- (C) radioterapia exclusiva do rim acometido.
- (D) nefrectomia radical com tromboectomia da veia renal.
- (E) biópsia renal seriada sem tratamento definitivo.

25

Homem de 35 anos com paraplegia completa após trauma medular T10 há três anos. Apresenta infecções urinárias recorrentes, incontinência urinária e sensação de esvaziamento inadequado.

Antecedentes: trauma medular T10; sem diabetes; sem litíase urinária prévia.

Exame físico: PA: 124/78 mmHg; FC: 76 bpm; temperatura: 36,6°C.

Achados: globo vesical palpável após tentativa de micção; paraplegia completa abaixo de T10.

Ultrassonografia: espessamento da parede vesical; resíduo pós-miccional: 380 mL; dilatação ureteral bilateral discreta.

Creatinina: 1,4 mg/dL

Estudo urodinâmico: hiperatividade detrusora neurogênica; pressões vesicais elevadas; contrações involuntárias do detrusor; esvaziamento ineficaz.

A melhor conduta inicial para proteção do trato urinário superior é

- (A) manter apenas micção reflexa espontânea.
- (B) cateter vesical de demora permanente.
- (C) cateterismo vesical intermitente limpo associado a antimuscarínico.
- (D) nefrectomia bilateral profilática.
- (E) antibioticoterapia contínua por tempo indeterminado.

26

Homem de 42 anos apresenta piora progressiva do jato urinário há 18 meses, associada a hesitação miccional, esforço para urinar, sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento terminal.

Antecedentes: trauma perineal importante em acidente motociclístico há 4 anos; sem cirurgias prostáticas; sem ISTs.

Exame físico: PA: 128/80 mmHg; FC: 72 bpm; Temperatura: 36,4°C

Toque retal: próstata normal.

Urofluxometria: Qmáx: 6 mL/s; curva em platô.

Ultrassonografia: resíduo pós-miccional: 160 mL.

Uretrografia retrógrada: estenose única da uretra bulbar; comprimento: 1,5 cm.

A melhor opção terapêutica definitiva é

- (A) uretroplastia com excisão da área estenosada e anastomose primária.
- (B) dilatações uretrais seriadas como tratamento definitivo.
- (C) antibioticoterapia prolongada.
- (D) prostatectomia radical.
- (E) cistectomia parcial.

27

Mulher de 56 anos é encaminhada após identificação incidental de lesão adrenal esquerda durante investigação de dor lombar mecânica. Nega sintomas endocrinológicos.

Antecedentes: hipertensão arterial leve controlada; dislipidemia.

Exame físico: PA: 128/78 mmHg; FC: 72 bpm; IMC: 28 kg/m².

Sem sinais clínicos de: Síndrome de Cushing; feocromocitoma; hiperaldosteronismo.

Avaliação hormonal: metanefrinas normais; teste de supressão com dexametasona normal; relação aldosterona/renina normal.

Tomografia: lesão adrenal esquerda de 2,8 cm; homogênea; 8 UH sem contraste; bordas regulares; sem crescimento em 12 meses.

A melhor conduta é

- (A) adrenalectomia imediata para todos os incidentalomas.
- (B) quimioterapia sistêmica.
- (C) radioterapia abdominal.
- (D) acompanhamento clínico-radiológico.
- (E) nefrectomia esquerda.

28

Homem de 24 anos é admitido após colisão automobilística de alta energia. Refere dor intensa em flanco esquerdo, náuseas e hematúria macroscópica.

Exame Físico: PA: 118/74 mmHg; FC: 104 bpm; FR: 20 irpm; SatO₂: 98%.

Achados: dor importante no flanco esquerdo; equimose lombar esquerda; Glasgow 15.

Exames: hemoglobina: 12,8 g/dL; creatinina: 1,0 mg/dL.

Tomografia com contraste:

laceração renal profunda; atinge sistema coletor; extravasamento urinário perirrenal; hematoma perirrenal contido; sem sangramento arterial ativo.

Classificação: trauma renal grau IV (AAST).

A melhor conduta inicial é

- (A) nefrectomia imediata obrigatória.
- (B) exploração cirúrgica obrigatória de todos os traumas renais grau IV.
- (C) radioterapia abdominal.
- (D) quimioterapia sistêmica.
- (E) tratamento conservador com monitorização clínica.

29

Mulher de 58 anos procura o pronto-socorro com febre alta, calafrios e dor lombar direita intensa há 48 horas. Refere náuseas, vômitos, disúria e redução do débito urinário.

Antecedentes: diabetes *Mellitus* tipo 2; hipertensão arterial sistêmica; litíase urinária prévia.

Exame Físico: PA: 88/54 mmHg; FC: 122 bpm; FR: 24 irpm; temperatura: 39,4°C.

Achados: dor intensa no flanco direito; giordano positivo à direita; perfusão periférica reduzida.

Exames: leucócitos: 22.400/mm³; creatinina: 2,3 mg/dL; lactato: 4,2 mmol/L.

EAS: piúria intensa; bacteriúria abundante.

Tomografia: cálculo ureteral proximal direito de 9 mm; hidronefrose moderada; dilatação pielocalicial.

A melhor conduta inicial é

- (A) litotripsia extracorpórea imediata.
- (B) ureterolitotripsia definitiva imediata.
- (C) antibioticoterapia oral e alta hospitalar.
- (D) drenagem urgente da via urinária obstruída associada a antibioticoterapia intravenosa.
- (E) observação clínica por 24 horas.

30

Menina de 4 anos é encaminhada ao ambulatório de Urologia Pediátrica após três episódios de infecção urinária febril nos últimos 12 meses.

História: febre acima de 39°C; disúria; dor abdominal; tratamento antibiótico prévio.

Antecedentes: gestação sem intercorrências; desenvolvimento normal.

Exame Físico: peso adequado para idade; PA normal para faixa etária; sem alterações ao exame abdominal.

Ultrassonografia: rim direito normal; discreta dilatação pielocalicial à esquerda.

DMSA: cicatriz cortical polar superior esquerda.

Função renal diferencial: Rim direito 54%; Rim esquerdo 46%.

Uretrocistografia miccional: refluxo vesicoureteral esquerdo grau IV; sem válvula de uretra posterior.

A conduta mais adequada é

- (A) suspender seguimento urológico e apenas observar.
- (B) antibioticoterapia intravenosa contínua por tempo indeterminado.
- (C) nefrectomia esquerda imediata.
- (D) acompanhamento clínico associado à profilaxia antibiótica e avaliação para correção cirúrgica.
- (E) hemodiálise preventiva.

31

Homem de 32 anos procura atendimento por infertilidade conjugal há 18 meses. Mantém relações sexuais regulares sem contracepção. Parceira com avaliação ginecológica inicial sem alterações relevantes.

Antecedentes: sem comorbidades relevantes; sem uso de anabolizantes; sem história de criptorquidia.

Exame Físico: IMC: 25 kg/m².

Exame genital: testículos tópicos bilateralmente; volume testicular direito: 18 mL; volume testicular esquerdo: 16 mL; varicocele esquerda grau III.

Epermograma (2 exames): concentração: 10 milhões/mL; motilidade progressiva reduzida; morfologia estrita: 2%.

Avaliação hormonal: FSH discretamente elevado; testosterona total normal; prolactina normal.

A melhor conduta é

- (A) observação sem tratamento.
- (B) antibioticoterapia prolongada.
- (C) orquiectomia esquerda.
- (D) reposição empírica de testosterona.
- (E) varicocelectomia, pois há infertilidade, varicocele clínica e alteração seminal.

32

Homem de 41 anos, transplantado renal há 4 meses por glomeruloesclerose segmentar e focal, apresenta elevação progressiva da creatinina nas últimas semanas.

Creatinina basal pós-transplante: 1,2 mg/dL.

Sintomas: mal-estar discreto; fadiga leve.

Nega: febre; disúria; hematúria.

Imunossupressão: tacrolimo; micofenolato mofetil; prednisona; relata falhas frequentes na adesão medicamentosa.

Exame físico: PA: 146/92 mmHg; FC: 84 bpm; temperatura: 36,7°C.

Exame abdominal: enxerto discretamente sensível.

Exames: creatinina atual: 2,4 mg/dL; ureia: 68 mg/dL.

EAS: sem bacteriúria; sem piúria significativa.

Ultrassonografia Doppler: boa perfusão; sem hidronefrose; sem trombose vascular.

Biópsia do enxerto: infiltrado linfocitário intersticial; tubulite significativa; compatível com rejeição aguda celular.

A melhor conduta inicial é

- (A) suspender toda imunossupressão.
- (B) iniciar pulsoterapia com corticosteroide.
- (C) realizar nefrectomia imediata do enxerto.
- (D) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- (E) indicar hemodiálise definitiva.

33

Homem de 69 anos apresenta dor lombar progressiva há quatro meses, fadiga e perda ponderal de 8 kg. Refere noctúria frequente e redução da força do jato urinário.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus tipo 2; ex-tabagista.

Exame Físico: PA: 136/84 mmHg; FC: 78 bpm; temperatura: 36,5°C.

Toque retal: próstata endurecida; nódulo extenso bilateral; perda do sulco mediano.

Exames: PSA: 128 ng/mL; fosfatase alcalina elevada; hemoglobina: 10,8 g/dL.

Ressonância: PI-RADS 5; invasão extracapsular; suspeita de acometimento de vesículas seminais.

Biópsia: adenocarcinoma acinar; gleason 4+5=9; ISUP 5.

Cintilografia óssea: metástases múltiplas em coluna, pelve e costelas.

PET-CT PSMA: metástases ósseas múltiplas; linfonodos pélvicos acometidos; sem metástases viscerais.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) prostatectomia radical isolada.
- (B) radioterapia exclusiva da próstata.
- (C) terapia de privação androgênica associada à intensificação sistêmica.
- (D) vigilância ativa.
- (E) RTU da próstata como tratamento definitivo.

34

Homem de 65 anos apresenta hematúria macroscópica intermitente há três meses, associada a episódios com coágulos, polaciúria discreta e perda ponderal de 5 kg.

Antecedentes: tabagismo ativo (45 maços-ano); hipertensão arterial sistêmica.

Exame Físico: PA: 138/84 mmHg; FC: 80 bpm; temperatura: 36,6°C.

Exames: hemoglobina: 11,6 g/dL; creatinina: 1,0 mg/dL.

Cistoscopia: lesão vegetante na parede lateral direita da bexiga; aproximadamente 4 cm.

RTU de bexiga: anatomopatológico: carcinoma urotelial de alto grau; invasão muscular própria (T2).

Tomografia de tórax, abdome e pelve: sem metástases; sem linfonodomegalias suspeitas.

A melhor estratégia terapêutica é

- (A) cistectomia radical associada à abordagem multimodal apropriada.
- (B) instilação intravesical com BCG como tratamento exclusivo.
- (C) seguimento cistoscópico isolado.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) radioterapia exclusiva obrigatória para todos os casos.

35

Menino de 11 meses é levado à consulta de Urologia Pediátrica porque, desde o nascimento, a mãe percebe ausência do testículo esquerdo na bolsa escrotal. A criança nasceu a termo, sem intercorrências neonatais.

Exame Físico: bom estado geral; desenvolvimento adequado para a idade.

Exame genital: testículo direito tóxico; hemiescroto esquerdo hipodesenvolvido; testículo esquerdo palpável em região inguinal baixa; não é possível mantê-lo na bolsa escrotal após tração.

A melhor conduta é

- (A) aguardar até os 5 anos.
- (B) iniciar antibioticoterapia profilática até a puberdade.
- (C) realizar orquiectomia esquerda imediata.
- (D) solicitar tomografia obrigatória antes de qualquer conduta.
- (E) indicar orquidopexia preferencialmente entre 6 e 18 meses de idade.

36

Homem de 44 anos procura o pronto-socorro com ereção persistente e dolorosa há aproximadamente 8 horas. Refere início espontâneo durante a madrugada, sem resolução após ejaculação ou medidas caseiras.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; depressão.

Medicações: trazodona; losartana.

Exame Físico: PA: 132/84 mmHg; FC: 86 bpm; temperatura: 36,5°C.

Exame genital: corpos cavernosos intensamente rígidos; dor importante à palpação; glândula parcialmente flácida; ausência de trauma.

Gasometria cavernosa: pH: 7,08; pO₂: 24 mmHg; pCO₂: 78 mmHg.

Doppler peniano: fluxo arterial reduzido; sem fístula arteriocavernosa.

A melhor conduta inicial é

- (A) observação por mais 24 horas.
- (B) implante imediato de prótese peniana em todos os casos.
- (C) antibioticoterapia intravenosa.
- (D) radioterapia peniana.
- (E) aspiração dos corpos cavernosos associada à injeção intracavernosa de agonista alfa-adrenérgico

37

Homem de 55 anos procura atendimento por deformidade peniana progressiva iniciada há aproximadamente 14 meses. Inicialmente apresentava dor durante a ereção e discreta curvatura dorsal. Nos últimos seis meses, a dor desapareceu e a curvatura permaneceu estável.

Relata: curvatura dorsal importante; dificuldade de penetração vaginal; ereções rígidas preservadas; impacto significativo na vida sexual.

Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2; hipertensão arterial sistêmica; dislipidemia.

Exame Físico: placa fibrosa palpável na face dorsal da haste peniana; ausência de dor à palpação; testículos sem alterações.

Avaliação fotográfica da ereção: curvatura dorsal de aproximadamente 60 graus; sem deformidade em ampulheta importante; ereção preservada.

A melhor conduta terapêutica é

- (A) observação indefinida.
- (B) correção cirúrgica da deformidade peniana, pois a doença encontra-se em fase estável e há prejuízo funcional sexual.
- (C) antibioticoterapia prolongada.
- (D) orquiectomia bilateral.
- (E) radioterapia peniana como tratamento curativo padrão.

38

Homem de 74 anos procura atendimento após terceiro episódio de retenção urinária aguda nos últimos seis meses. Refere jato urinário fraco, hesitação, intermitência, sensação de esvaziamento incompleto e noctúria há vários anos.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus tipo 2; dislipidemia.

Medicações: losartana; metformina; sinvastatina; tansulosina há 12 meses.

Exame Físico: PA: 138/82 mmHg; FC: 76 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Toque retal: próstata aumentada; consistência fibroelástica; sem nódulos; volume estimado de 80 g.

Exames: PSA: 3,8 mg/mL; creatinina: 1,4 mg/dL.

Ultrassonografia: volume prostático: 85 g; resíduo pós-miccional: 220 mL.

Urofluxometria: qmáx: 7 mL/s.

A melhor conduta é

- (A) manter apenas acompanhamento anual.
- (B) suspender toda medicação e observar evolução.
- (C) indicar tratamento cirúrgico para desobstrução prostática.
- (D) realizar antibioticoterapia prolongada.
- (E) indicar radioterapia prostática.

39

Homem de 29 anos procura atendimento após aumento progressivo do testículo direito há três meses. Refere sensação de peso escrotal e aumento indolor do volume testicular.

Antecedentes: criptorquidia direita corrigida aos 8 anos; sem outras comorbidades.

Exame Físico: massa sólida intratesticular direita; testículo esquerdo sem alterações.

Ultrassonografia: lesão sólida intratesticular direita; 3,2 cm; hipoeoica; hipervascularizada.

Marcadores pré-operatórios: AFP: normal; β-HCG: discretamente elevado; LDH: elevado.

Tratamento realizado: orquiectomia radical inguinal direita.

Anatomopatológico: seminoma clássico; restrito ao testículo; margens livres; sem invasão do cordão espermático.

Estadiamento pós-operatório: tomografia de tórax: sem metástases; tomografia de abdome e pelve: sem linfonodomegalias; marcadores tumorais: normalizados.

A melhor conduta é

- (A) vigilância ativa como uma das principais estratégias aceitáveis.
- (B) linfadenectomia retroperitoneal obrigatória.
- (C) quimioterapia sistêmica obrigatória para todos os pacientes.
- (D) radioterapia corporal total.
- (E) orquiectomia contralateral profilática.

40

Mulher de 57 anos apresenta episódios recorrentes de infecção urinária há três anos, associados a dor lombar direita intermitente, febre recorrente e múltiplas internações por pielonefrite.

Antecedentes: diabetes *Mellitus* tipo 2; sem cirurgias urológicas prévias.

Exame Físico: PA: 134/82 mmHg; FC: 78 bpm; temperatura: 36,7 °C.

Achados: dor discreta no flanco direito; giordano positivo à direita.

Exames: leucócitos: 11.200/mm³; creatinina: 1,3 mg/dL.

EAS: pH urinário: 8,5; piúria moderada; cristais de fosfato amônio-magnésiano.

Urocultura: proteus mirabilis >100.000 UFC/mL.

Tomografia sem contraste: cálculo coraliforme ocupando pelve renal e cálices direitos; 4,8 cm; dilatação discreta do sistema coletor; parênquima renal preservado.

O tratamento de escolha é

- (A) terapia expulsiva medicamentosa com tansulosina.
- (B) litotripsia extracorpórea como tratamento único obrigatório.
- (C) observação clínica isolada.
- (D) nefrolitotomia percutânea (NLPC) como tratamento principal.
- (E) antibioticoterapia isolada sem tratamento do cálculo.

41

Mulher de 32 anos apresenta episódios recorrentes de dor lombar esquerda há aproximadamente dois anos. A dor é intermitente, piora após grande ingestão hídrica e ocorre principalmente no período noturno.

Antecedentes: sem comorbidades relevantes; sem história de litíase urinária.

Exame Físico: PA: 118/74 mmHg; FC: 72 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Achados: dor leve à palpação profunda do flanco esquerdo.

Exames: creatinina: 0,9 mg/dL.

EAS: sem sinais de infecção; sem hematúria significativa.

Ultrassonografia: hidronefrose moderada à esquerda; ausência de cálculos.

Urotomografia: dilatação da pelve renal esquerda; estreitamento da junção ureteropielica; presença de vaso polar inferior cruzando a junção.

Cintilografia renal MAG3: rim direito: 56%; rim esquerdo: 44%; obstrução funcional significativa.

A melhor conduta é

- (A) pieloplastia para correção da obstrução da junção ureteropielica.
- (B) antibioticoterapia profilática contínua.
- (C) observação clínica indefinida sem seguimento.
- (D) nefrectomia esquerda imediata.
- (E) hemodiálise preventiva.

42

Mulher de 58 anos procura atendimento urológico devido à perda involuntária de urina há aproximadamente quatro anos.

Refere perda urinária principalmente: ao tossir; ao espirrar; ao levantar peso; durante atividades físicas.

Nega: urgência miccional importante; perdas precedidas por forte desejo miccional; dor pélvica.

Antecedentes: três partos vaginais; menopausa aos 50 anos; hipertensão arterial sistêmica.

Exame Físico: PA: 132/78 mmHg; FC: 74 bpm.

Exame ginecológico: trofismo genital discretamente reduzido; sem prolapso genital significativo.

Teste de esforço: positivo para perda urinária.

Exames Complementares: EAS: sem infecção urinária.

Ultrassonografia: sem alterações significativas; resíduo pós-miccional: 20 mL.

Após tentativa adequada de fisioterapia do assoalho pélvico sem melhora clínica relevante, a melhor opção terapêutica é

- (A) implante de *slings* médio-uretral.
- (B) cateter vesical de demora permanente.
- (C) antibioticoterapia contínua.
- (D) nefrostomia percutânea.
- (E) cistectomia parcial.

43

Mulher de 67 anos apresenta urgência miccional intensa, polaciúria, noctúria e episódios frequentes de urge-incontinência há aproximadamente cinco anos.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; obesidade grau I; menopausa aos 52 anos.

Tratamentos prévios: treinamento vesical; fisioterapia do assoalho pélvico; oxibutinina; solifenacina; mirabegrona; sem melhora clínica satisfatória.

Exame Físico: PA: 128/76 mmHg; FC: 70 bpm.

Exames: EAS normal; urocultura negativa; ultrassonografia sem alterações; resíduo pós-miccional: 30 mL.

Estudo urodinâmico: hiperatividade detrusora; contrações involuntárias durante enchimento; capacidade vesical reduzida.

A melhor opção terapêutica é

- (A) antibioticoterapia contínua.
- (B) cistectomia radical.
- (C) nefrostomia bilateral.
- (D) aplicação intravesical de toxina botulínica ou neuromodulação sacral.
- (E) suspender todo tratamento e manter apenas observação.

44

Homem de 28 anos é admitido após acidente motociclístico de alta energia. Refere dor pélvica intensa, incapacidade para urinar e sensação de bexiga cheia desde o trauma.

Antecedentes: sem comorbidades relevantes; sem cirurgias urológicas prévias.

Exame Físico: PA: 112/68 mmHg; FC: 108 bpm; FR: 22 irpm; SatO₂: 97%.

Achados: distensão suprapúbica dolorosa; equimose perineal extensa; sangue no meato uretral; próstata elevada ao toque retal.

Exames Complementares: radiografia de pelve: fratura instável do anel pélvico.

FAST: negativo para líquido livre abdominal.

A melhor conduta inicial deve ser

- (A) passagem imediata e repetida de sonda uretral até obtenção de drenagem urinária.
- (B) uretrografia retrógrada antes de qualquer tentativa de sondagem uretral.
- (C) cistoscopia flexível ambulatorial em 30 dias.
- (D) antibioticoterapia profilática isolada.
- (E) nefrostomia bilateral de urgência.

45

Homem de 63 anos procura atendimento devido à hematúria macroscópica intermitente há dois meses, associada à perda ponderal de 7 kg e fadiga progressiva.

Refere: dor lombar direita leve; sudorese noturna ocasional; redução do apetite.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; tabagismo prévio (35 maços-ano); obesidade.

Exame Físico: PA: 146/88 mmHg; FC: 82 bpm; temperatura: 36,6 °C.

Abdome: massa palpável no flanco direito.

Exames: hemoglobina: 11,2 g/dL; creatinina: 1,1 mg/dL; cálcio sérico: 10,9 mg/dL.

Tomografia de abdome e pelve: massa renal direita de 8,5 cm; realce heterogêneo; trombo tumoral limitado à veia renal direita; sem acometimento da veia cava inferior.

Tomografia de tórax: ausência de metástases pulmonares.

A melhor estratégia terapêutica é

- (A) vigilância ativa.
- (B) nefrostomia percutânea.
- (C) radioterapia exclusiva.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) nefrectomia radical direita com trombectomia da veia renal.

46

Homem de 68 anos é encaminhado após elevação progressiva do PSA em acompanhamento anual.

Refere: noctúria duas vezes por noite; jato urinário discretamente enfraquecido; ausência de hematúria; ausência de dor óssea.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus tipo 2; ex-tabagista.

História familiar: irmão com câncer de próstata aos 62 anos.

Exame Físico: PA: 136/82 mmHg; FC: 74 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Toque retal: nódulo endurecido em lobo direito; perda parcial do sulco mediano.

Exames Complementares: PSA Total: 24,6 ng/mL.

Ressonância Magnética: lesão PI-RADS 5; contato capsular extenso; sem invasão de órgãos adjacentes.

Biópsia Prostática: adenocarcinoma acinar; gleason 4+4=8; ISUP Grupo 4; 8/12 fragmentos positivos.

PET-CT com PSMA: doença confinada à próstata; ausência de metástases.

A classificação de risco e a estratégia terapêutica potencialmente curativa mais adequada são:

- (A) baixo risco – vigilância ativa.
- (B) risco intermediário favorável – observação.
- (C) doença metastática – terapia exclusivamente paliativa.
- (D) alto risco – tratamento radical com intenção curativa.
- (E) hiperplasia prostática benigna – acompanhamento anual.

47

Homem de 38 anos procura o pronto-socorro com dor súbita em flanco esquerdo iniciada há 12 horas.

Refere: dor tipo cólica intensa; irradiação para região inguinal esquerda; náuseas; dois episódios de vômitos.

Nega: febre; calafrios; disúria importante.

Antecedentes: episódio prévio de cálculo ureteral há 4 anos; sem cirurgias urológicas.

Exame Físico: PA: 126/78 mmHg; FC: 82 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Achados: dor à palpação profunda do flanco esquerdo; giordano positivo à esquerda; sem sinais de irritação peritoneal.

Exames: hemograma sem leucocitose; creatinina: 1,0 mg/dL.

EAS: hematúria microscópica; ausência de piúria.

Tomografia sem contraste: cálculo ureteral distal esquerdo; 6 mm; hidronefroze discreta; sem sinais de infecção.

A melhor conduta inicial é

- (A) ureterolitotripsia de urgência para todos os casos.
- (B) nefrostomia percutânea imediata.
- (C) terapia expulsiva medicamentosa associada ao controle da dor.
- (D) antibioticoterapia intravenosa obrigatória.
- (E) nefrectomia esquerda.

48

Homem de 52 anos comparece ao ambulatório de transplante renal com febre intermitente, fadiga intensa e diarreia há aproximadamente 10 dias.

História: transplante renal de doador falecido há 4 meses; etiologia da DRC: nefropatia diabética; evolução inicial sem intercorrências.

Medicações: tacrolimo; micofenolato mofetil; prednisona; sulfametoxazol-trimetoprim profilático.

Exame Físico: PA: 124/76 mmHg; FC: 96 bpm; temperatura: 38,2 °C.

Exame abdominal: sem dor sobre o enxerto.

Exames Laboratoriais: hemograma: leucócitos: 2.300/mm³; neutrófilos: 1.200/mm³; creatinina: atual: 1,4 mg/dL; basal: 1,2 mg/dL; transaminases: discretamente elevadas.

Investigação infecciosa: PCR quantitativo para CMV: 58.000 UI/mL; Hemoculturas: negativas; Urocultura: negativa.

A melhor conduta é

- (A) suspender definitivamente toda a imunossupressão.
- (B) iniciar ganciclovir/valganciclovir e ajustar imunossupressão conforme necessidade clínica.
- (C) realizar nefrectomia do enxerto.
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica prolongada sem tratamento antiviral.
- (E) indicar hemodiálise imediata.

49

Menino de 10 meses foi encaminhado ao ambulatório de Urologia Pediátrica para avaliação de alteração congênita do pênis observada desde o nascimento.

A mãe refere: jato urinário direcionado para baixo; necessidade ocasional de ajuste da posição durante a micção; ausência de infecção urinária; ausência de dor ou dificuldade miccional.

Antecedentes: gestação sem intercorrências; nascimento a termo; desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

Exame Físico: bom estado geral; peso e estatura adequados para idade.

Exame genital: meato uretral localizado na face ventral distal da glândula; prepúcio em capuz dorsal; curvatura peniana discreta (<20 graus); testículos tópicos bilateralmente; escroto normal.

Exames Complementares: ultrassonografia de vias urinárias: normal.

A melhor conduta é

- (A) circuncisão imediata antes de qualquer avaliação especializada.
- (B) observação até a adolescência, pois a correção espontânea é frequente.
- (C) correção cirúrgica de hipospádia preferencialmente até os 18 meses de idade.
- (D) antibioticoterapia profilática contínua.
- (E) orquiectomia bilateral preventiva.

50

Homem de 42 anos procura atendimento em ambulatório de Andrologia por desejo reprodutivo após novo casamento.

História: vasectomia realizada há 8 anos; ausência de filhos com a atual parceira; relações sexuais regulares sem contracepção há 12 meses.

Parceira: 34 anos; avaliação ginecológica sem alterações relevantes.

Antecedentes: sem comorbidades relevantes; sem criptorquidia; sem infecções genitais prévias.

Exame Físico: estado geral preservado.

Exame genital: testículos tópicos bilateralmente; volume testicular normal; epidídimos discretamente ingurgitados; falha palpável compatível com vasectomia bilateral.

Exames Complementares: Espermograma (2 amostras): azoospermia; perfil hormonal: FSH: normal; LH: normal; testosterona total: normal; ultrassonografia escrotal: ecotextura testicular preservada; sem lesões focais; sem varicocele significativa.

O diagnóstico mais provável e a melhor estratégia inicial são, respectivamente,

- (A) Azoospermia não obstrutiva, indicar reposição de testosterona.
- (B) Azoospermia obstrutiva pós-vasectomia, considerar vasovasostomia ou recuperação espermática para reprodução assistida.
- (C) Falência testicular primária, indicar orquiectomia bilateral.
- (D) Infecção genital crônica, iniciar antibioticoterapia prolongada.
- (E) Hipogonadismo hipogonadotrófico, iniciar gonadotrofinas.

51

Homem de 31 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística em alta velocidade.

Refere: dor intensa no flanco esquerdo; hematúria macroscópica desde o acidente; náuseas sem vômitos; nega perda de consciência.

Exame Físico: estado geral: consciente e orientado.

Sinais vitais: PA: 124/78 mmHg; FC: 92 bpm; FR: 18 irpm; SatO₂: 98%.

Exame abdominal: dor à palpação do flanco esquerdo; equimose lombar esquerda; sem sinais de peritonite.

Exames Laboratoriais: hemoglobina: 12,4 g/dL; creatinina: 1,0 mg/dL.

Tomografia Computadorizada com Contraste: laceração renal esquerda profunda atingindo sistema coletor; extravasamento urinário limitado; pequeno hematoma perirrenal; ausência de lesão vascular hilar; ausência de sangramento ativo significativo.

Classificação: trauma Renal Grau IV (AAST).

Evolução nas primeiras 12 horas: estabilidade hemodinâmica mantida; hemoglobina estável; sem necessidade transfusional.

A melhor conduta é

- (A) nefrectomia radical imediata.
- (B) exploração cirúrgica obrigatória de todos os traumas renais grau IV.
- (C) hemodiálise preventiva.
- (D) tratamento conservador com monitorização clínica e radiológica.
- (E) antibioticoterapia isolada como único tratamento.

52

Mulher de 62 anos procura o pronto-socorro com febre alta, dor lombar direita intensa e prostração há três dias.

Refere: náuseas; vômitos; calafrios; redução do volume urinário; piora importante do estado geral nas últimas 24 horas.

Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2 mal controlado; hipertensão arterial sistêmica; dois episódios prévios de pielonefrite no último ano.

Exame Físico: estado geral: toxemiada; sonolenta, porém responsiva.

Sinais vitais: PA: 86/52 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 26 irpm; temperatura: 39,2°C; SatO₂: 94%.

Exame abdominal: dor intensa no flanco direito; giordano fortemente positivo à direita; sem sinais de peritonite.

Exames Laboratoriais: leucócitos: 24.800/mm³; bastonetes: 14%; creatinina: 2,6 mg/dL; lactato: 4,8 mmol/L; glicemia: 358 mg/dL.

EAS: piúria intensa; bacteriúria abundante.

Tomografia Computadorizada: gás no parênquima renal direito; gás no sistema coletor; inflamação perirrenal extensa; pequena coleção perirrenal.

A melhor conduta inicial é

- (A) alta hospitalar com antibioticoterapia oral.
- (B) suspender antibióticos até o resultado definitivo da urocultura.
- (C) observação clínica por 48 horas antes de iniciar tratamento.
- (D) litotripsia extracorpórea imediata.
- (E) antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, suporte hemodinâmico, controle glicêmico e drenagem percutânea, com avaliação de nefrectomia se falha terapêutica.

53

Homem de 45 anos comparece ao ambulatório de transplante renal devido à piora progressiva da função do enxerto renal.

História: transplante renal de doador falecido há 8 meses; doença renal crônica secundária à glomeruloesclerose segmentar e focal; redução discreta do volume urinário; mal-estar inespecífico; sem febre; sem sintomas urinários baixos; relata dificuldades recentes para obtenção da medicação imunossupressora.

Medicações: tacrolimo; micofenolato mofetil; prednisona.

Exame Físico: PA: 148/92 mmHg; FC: 84 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exame abdominal: enxerto renal indolor; sem sinais flogísticos locais.

Exames Laboratoriais: creatinina basal: 1,2 mg/dL; creatinina atual: 2,4 mg/dL; ureia: 78 mg/dL; hemograma: sem leucocitose; PCR: normal.

Dosagem de tacrolimo: abaixo da faixa terapêutica.

Ultrassonografia Doppler do enxerto: fluxos preservados; ausência de hidronefrose; ausência de trombose vascular.

Biópsia do enxerto: infiltrado linfocitário intersticial; tubulite significativa; compatível com rejeição aguda celular segundo critérios de Banff.

A melhor conduta inicial é

- (A) suspender definitivamente toda imunossupressão.
- (B) hemodiálise definitiva independentemente da resposta terapêutica.
- (C) reduzir a dose de tacrolimo e manter apenas a imunossupressão de manutenção, com acompanhamento da função renal.
- (D) antibioticoterapia de amplo espectro por 21 dias.
- (E) *pulse therapy* com corticosteroide intravenoso e otimização da imunossupressão.

54

Homem de 33 anos procura atendimento em ambulatório de Andrologia devido à infertilidade conjugal.

História: tentativa de gestação há 2 anos; relações sexuais regulares; ausência de uso de métodos contraceptivos; desconforto escrotal esquerdo ao final do dia.

Parceira: 31 anos; investigação ginecológica sem alterações.

Antecedentes: sem comorbidades relevantes; sem cirurgias urológicas prévias; sem história de criptorquidia.

Exame Físico: estado geral preservado.

Exame genital: testículos tópicos bilateralmente; volume testicular preservado; dilatação venosa palpável acima do testículo esquerdo; varicocele palpável em ortostatismo e sem necessidade de manobra de Valsalva.

Classificação: varicocele Grau III à esquerda.

Exames Complementares: espermograma (duas amostras): volume: normal; concentração: 9 milhões/mL; motilidade progressiva: 24%; morfologia normal: 2%.

Ultrassonografia Doppler Escrotal: refluxo venoso significativo à esquerda; veias do plexo pampiniforme dilatadas; testículos sem lesões focais.

A melhor conduta é

- (A) observação isolada, pois a varicocele nunca interfere na fertilidade.
- (B) correção cirúrgica da varicocele (varicocelectomia) como opção terapêutica apropriada.
- (C) orquiectomia esquerda.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) reposição de testosterona exógena.

55

Lactente masculino de 3 meses é encaminhado ao ambulatório de Urologia Pediátrica após investigação de infecções urinárias febris recorrentes.

História: dois episódios de febre alta desde o nascimento; urina com odor forte; irritabilidade importante; hidronefrose bilateral identificada na gestação; jato urinário fraco; gotejamento miccional; baixo ganho ponderal.

Exame Físico: temperatura: 37,8°C; FC: 138 bpm.

Abdome: bexiga palpável após micção.

Genitália: masculina típica; testículos tópicos bilateralmente.

Exames Laboratoriais: creatinina: 0,7 mg/dL.

EAS: piúria moderada; bacteriúria.

Urocultura: *escherichia coli* >100.000 UFC/mL.

Ultrassonografia: hidronefrose bilateral; espessamento da parede vesical; dilatação da uretra posterior; resíduo pós-miccional aumentado.

Uretrocistografia Miccional: dilatação da uretra posterior; bexiga trabeculada; refluxo vesicoureteral bilateral; achados compatíveis com válvula de uretra posterior.

A melhor conduta é

- (A) acompanhamento clínico sem intervenção.
- (B) ablação endoscópica da válvula de uretra posterior após estabilização clínica e tratamento da infecção.
- (C) circuncisão isolada como tratamento definitivo.
- (D) orquiectomia bilateral preventiva.
- (E) antibioticoterapia oral contínuo como único tratamento definitivo.

56

Homem de 71 anos procura atendimento devido a episódio de hematúria macroscópica indolor ocorrido há aproximadamente um mês.

Relata: hematúria total com coágulos; resolução espontânea após dois dias; ausência de disúria; ausência de febre.

Antecedentes: tabagismo ativo (50 maços-ano); hipertensão arterial sistêmica; DPOC leve.

Exame Físico: PA: 142/84 mmHg; FC: 80 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exames Complementares: tomografia de abdome e pelve: lesão papilífera vesical única; parede lateral esquerda; aproximadamente 2,5 cm; sem hidronefrose; cistoscopia: lesão papilar única suspeita para neoplasia urotelial.

Tratamento inicial: ressecção transuretral completa da lesão.

Anatomopatológico: carcinoma urotelial de alto grau; estágio pT1; invasão da lâmina própria; sem invasão muscular própria.

Nova ressecção (Re-RTU): ausência de tumor residual; muscular própria presente e livre de neoplasia.

A melhor estratégia terapêutica subsequente é

- (A) observação isolada sem tratamento adjuvante.
- (B) hemodiálise preventiva.
- (C) radioterapia exclusiva.
- (D) antibioticoterapia profilática contínua.
- (E) instilação intravesical com BCG e manutenção conforme protocolo.

57

Homem de 78 anos é encaminhado ao ambulatório de Urologia após múltiplos episódios de retenção urinária e piora progressiva da função renal.

História: jato urinário muito fraco; esforço miccional importante; sensação de esvaziamento incompleto; noctúria 5 a 6 vezes por noite; retenção urinária recorrente.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus tipo 2; uso de tansulosina e finasterida há 3 anos.

Exame Físico: PA: 144/86 mmHg; FC: 78 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Abdome: globo vesical palpável.

Toque retal: próstata aumentada; consistência fibroelástica; sem nódulos suspeitos; volume estimado em aproximadamente 95 g.

Exames Complementares: PSA: 4,1 mg/mL; creatinina: 2,1 mg/dL.

Ultrassonografia: próstata de 102 g; resíduo pós-miccional de 420 mL; hidronefrose bilateral leve.

Urofluxometria: qmáx: 5 mL/s.

A melhor conduta é

- (A) manter tratamento medicamentoso exclusivo por tempo indeterminado.
- (B) suspender toda medicação e observar evolução.
- (C) indicar tratamento cirúrgico desobstrutivo da próstata.
- (D) antibioticoterapia contínua.
- (E) radioterapia prostática.

58

Homem de 36 anos é encaminhado ao ambulatório de Neurologia devido a episódios recorrentes de infecção urinária e incontinência urinária.

História clínica: trauma raquimedular há 4 anos após acidente automobilístico; lesão medular completa ao nível de T8; uso prévio prolongado de sonda vesical de demora; esvaziamento vesical espontâneo inadequado.

Refere: perdas urinárias frequentes; infecções urinárias recorrentes; sensação de esvaziamento incompleto; redução progressiva da qualidade de vida.

Exame Físico: PA: 126/80 mmHg; FC: 74 bpm; temperatura: 36,6 °C.

Exame neurológico: paraplegia; reflexos compatíveis com lesão medular suprasacral.

Exames Complementares: ceatinina: 1,2 mg/dL.

Ultrassonografia: espessamento vesical; resíduo pós-miccional elevado; ausência de hidronefrose.

Estudo Urodinâmico: hiperatividade neurogênica do detrusor; pressões vesicais elevadas durante enchimento; dissinergia detrusor-esfíncter.

A melhor estratégia de manejo inicial é

- (A) manter esvaziamento vesical espontâneo inadequado e apenas observar.
- (B) radioterapia vesical.
- (C) nefrectomia bilateral profilática.
- (D) antibioticoterapia contínua como tratamento único.
- (E) cateterismo vesical intermitente limpo associado ao tratamento da hiperatividade detrusora.

59

Homem de 48 anos procura atendimento urológico por piora progressiva do jato urinário há cerca de dois anos.

Refere: jato urinário fraco; esforço miccional; gotejamento terminal; sensação de esvaziamento incompleto; episódios ocasionais de retenção urinária parcial.

Antecedentes: trauma perineal em queda de bicicleta há 10 anos; duas dilatações uretrais prévias; uma uretrotomia interna há 18 meses com melhora temporária.

Nega: febre; hematúria macroscópica; infecção urinária recente.

Exame Físico: PA: 126/78 mmHg; FC: 72 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Genitália externa: sem alterações.

Toque retal: próstata de volume habitual; sem nódulos suspeitos.

Exames Complementares: urofluxometria: qmáx: 5 mL/s; curva em platô.

Ultrassonografia: resíduo pós-miccional: 190 mL; sem hidronefrose.

Uretrografia retrógrada e miccional: estenose bulbar única; extensão aproximada de 2 cm; calibre significativamente reduzido; sem acometimento da uretra peniana.

A melhor conduta definitiva é

- (A) repetir dilatações uretrais indefinidamente.
- (B) nova uretrotomia interna como tratamento definitivo obrigatório.
- (C) uretroplastia bulbar, preferencialmente com técnica reconstrutiva adequada ao comprimento e características da estenose.
- (D) prostatectomia radical.
- (E) antibioticoterapia prolongada por seis meses.

60

Homem de 66 anos procura atendimento urológico devido à perda urinária persistente após tratamento cirúrgico para câncer de próstata.

História clínica: prostatectomia radical robótica realizada há 18 meses; adenocarcinoma prostático pT2N0M0; PSA indetectável desde a cirurgia; sem radioterapia adjuvante.

Refere: perda urinária aos esforços; uso de 5 a 6 absorventes por dia; limitação importante das atividades sociais; ausência de urgência miccional significativa.

Tratamentos prévios: fisioterapia do assoalho pélvico por 12 meses; treinamento vesical; sem melhora clínica relevante.

Exame Físico: PA: 128/76 mmHg; FC: 72 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Teste de esforço: positivo para perda urinária.

Exames Complementares: EAS: normal; urocultura: negativa; cistoscopia: anastomose ureterovesical pérvia; ausência de estenose.

Estudo Urodinâmico: deficiência esfíncteriana intrínseca; boa complacência vesical; ausência de hiperatividade detrusora significativa.

A melhor opção terapêutica é

- (A) manter apenas fisioterapia por tempo indeterminado.
- (B) antibioticoterapia contínua.
- (C) nefrostomia bilateral.
- (D) implante de esfíncter urinário artificial.
- (E) cistectomia radical.

61

Homem de 29 anos procura atendimento após perceber aumento progressivo do volume testicular direito há aproximadamente dois meses.

Refere: sensação de peso escrotal; desconforto leve; ausência de dor intensa; sem sintomas urinários.

Antecedentes: criptorquidia direita corrigida aos 4 anos; sem outras comorbidades.

Exame Físico: PA: 122/74 mmHg; FC: 70 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exame genital: testículo direito aumentado; nódulo endurecido intratesticular; aproximadamente 3 cm; testículo esquerdo sem alterações.

Exames Complementares: ultrassonografia escrotal: lesão sólida intratesticular direita; 3,2 cm; hipoeoica; hipervascularizada; marcadores tumorais: AFP: normal; β -hCG: discretamente elevada; LDH: elevada.

Procedimento realizado: orquiectomia radical inguinal direita.

Anatomopatológico: seminoma clássico; 3,4 cm; restrito ao testículo; sem invasão vascular; margens livres.

Tomografia de tórax, abdome e pelve: ausência de linfonodomegalias; ausência de metástases.

Assinale a opção correta em relação ao estadiamento e a melhor estratégia inicial.

- (A) Doença metastática avançada e quimioterapia imediata obrigatória.
- (B) Nefrectomia profilática.
- (C) Tumor benigno e sem necessidade de seguimento.
- (D) Radioterapia cerebral profilática.
- (E) Seminoma estágio I e vigilância ativa é uma opção recomendada.

62

Mulher de 54 anos é encaminhada ao ambulatório de Endourologia após achado de cálculo renal volumoso durante investigação de infecções urinárias recorrentes.

Refere: dor lombar direita intermitente há aproximadamente 1 ano; episódios recorrentes de infecção urinária; sensação de fadiga; ausência de cólica renal intensa.

Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2; três episódios de pielonefrite nos últimos dois anos; sem cirurgias urológicas prévias.

Exame Físico: PA: 132/80 mmHg; FC: 76 bpm; temperatura: 36,7 °C.

Exame abdominal: dor leve à palpação profunda do flanco direito.

Exames Complementares: creatinina: 0,9 mg/dL; EAS: leucocitúria discreta; urocultura: proteus mirabilis > 100.000 UFC/mL.

Tomografia Computadorizada: cálculo coraliforme completo ocupando pelve renal e cálices do rim direito; maior diâmetro: 4,8 cm; densidade compatível com cálculo infeccioso; ausência de obstrução ureteral.

Cintilografia Renal (DMSA): função renal diferencial: rim direito: 42%; rim esquerdo: 58%.

A melhor estratégia terapêutica é

- (A) nefrolitotomia percutânea (PCNL), podendo necessitar abordagens combinadas para completa remoção do cálculo.
- (B) litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) como tratamento único.
- (C) observação clínica periódica.
- (D) antibioticoterapia isolada por tempo indeterminado.
- (E) nefrectomia imediata.

63

Adolescente de 15 anos é levado ao pronto-socorro por dor escrotal intensa iniciada subitamente há aproximadamente 4 horas.

Refere: dor testicular esquerda de forte intensidade; náuseas; dois episódios de vômitos; ausência de trauma local.

Nega: disúria; secreção uretral; febre.

Antecedentes: sem comorbidades; desenvolvimento puberal compatível com a idade.

Exame Físico: PA: 118/72 mmHg; FC: 104 bpm; temperatura: 36,7 °C.

Exame genital: testículo esquerdo elevado na bolsa escrotal; dor intensa à palpação; edema escrotal discreto; reflexo cremastérico ausente à esquerda; sinal de Prehn negativo.

Testículo direito: sem alterações.

Exames Complementares: há disponibilidade de ultrassonografia Doppler, porém com atraso superior a duas horas.

A melhor conduta é

- (A) solicitar ultrassonografia Doppler e aguardar resultado antes de qualquer intervenção.
- (B) iniciar antibioticoterapia para epididimite aguda.
- (C) exploração cirúrgica escrotal imediata com distorção testicular e orquidopexia bilateral.
- (D) observação clínica por 24 horas.
- (E) punção escrotal diagnóstica.

64

Homem de 68 anos procura atendimento devido à dor lombar progressiva há aproximadamente 4 meses, associada à perda de peso não intencional.

Refere: dor lombar contínua; fadiga; perda de 8 kg nos últimos 6 meses; sintomas urinários obstrutivos moderados.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; ex-tabagista.

Exame Físico: PA: 138/82 mmHg; FC: 78 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Toque retal: próstata endurecida; nódulo extenso em lobo direito; perda do sulco mediano.

Exames Complementares: PSA: 186 ng/mL.

Ressonância Magnética da Próstata: lesão PI-RADS 5; extensão extracapsular; invasão de vesícula seminal.

Biópsia Prostática: adenocarcinoma acinar; ISUP 5 (Gleason 4+5=9).

PET-PSMA: múltiplas metástases ósseas; linfonodos pélvicos acometidos; ausência de metástases viscerais.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) vigilância ativa.
- (B) ressecção transuretral da próstata como único tratamento.
- (C) terapia de privação androgênica associada à intensificação sistêmica com agente hormonal de nova geração ou quimioterapia, conforme perfil clínico.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) prostatectomia radical isolada como tratamento exclusivo.

65

Mulher de 63 anos é encaminhada ao ambulatório de Uro-Oncologia após achado incidental de massa renal durante investigação de dor lombar mecânica.

Refere: ausência de hematuria; ausência de perda ponderal; ausência de febre; sem sintomas urinários.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; obesidade grau I; ex-tabagista.

Exame Físico: PA: 134/82 mmHg; FC: 76 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exame abdominal: sem massas palpáveis.

Exames Complementares: Creatinina: 0,9 mg/dL; TFG_e: 82 mL/min/1,73m².

Tomografia Computadorizada de Abdome: massa sólida cortical renal esquerda; 3,2 cm de diâmetro; realce heterogêneo após contraste; localização polar inferior; sem invasão de gordura perirrenal; sem trombo venoso; sem linfonodomegalias.

Classificação clínica: cT1aNOMO.

Tomografia de tórax: sem evidência de metástases.

A melhor estratégia terapêutica é

- (A) nefrectomia parcial, quando tecnicamente factível.
- (B) observação sem seguimento.
- (C) nefrectomia radical obrigatória em todos os casos.
- (D) radioterapia exclusiva.
- (E) quimioterapia neoadjuvante obrigatória.

66

Menina de 4 anos é encaminhada ao ambulatório de Urologia Pediátrica após múltiplos episódios de infecção urinária febril.

História: quatro episódios de pielonefrite nos últimos 18 meses; necessidade de internação em duas ocasiões; febre elevada associada à dor abdominal; boa adesão ao tratamento prescrito.

Antecedentes: sem malformações conhecidas ao nascimento; desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

Exame Físico: temperatura: 36,6°C; FC: 96 bpm; PA: 98/60 mmHg.

Exame abdominal: sem massas palpáveis; sem dor à palpação.

Exames Complementares: ultrassonografia: dilatação pielocalicial discreta à direita; espessura cortical preservada.

Cintilografia renal (DMSA): cicatrizes corticais renais à direita; rim direito: 42% da função renal; rim esquerdo: 58% da função renal.

Uretrocistografia Miccional: refluxo vesicoureteral direito grau V; dilatação ureteral importante; refluxo persistente durante toda a micção.

Evolução: apesar de antibioticoprofilaxia adequada, apresentou novos episódios de infecção urinária febril.

A melhor conduta é

- (A) suspender acompanhamento e observar evolução espontânea.
- (B) manter antibioticoprofilaxia isoladamente por tempo indeterminado.
- (C) nefrectomia direita imediata.
- (D) indicar correção cirúrgica do refluxo vesicoureteral.
- (E) hemodiálise preventiva.

67

Homem de 72 anos procura atendimento por episódios recorrentes de hematuria macroscópica indolor nos últimos três meses.

Refere: hematuria intermitente com coágulos; desconforto lombar esquerdo leve; ausência de febre; ausência de sintomas urinários irritativos.

Antecedentes: tabagismo de 60 maços-ano; hipertensão arterial sistêmica; DPOC leve.

Exame Físico: PA: 136/82 mmHg; FC: 78 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Abdome: sem massas palpáveis.

Exames Complementares: creatinina: 1,1 mg/dL; citologia urinária: positiva para células uroteliais de alto grau; urotomografia: lesão vegetante de 2,8 cm na pelve renal esquerda; realce após contraste; sem invasão de órgãos adjacentes; sem linfonodomegalias; ureterorrenoscopia diagnóstica: lesão papilífera extensa em pelve renal esquerda.

Biópsia: carcinoma urotelial de alto grau.

Tomografia de tórax: sem metástases.

O tratamento padrão recomendado é

- (A) observação clínica isolada.
- (B) nefroureterectomia radical com ressecção do cuff vesical.
- (C) antibioticoterapia prolongada.
- (D) nefrectomia simples.
- (E) radioterapia exclusiva.

68

Homem de 58 anos procura atendimento por lesão peniana progressiva há aproximadamente 8 meses.

Refere: lesão ulcerada em glândula; pequenos episódios de sangramento local; dor leve ocasional; mau odor local.

Antecedentes: tabagista (40 maços-ano); não circuncidado; história da fimose desde a juventude; higiene genital precária por muitos anos.

Exame Físico: PA: 130/78 mmHg; FC: 76 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Exame genital: lesão úlcero vegetante envolvendo glândula; aproximadamente 2,5 cm; restrita à glândula; sem acometimento evidente do corpo peniano.

Exame inguinal: ausência de linfonodos palpáveis.

Exames Complementares: biópsia: carcinoma epidermoide invasivo moderadamente diferenciado.

Ressonância Magnética: lesão limitada à glândula; sem invasão dos corpos cavernosos; sem invasão uretral.

Tomografia de abdome e pelve: sem linfonodomegalias; sem metástases.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) antibioticoterapia prolongada e reavaliação em 6 meses.
- (B) radioterapia cerebral profilática.
- (C) tratamento cirúrgico preservador peniano (quando tecnicamente possível), com excisão oncológica adequada da lesão.
- (D) quimioterapia sistêmica obrigatória.
- (E) observação clínica isolada.

69

Mulher de 41 anos procura atendimento por episódios recorrentes de cefaleia intensa, palpitações e sudorese há aproximadamente um ano.

Refere: crises súbitas de hipertensão; taquicardia; tremores; ansiedade intensa durante os episódios; episódios com duração de 20 a 40 minutos.

Antecedentes: hipertensão arterial de difícil controle; uso de três anti-hipertensivos; sem diabetes mellitus.

Exame Físico: PA: 168/102 mmHg; FC: 104 bpm; temperatura: 36,5°C.

Exames Complementares: metanefrinas plasmáticas: elevadas (> 4 vezes o limite superior da normalidade).

Catecolaminas urinárias de 24 horas: elevadas.

Tomografia Computadorizada de Abdome: massa adrenal direita; 4,5 cm; heterogênea; sem invasão local.

Cintilografia com MIBG: captação exclusiva na adrenal direita.

A melhor estratégia terapêutica pré-operatória é

- (A) adrenalectomia imediata sem preparo medicamentoso.
- (B) antibioticoterapia profilática.
- (C) iniciar apenas o betabloqueador isoladamente.
- (D) radioterapia adrenal.
- (E) bloqueio alfa-adrenérgico adequado antes da adrenalectomia.

70

Mulher de 49 anos procura atendimento no 7º dia pós-operatório de histerectomia abdominal total realizada por miomatose uterina.

Refere: dor lombar esquerda progressiva; náuseas; redução do débito urinário; saída contínua de líquido claro pela ferida operatória nas últimas 48 horas.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada; sem doença renal prévia.

Exame Físico: PA: 136/84 mmHg; FC: 92 bpm; temperatura: 37,3 °C.

Abdome: dor à palpação profunda no flanco esquerdo; pequena quantidade de líquido seroso em ferida cirúrgica.

Exames Laboratoriais: creatinina sérica: 1,8 mg/dL; creatinina pré-operatória: 0,9 mg/dL.

Tomografia Computadorizada com Fase Excretora: hidronefrose esquerda; extravasamento de contraste no terço distal do ureter esquerdo; coleção periuretral adjacente.

Considerando o quadro clínico apresentado, a melhor conduta inicial é

- (A) observação clínica isolada por 30 dias.
- (B) derivação urinária por cateter ureteral duplo J ou nefrostomia percutânea, seguida de planejamento reconstrutivo conforme a lesão.
- (C) nefrectomia esquerda imediata.
- (D) radioterapia da pelve.
- (E) antibioticoterapia oral isolada.

71

Homem de 34 anos procura atendimento por episódios recorrentes de dor lombar esquerda há aproximadamente dois anos.

Refere: dor em flanco esquerdo intermitente; piora após grande ingestão hídrica; episódios ocasionais de náuseas; ausência de hematúria macroscópica.

Antecedentes: sem cirurgias urológicas prévias; sem histórico de litíase urinária.

Exame Físico: PA: 122/76 mmHg; FC: 72 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exame abdominal: sem massas palpáveis; dor discreta em flanco esquerdo durante crise dolorosa.

Exames Complementares: creatinina: 0,9 mg/dL; Ultrassonografia: hidronefrose moderada à esquerda; ausência de dilatação ureteral; Urotomografia: dilatação pielocalicial esquerda; estreitamento da junção ureteropielílica; presença de vaso polar cruzando anteriormente a junção; Cintilografia renal com MAG3: rim esquerdo com 43% da função renal diferencial; curva compatível com obstrução significativa.

A melhor conduta é

- (A) observação clínica sem seguimento.
- (B) antibioticoterapia profilática contínua.
- (C) pieloplastia desobstrutiva, preferencialmente por técnica minimamente invasiva quando disponível.
- (D) nefrectomia esquerda imediata.
- (E) radioterapia da junção ureteropielílica.

72

Homem de 66 anos realiza tomografia abdominal para investigação de dor lombar mecânica crônica.

Nega: hematúria; perda de peso; febre; sintomas urinários.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica; ex-tabagista; sem história familiar de câncer renal.

Exame Físico: PA: 132/78 mmHg; FC: 74 bpm; temperatura: 36,4 °C.

Abdome: sem massas palpáveis.

Exames Laboratoriais: creatinina: 0,9 mg/dL; TFG estimada: 85 mL/min/1,73m².

Tomografia Computadorizada com Contraste: lesão cística renal esquerda; 4,2 cm; septações espessas e irregulares; nódulos murais com realce pelo contraste; calcificações grosseiras focais.

Classificação radiológica: bosniak IV.

Sem: linfonodomegalias; trombo venoso; metástases.

A melhor conduta é

- (A) tratamento cirúrgico devido à elevada probabilidade de malignidade.
- (B) punção aspirativa simples do cisto.
- (C) observação anual com ultrassonografia.
- (D) antibioticoterapia por 30 dias.
- (E) radioterapia renal.

73

Mulher de 67 anos procura atendimento por urgência urinária intensa há aproximadamente três anos.

Refere: urgência miccional diária; polaciúria importante; noctúria (4 episódios/noite); episódios frequentes de urge-incontinência; importante prejuízo da qualidade de vida.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada; diabetes mellitus tipo 2 bem controlado; sem doenças neurológicas conhecidas.

Tratamentos realizados: treinamento vesical; fisioterapia do assoalho pélvico; antimuscarínicos em doses adequadas; agonista beta-3 adrenérgico; sem melhora clínica significativa.

Exame Físico: bom estado geral; exame neurológico sem alterações; exame ginecológico sem prolapso significativo.

Exames Complementares: EAS: normal; Urocultura: negativa; Ultrassonografia: resíduo pós-miccional: 30 mL.

Estudo Urodinâmico: hiperatividade detrusora durante a fase de enchimento; boa complacência vesical.

A melhor opção terapêutica é

- (A) antibioticoterapia contínua.
- (B) aumentar indefinidamente a dose dos antimuscarínicos.
- (C) aplicação intravesical de toxina botulínica tipo A.
- (D) nefrectomia unilateral.
- (E) radioterapia pélvica.

74

Mulher de 52 anos procura atendimento 30 dias após histerectomia total abdominal realizada por miomatose uterina sintomática.

Refere: perda contínua de urina pela vagina; necessidade de uso constante de absorventes; ausência de urgência miccional; ausência de dor; relata que os sintomas iniciaram aproximadamente 10 dias após a cirurgia.

Exame Físico: PA: 124/76 mmHg; FC: 74 bpm; temperatura: 36,5 °C.

Exame ginecológico: saída contínua de líquido claro pela vagina; sem sinais de infecção local.

Exames Complementares: EAS: sem sinais de infecção; teste com azul de metileno: exteriorização do corante pela vagina; cistoscopia: pequeno orifício fistuloso na parede posterior da bexiga; urotomografia: ausência de lesão uretral associada.

A melhor conduta é

- (A) correção cirúrgica da fístula vesicovaginal após adequada avaliação e planejamento reconstrutivo.
- (B) observação clínica por 12 meses.
- (C) antibioticoterapia prolongada por 3 meses.
- (D) radioterapia pélvica.
- (E) nefrectomia unilateral.

75

Homem de 35 anos procura avaliação por infertilidade conjugal.

Refere: tentativa de concepção há 3 anos; ausência de gestações prévias; libido preservada; ereções normais; A esposa apresenta investigação ginecológica sem alterações.

Exame Físico: bom estado geral; testículos bilateralmente reduzidos de volume; aproximadamente 10 mL cada; epidídimos normais; ausência de varicocele significativa.

Exames Complementares: espermograma (duas amostras): azoospermia.

Perfil Hormonal: FSH: 24 mUI/mL (elevado); LH: 12 mUI/mL (elevado); testosterona total: normal.

Investigação Genética: cariótipo 46,XY; ausência de microdeleções do cromossomo Y.

Ultrassonografia Escrotal: redução do volume testicular bilateral; sem obstrução evidente.

A melhor estratégia para obtenção de espermatozoides visando reprodução assistida é

- (A) vasectomia bilateral.
- (B) antibioticoterapia prolongada.
- (C) microdissecção testicular para extração de espermatozoides (micro-TESE).
- (D) ressecção transuretral da próstata.
- (E) radioterapia testicular.

76

Mulher de 46 anos procura atendimento por dor pélvica crônica há aproximadamente 2 anos.

Refere: dor suprapúbica relacionada ao enchimento vesical; alívio parcial após a micção; polaciúria intensa; noctúria frequente; sensação persistente de urgência urinária.

Nega: incontinência urinária; hematuria macroscópica; febre.

Antecedentes: sem doenças neurológicas; sem cirurgias urológicas prévias.

Exame Físico: PA: 118/72 mmHg; FC: 74 bpm; temperatura: 36,4°C.

Abdome: dor leve à palpação suprapúbica.

Exames Complementares: EAS: normal; urocultura: negativa em múltiplas coletas; Ultrassonografia do trato urinário: sem alterações; cistoscopia com hidrodistensão: glomerulações difusas da mucosa vesical; pequena lesão compatível com úlcera de Hunner.

O diagnóstico mais provável é

- (A) cistite intersticial / síndrome da dor vesical.
- (B) cistite bacteriana recorrente.
- (C) bexiga hiperativa idiopática.
- (D) carcinoma urotelial invasivo.
- (E) tuberculose urinária.

77

Mulher de 38 anos procura atendimento devido a episódios recorrentes de infecção urinária e dor lombar direita há aproximadamente 1 ano.

Refere: três episódios de infecção urinária no último ano; dor em flanco direito intermitente; disúria ocasional; episódios de hematuria microscópica.

Antecedentes: sem cirurgias urológicas prévias; sem comorbidades relevantes.

Exame Físico: PA: 118/74 mmHg; FC: 72 bpm; temperatura: 36,5°C.

Abdome: sem massas palpáveis; dor discreta no flanco direito.

Exames Complementares: EAS: hematuria microscópica; leucocitúria discreta; ultrassonografia: dilatação leve do sistema coletor direito; imagem cística intravesical próxima ao meato ureteral direito; tomografia Computadorizada: ureteroceles ortotópica direita; cálculo de 1,2 cm no interior da ureterocele; função renal preservada; cistoscopia: ureterocele intravesical compatível com exames de imagem.

A melhor conduta inicial é

- (A) incisão endoscópica da ureterocele associada ao tratamento da litíase.
- (B) antibioticoterapia contínua por tempo indeterminado.
- (C) observação clínica sem seguimento.
- (D) nefrectomia direita.
- (E) radioterapia vesical.

78

Homem de 62 anos retorna ao ambulatório 12 meses após prostatectomia radical robótica realizada por adenocarcinoma de próstata localizado.

Refere: continência urinária recuperada; ausência de recorrência oncológica; incapacidade de obter ereções suficientes para relação sexual; relata vida sexual ativa antes da cirurgia.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada; sem diabetes mellitus; não fumante.

Dados Cirúrgicos: prostatectomia radical com preservação bilateral dos feixes neurovasculares.

Anatomopatológico: pT2N0M0; margens negativas.

Exame Físico: bom estado geral; genitália sem alterações anatômicas.

Exames Complementares: PSA: indetectável; testosterona total: normal.

A opção terapêutica de primeira linha recomendada é

- (A) radioterapia pélvica.
- (B) inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), desde que não haja contraindicações.
- (C) nefrectomia parcial.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) orquiectomia bilateral.

79

Mulher de 47 anos procura atendimento por ganho ponderal progressivo e hipertensão arterial de difícil controle há aproximadamente 18 meses.

Refere: fraqueza muscular proximal; equimoses frequentes; ganho de peso central; irregularidade menstrual.

Exame Físico: PA: 168/98 mmHg; FC: 84 bpm.

Achados clínicos: obesidade central; fácies cushingoide; estrias violáceas abdominais; fraqueza muscular proximal.

Exames Complementares: cortisol livre urinário de 24 horas: marcadamente elevado; teste de supressão com dexametasona: sem supressão do cortisol; ACTH plasmático: suprimido.

Tomografia Computadorizada de Abdome: massa adrenal esquerda; 8,2 cm; heterogênea; áreas de necrose; sem invasão evidente de órgãos adjacentes; tomografia de tórax: sem metástases.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) observação clínica com tomografia anual.
- (B) adrenalectomia oncológica completa.
- (C) radioterapia exclusiva.
- (D) antibioticoterapia prolongada.
- (E) punção aspirativa da adrenal como tratamento definitivo.

80

Mulher de 58 anos procura atendimento por sintomas urinários incapacitantes há aproximadamente 5 anos.

Refere: urgência urinária intensa; frequência miccional aumentada; episódios diários de urge-incontinência; importante limitação social.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada; sem doenças neurológicas; sem cirurgias pélvicas prévias.

Tratamentos realizados: modificações comportamentais; treinamento vesical; fisioterapia do assoalho pélvico; antimuscarínicos; agonista beta-3; aplicação intravesical de toxina botulínica; sem melhora clínica sustentada.

Exame Físico: bom estado geral; exame neurológico sem alterações.

Exames Complementares: EAS: normal; Urocultura: negativa; Ultrassonografia: sem alterações relevantes.

Estudo Urodinâmico: hiperatividade detrusora.

A melhor opção terapêutica é

- (A) antibioticoterapia contínua.
- (B) radioterapia pélvica.
- (C) nefrectomia unilateral.
- (D) neuromodulação sacral.
- (E) observação clínica isolada.

Realização

