

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO
ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

PROVA OBJETIVA – TIPO 1

**SUA PROVA**

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

**TEMPO**

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

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

Boa prova!

Angiologia

1

De acordo com a Diretriz Brasileira de Doença Venosa Crônica, publicada em 2013 pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, o melhor tratamento invasivo para a insuficiência de veia safena magna é a(o)

- (A) flebectomia.
- (B) espuma ecoguiada.
- (C) termoablação.
- (D) ligadura de croça.
- (E) ablação mecânico-química.

2

Na avaliação clínica do paciente com doença venosa crônica, a seguinte manobra usa a percussão para detecção de lesão de valva superficial:

- (A) Schwartz.
- (B) Trendelenburg.
- (C) Perthes.
- (D) Linton.
- (E) Oliver-Cardarelli.

3

De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemia da Sociedade Brasileira de Cardiologia publicada em 2015, o paciente portador de doença arterial periférica compensada é classificado como de risco

- (A) baixo.
- (B) intermediário.
- (C) alto.
- (D) muito alto.
- (E) extremo.

4

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, refere dor e edema súbito de membro inferior esquerdo (MIE), com início há três dias e piora progressiva.

Ao exame físico, apresenta edema +++/4+, cianose não fixa de MIE com pulsos arteriais amplos e dorsiflexão passiva dolorosa do pé.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) oclusão arterial aguda.
- (B) tromboangeíte obliterante agudizada.
- (C) doença venosa crônica descompensada.
- (D) flegmasia cerúlea dolens.
- (E) síndrome de oclusão da artéria poplítea.

5

Paciente do sexo feminino, 22 anos de idade, sem comorbidades, apresentou síndrome isquêmica aguda de membro inferior direito. Durante a investigação etiológica foi diagnosticada a síndrome do anticorpo antifosfolípide com tripla positividade.

A terapia anticoagulante de escolha para seu tratamento crônico é

- (A) rivaroxabana.
- (B) edoxabana.
- (C) apixabana.
- (D) varfarina.
- (E) clopidogrel.

6

Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, chega ao consultório com queixa de varizes de membros inferiores, mas proeminentes à esquerda. Durante anamnese, refere dor lombar esquerda, hematúria e dispareunia.

A síndrome provável é a

- (A) May-Thurner.
- (B) Cockett.
- (C) Sneddon.
- (D) Compartimental.
- (E) Quebra-nozes.

7

A complicação característica resultante da prescrição de varfarina sódica sem o uso concomitante de alguma anticoagulante parenteral como, por exemplo, heparinas, no tratamento agudo de uma trombose venosa profunda, é a

- (A) trombocitopenia induzida por heparina não fracionada.
- (B) hemorragia não maior, porém, clinicamente significativa.
- (C) necrose dérmica bolhosa hemorrágica.
- (D) nefropatia induzida pela varfarina sódica.
- (E) síndrome purpúrica de membros inferiores.

8

A vantagem da antiagregação plaquetária com clopidogrel no tratamento clínico da doença arterial periférica, quando comparado ao ácido acetil salicílico, é

- (A) não provocar leucopenia e/ou plaquetopenia com seu uso crônico.
- (B) a redução de sangramentos não maiores, porém clinicamente relevantes.
- (C) a não obrigatoriedade de suspensão em caso de intervenção cirúrgica.
- (D) sua maior eficácia na redução de eventos cardiovasculares maiores.
- (E) ser mais seguro em caso da necessidade do uso concomitante de rivaroxabana.

9

Uma desvantagem do uso da angiorressonância nuclear magnética no estudo da doença aterosclerótica de carótida é

- (A) a necessidade de uso de contraste iodado intravenoso.
- (B) a exposição dos pacientes a radiação ionizante.
- (C) superestimar as lesões moderadas e as suboclusões.
- (D) não avaliar as características da superfície da placa.
- (E) provocar a nefropatia induzida por contraste.

10

O exame complementar de escolha para a confirmação do diagnóstico de embolia pulmonar é a(o)

- (A) cintilografia de perfusão.
- (B) angiotomografia de tórax.
- (C) angiorressonância de tórax.
- (D) angiografia com subtração digital.
- (E) ecodoppler colorido venoso profundo.

11

As síndromes compressivas neurovasculares cervicotoracoaxilares a seguir acometem a veia subclávia, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Escalenos.
- (B) Costoclavicular.
- (C) Cabeça do úmero.
- (D) Costela cervical.
- (E) Primeira costela.

12

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

Dos pacientes relacionados a seguir, assinale o que tem um quadro clínico compatível com o diagnóstico de trombofilia.

- (A) Sexo masculino, 75 anos de idade, com episódio de TEV em pós-operatório de fratura de fêmur direito.
- (B) Sexo masculino, 28 anos de idade, com TEV espontânea em veia renal direita e de membro inferior esquerdo.
- (C) Sexo feminino, 38 anos de idade, com TEV maciça em tratamento quimioterápico de neoplasia de estômago.
- (D) Sexo feminino, 40 anos de idade, com história de dois abortamentos com idade gestacional maior que 28 semanas.
- (E) Sexo feminino, 80 anos de idade, com TEV após internação por pneumonia, desidratação e sarcopenia.

13

O aneurisma de artéria esplênica é o mais comum dos aneurismas de artérias viscerais. Na maioria das vezes é assintomático e sua ruptura pode, muitas vezes, provocar os primeiros sinais e sintomas.

Das situações clínicas a seguir, assinale a que representa um fator de risco para sua ruptura.

- (A) Diabetes melito.
- (B) Dislipidemia.
- (C) Tabagismo.
- (D) Idade avançada.
- (E) Gestação.

14

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

Diante desse quadro clínico, você deve suspeitar de síndrome de

- (A) Cockett.
- (B) Trousseau.
- (C) Mondor.
- (D) Leriche.
- (E) Virchow.

15

A vantagem da angiotomografia computadorizada, quando comparada à arteriografia com subtração digital, no planejamento cirúrgico de uma paciente de 22 anos de idade portadora de arterite de Takayasu com claudicação intermitente incapacitante e estenose de artéria renal é

- (A) permitir o uso de contraste iodado não iônico.
- (B) possibilitar uma exposição a pouca radiação ionizante.
- (C) permitir a avaliação do espessamento parietal.
- (D) oferecer uma melhor definição da circulação colateral.
- (E) ser factível independente da função renal.

16

Uma das indicações absolutas do implante de veia cava inferior em um episódio agudo de tromboembolismo venoso é caso de

- (A) embolia pulmonar recorrente em vigência de anticoagulação.
- (B) trombo flutuante agudo em veia ilíaca comum esquerda.
- (C) trombose venosa profunda com baixa reserva pulmonar.
- (D) trombólise ou trombectomia mecânica de veia cava inferior.
- (E) Paciente submetido à cirurgia bariátrica (técnica *sleeve*).

17

No tratamento invasivo de veia safena magna, a seguinte técnica apresenta maior taxa de recanalização a longo prazo:

- (A) termoablação com laser endovenoso.
- (B) espuma densa ecoguiada por ultrassom.
- (C) cirurgia convencional (*stripping*).
- (D) radiofrequência com tumefação.
- (E) ablação mecânico-química seletiva.

18

Paciente de 65 anos de idade, sexo masculino, ex-tabagista, portador de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* tipo II, procura o cirurgião vascular com queixa de claudicação intermitente glútea direita após deambulação de aproximadamente 100 metros.

Após anamnese e exame físico, o médico comunica que o paciente tem o diagnóstico de síndrome de Leriche.

A tríade característica dessa síndrome é:

- (A) palidez, sopro aorto-ilíaco e enchimento capilar lento.
- (B) edema, frialdade e claudicação intermitente de coxa.
- (C) parestesia, dor lombar à deambulação e cianose não fixa.
- (D) cianose, diminuição de pulsos distais e palidez do membro.
- (E) claudicação glútea, ausência de pulsos e disfunção erétil.

19

Paciente internada em Unidade de Terapia Intensiva, apresenta equimose cervical após múltiplas tentativas sem sucesso de acesso venoso profundo em jugular interna.

O seguinte achado do eco Doppler cervical sugere o diagnóstico de fístula arteriovenosa:

- (A) fluxo em padrão “vai e vem” em jugular e carótida.
- (B) sinal do *yin-yang* em carótidas ao corte transversal.
- (C) dilatação fusiforme em carótida ao corte longitudinal.
- (D) presença de *flap* em camada íntima de carótida.
- (E) padrão em mosaico ao color doppler em carótida.

20

O sinal de macaroni é um achado típico observado ao modo B, nos exames de ecografia vascular, caracterizado por

- (A) duas linhas ecogênicas paralelas na parede carotídea, separadas por um relativo espaço hipoecogênico.
- (B) longo segmento de espessamento parietal em terços médio e proximal de carótida comum.
- (C) incompressibilidade arterial ao corte transverso em pelo menos dois pontos das carótidas.
- (D) tortuosidade de parede com aspecto de mola em carótida em corte transverso, com alteração de fluxo.
- (E) aspecto em colar de contas na parede arterial tipicamente em terço proximal de carótida interna.

21

Uma possível contraindicação ao tratamento endovascular da síndrome de May-Thurner é

- (A) paciente com 16 anos de idade.
- (B) histórico de trombose venosa profunda.
- (C) tromboembolismo venoso de repetição.
- (D) doença venosa crônica de membro inferior esquerdo.
- (E) linfedema tardio secundário.

22

A principal causa de oclusão arterial aguda de membro superior é:

- (A) embolia.
- (B) trombose.
- (C) trauma.
- (D) vasculite.
- (E) vasoespasmo.

23

A indicação cirúrgica de um aneurisma de artéria poplítea ocorre para evitar sua complicação mais frequente, que é a

- (A) rotura aguda.
- (B) trombose.
- (C) fístula arteriovenosa.
- (D) dissecação.
- (E) compressão.

24

A seguinte medicação deve ser suspensa antes da realização de uma angiotomografia computadorizada com contraste, devido ao risco de acidose láctica:

- (A) clopidogrel.
- (B) rivaroxabana.
- (C) metformina.
- (D) anlodipina.
- (E) gabapentina.

25

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, hígido, sem comorbidades, relata claudicação intermitente de membro inferior direito durante treinos regulares para maratona.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) endofibrose de artéria femoral superficial.
- (B) displasia fibromuscular de artéria ilíaca externa.
- (C) tromboangeíte obliterante de tronco tibiofibular.
- (D) síndrome do aprisionamento de artéria poplítea.
- (E) doença cística de artéria tibial posterior.

26

Para obtermos uma boa avaliação do risco de tromboembolismo venoso (TEV), existem diversos escores que podem auxiliar a conduta quanto à profilaxia.

Dos escores a seguir, assinale o que é utilizado para avaliação do risco de TEV em pacientes cirúrgicos.

- (A) Wells.
- (B) Padua.
- (C) Khorana.
- (D) Virchow.
- (E) Caprini.

27

Para diagnóstico e prognóstico de linfedema de membros inferiores, o melhor exame é

- (A) Linfocintilografia.
- (B) Angiotomografia.
- (C) Angiorressonância.
- (D) Ultrassonografia.
- (E) Pletismografia.

Cirurgia Vascular

28

Paciente de 70 anos apresenta úlcera plantar infectada há quatro dias. Ao exame, observa-se abscesso profundo envolvendo compartimento plantar, eritema ao redor da lesão de aproximadamente 4 cm, sem hipotensão, febre ou taquicardia.

Segundo a classificação da infecção do pé diabético, esse paciente apresenta

- (A) lesão não infectada.
- (B) infecção leve.
- (C) infecção moderada.
- (D) infecção grave.
- (E) sepse.

29

Homem de 76 anos apresenta estenose carotídea sintomática de 85%. Durante a discussão terapêutica, o cirurgião vascular explica que a angioplastia carotídea é reservada para situações específicas.

Assinale a condição que favorece a indicação de angioplastia em vez da endarterectomia.

- (A) Paciente jovem e sem comorbidades.
- (B) Lesão localizada na bifurcação carotídea de fácil acesso cirúrgico.
- (C) Pescoço previamente irradiado ou reoperado, aumentando o risco da cirurgia convencional.
- (D) Estenose inferior a 50%.
- (E) Ausência completa de sintomas neurológicos.

30

Um homem de 74 anos é submetido ao reparo endovascular de aneurisma da aorta abdominal. No primeiro exame de controle é identificada persistência de fluxo no saco aneurismático proveniente das artérias lombares, sem aumento do diâmetro do aneurisma.

Esse achado corresponde a

- (A) Endoleak tipo I.
- (B) Endoleak tipo II.
- (C) Endoleak tipo III.
- (D) Endoleak tipo IV.
- (E) Trombose completa da endoprótese.

31

Um homem de 72 anos, tabagista (60 maços/ano), hipertenso e portador de dislipidemia, é encaminhado ao ambulatório após ultrassonografia abdominal evidenciar aneurisma infra-renal da aorta abdominal medindo 5,8 cm de diâmetro máximo. O paciente encontra-se assintomático e apresenta boa capacidade funcional.

A conduta mais indicada para o caso é

- (A) seguimento ultrassonográfico anual.
- (B) tratamento clínico exclusivo com antiagregante e estatina.
- (C) indicar correção eletiva do aneurisma.
- (D) nova ultrassonografia em dois anos.
- (E) anticoagulação plena para prevenir trombose mural.

32

Durante a discussão anatômica de um aneurisma toracoabdominal, o cirurgião classifica a lesão como Crawford tipo II.

Essa classificação caracteriza aneurisma que

- (A) envolve apenas a aorta abdominal infra-renal.
- (B) compromete praticamente toda a aorta torácica descendente e grande parte da aorta abdominal, incluindo os ramos viscerais.
- (C) acomete exclusivamente o arco aórtico.
- (D) limita-se à aorta torácica ascendente.
- (E) envolve apenas as artérias ilíacas.

33

Homem de 70 anos será submetido à correção aberta de aneurisma toracoabdominal extenso.

A seguinte medida intraoperatória contribui para reduzir o risco de lesão medular:

- (A) manutenção de hipotensão arterial prolongada.
- (B) ligadura sistemática de todas as artérias intercostais.
- (C) manutenção da perfusão medular por estratégias de proteção, incluindo drenagem liquórica quando indicada.
- (D) restrição volêmica intensa.
- (E) manutenção da pressão arterial média inferior a 60 mmHg durante o clampeamento para reduzir o sangramento.

34

Um homem de 61 anos apresenta aneurisma de 2,8 cm da artéria renal, descoberto incidentalmente durante investigação de nefrolitíase. É hipertenso de difícil controle, mas apresenta função renal preservada.

Assinale a situação que representa indicação reconhecida para tratamento do aneurisma da artéria renal.

- (A) Aneurisma assintomático menor que 1 cm.
- (B) Hipertensão renovascular potencialmente relacionada ao aneurisma.
- (C) Sexo masculino isoladamente.
- (D) Tortuosidade da artéria renal associada ao aneurisma, sem estenose hemodinamicamente significativa.
- (E) Idade acima de 60 anos.

35

Um paciente de 70 anos apresenta aneurisma sacular da artéria hepática própria medindo 2,6 cm, assintomático. Após avaliação anatômica, conclui-se que existe anatomia favorável ao tratamento endovascular.

A principal vantagem da abordagem endovascular em pacientes adequadamente selecionados reside no fato de que ela

- (A) elimina completamente a necessidade de seguimento pós-operatório.
- (B) apresenta menor morbidade perioperatória e recuperação mais rápida em comparação à cirurgia aberta.
- (C) dispensa exames pré-operatórios.
- (D) pode ser realizada independentemente da anatomia arterial.
- (E) apresenta mortalidade nula.

36

Um homem de 66 anos apresenta dor súbita no membro inferior direito. Ao exame, observa-se intensa palidez, ausência de pulsos, anestesia do pé e incapacidade de movimentar os dedos. O Doppler portátil não detecta fluxo arterial distal.

Segundo a classificação clínica de Rutherford, esse membro é mais bem classificado como

- (A) membro viável (Classe I).
- (B) isquemia marginalmente ameaçada (Classe IIa).
- (C) isquemia imediatamente ameaçada (Classe IIb).
- (D) membro irreversivelmente isquêmico (Classe III).
- (E) claudicação crônica.

37

Uma mulher de 78 anos, portadora de fibrilação atrial permanente, apresenta dor súbita em membro superior esquerdo há quatro horas. O exame físico evidencia ausência dos pulsos radial e ulnar, sem história prévia de claudicação.

A etiologia mais provável da oclusão arterial é

- (A) trombose sobre placa aterosclerótica.
- (B) embolia arterial de origem cardíaca.
- (C) vasculite de grandes vasos.
- (D) compressão extrínseca da artéria.
- (E) síndrome compartimental.

38

Um homem de 68 anos foi submetido a uma ponte femoropoplíteia com veia safena devido à isquemia crítica do membro inferior. Seis horas após o procedimento, passa a apresentar dor intensa na perna, desproporcional ao exame físico inicial, piora à mobilização passiva dos dedos, edema importante e endurecimento dos compartimentos musculares.

A complicação mais provável é

- (A) trombose venosa profunda.
- (B) síndrome compartimental secundária à reperfusão.
- (C) infecção da ferida operatória.
- (D) edema muscular por reperfusão, sem aumento crítico da pressão intracompartimental.
- (E) lesão de nervo fibular comum relacionada ao posicionamento cirúrgico.

39

Durante investigação de estenose carotídea, um paciente apresenta ultrassonografia Doppler sugerindo estenose de 80%, enquanto a angiotomografia demonstra aproximadamente 60%.

Assinale a opção que apresenta a situação que explica mais frequentemente essa discordância.

- (A) Presença de fluxo turbulento elevando artificialmente as velocidades no Doppler.
- (B) Calcificações diminuindo a velocidade sistólica.
- (C) Presença de lesão carotídea longa e irregular, com dificuldade de definir o ponto de maior estreitamento na angiotomografia.
- (D) A angiotomografia sempre subestima estenoses.
- (E) Estado de alto débito cardíaco, com aumento difuso das velocidades de fluxo sem estenose crítica correspondente.

40

Paciente com insuficiência renal crônica (TFG = 24 mL/min/1,73 m²) necessita avaliação da aorta toracoabdominal para planejamento cirúrgico.

A seguinte modalidade de imagem apresenta melhor relação entre qualidade diagnóstica e segurança:

- (A) angiotomografia convencional com grande volume de contraste iodado.
- (B) arteriografia diagnóstica convencional.
- (C) ultrassonografia Doppler isoladamente.
- (D) angiorressonância, preferencialmente utilizando protocolos sem gadolínio ou com criteriosa avaliação do risco-benefício.
- (E) radiografia simples de tórax.

41

Paciente de 72 anos apresenta aneurisma justarrenal da aorta abdominal. Durante o planejamento cirúrgico, identifica-se artéria renal direita acessória originando-se diretamente do aneurisma.

Assinale a afirmativa correta para o caso.

- (A) Artérias renais acessórias são raras e podem ser ligadas sem repercussão.
- (B) Toda artéria renal acessória irriga apenas a cápsula renal.
- (C) A preservação da artéria acessória deve ser considerada quando irriga segmento significativo do rim, por tratar-se de artéria terminal.
- (D) Existe ampla circulação colateral intrarrenal que compensa sua ligadura.
- (E) A artéria acessória sempre nasce da artéria ilíaca comum.

42

Um homem de 69 anos, tabagista e hipertenso, apresenta dor em repouso no membro inferior esquerdo. A angiotomografia demonstra oclusão da artéria femoral superficial desde sua origem até o canal dos adutores, com reenchimento da artéria poplíteia acima da interlinha articular por circulação colateral.

A estrutura arterial que é a principal responsável pela manutenção dessa circulação colateral é a artéria

- (A) circunflexa ilíaca superficial.
- (B) femoral profunda, por meio de seus ramos perforantes.
- (C) epigástrica inferior.
- (D) pudenda externa.
- (E) tibial anterior.

43

Homem de 63 anos apresenta recidiva de varizes após safenectomia realizada há 12 anos. O ecodoppler demonstra refluxo em tributária residual calibrosa, sem refluxo na veia safena remanescente e sem sinais de obstrução do sistema venoso profundo.

A melhor opção terapêutica é

- (A) nova safenectomia completa.
- (B) ablação térmica endovenosa da tributária insuficiente utilizando laser ou radiofrequência.
- (C) escleroterapia ecoguiada com espuma da tributária insuficiente.
- (D) flebectomia ambulatorial isolada de todas as tributárias varicosas, independentemente do padrão de refluxo identificado ao duplex.
- (E) ligadura da perfurante insuficiente guiada apenas pelo exame físico, sem necessidade de correlação com o mapeamento duplex.

44

Homem de 42 anos, previamente hígido, apresenta edema importante, dor intensa e cianose do membro inferior esquerdo há 18 horas. O eco-Doppler venoso demonstra trombose aguda extensa envolvendo as veias femoral comum, femoral, poplíteia e ilíaca comum esquerda. A angiotomografia confirma síndrome de May-Thurner, sem sinais de embolia pulmonar. O paciente não apresenta contraindicações ao uso de trombolíticos.

A estratégia terapêutica mais adequada para reduzir a carga trombótica, preservar a função valvar e minimizar o risco de síndrome pós-trombótica é

- (A) anticoagulação isolada com heparina de baixo peso molecular, sem necessidade de intervenção endovascular.
- (B) trombólise farmacomecânica dirigida por cateter, seguida de correção da lesão obstrutiva ilíaca com angioplastia e implante de *stent*, quando indicada.
- (C) trombectomia cirúrgica venosa de rotina em todos os pacientes com trombose iliofemoral aguda.
- (D) interpor enxerto autólogo de veia safena magna sem realizar desbridamento dos segmentos arteriais lesados, reduzindo o tempo de isquemia do membro.
- (E) realizar reconstrução arterial com enxerto venoso autólogo após controle vascular, porém invertendo o enxerto apenas quando houver diferença importante entre os diâmetros proximal e distal da artéria.

45

Mulher de 58 anos, com antecedente de trombose venosa profunda iliofemoral esquerda há cinco anos, tratada com anticoagulação por seis meses, apresenta edema crônico, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e úlcera venosa de 3 cm na região maleolar medial. O ecodoppler venoso evidencia recanalização parcial do sistema venoso profundo, refluxo valvar femoropoplíteo e refluxo na veia safena magna. Não há sinais de trombose aguda.

A conduta mais apropriada para o manejo dessa paciente é

- (A) reiniciar anticoagulação plena por tempo indeterminado, pois a síndrome pós-trombótica representa recorrência da trombose venosa profunda.
- (B) indicar escleroterapia com espuma de todas as veias varicosas visíveis, sem necessidade de avaliação da fisiologia venosa demonstrada pelo eco-Doppler.
- (C) realizar ablação térmica da veia safena magna como tratamento isolado, independentemente da presença de refluxo profundo.
- (D) tratar exclusivamente com terapia compressiva, pois a presença de refluxo profundo contraindica qualquer intervenção sobre o sistema venoso superficial.
- (E) indicar compressão elástica terapêutica, tratamento local da úlcera, estímulo à deambulação e considerar correção do refluxo venoso superficial após adequada avaliação hemodinâmica.

46

Homem de 29 anos é admitido após ferimento por arma de fogo na coxa direita. Ao exame, apresenta hematoma pulsátil, ausência de pulsos distais, palidez e enchimento capilar lento do membro. Após controle proximal e distal dos vasos, identifica-se lesão com perda segmentar de aproximadamente 4 cm da artéria femoral superficial, com bordas desvitalizadas, sem possibilidade de anastomose término-terminal sem tensão. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e não há contaminação importante da ferida.

A melhor técnica de reconstrução arterial nesse cenário é

- (A) realizar anastomose término-terminal sob tensão para reduzir o tempo cirúrgico.
- (B) interpor enxerto autólogo de veia safena magna invertida após desbridamento adequado das bordas arteriais.
- (C) implantar enxerto de politetrafluoretileno (PTFE) como primeira escolha em qualquer lesão traumática arterial.
- (D) interpor enxerto autólogo de veia safena magna sem realizar desbridamento dos segmentos arteriais lesados, reduzindo o tempo de isquemia do membro.
- (E) realizar reconstrução arterial com enxerto venoso autólogo após controle vascular, porém invertendo o enxerto apenas quando houver diferença importante entre os diâmetros proximal e distal da artéria.

47

Uma mulher de 28 anos, nadadora competitiva, apresenta dor no membro superior direito, parestesias intermitentes e episódios de palidez desencadeados pela abdução do braço acima de 90°. Ao exame físico, o pulso radial desaparece durante a manobra de Adson, acompanhada de sopro supraclavicular.

O seguinte mecanismo anatômico explica mais frequentemente o desenvolvimento de aneurisma pós-estenótico da artéria subclávia nesses pacientes:

- (A) compressão da artéria subclávia entre a clavícula e o processo coracoide.
- (B) compressão da artéria axilar pelo músculo peitoral maior.
- (C) compressão crônica da artéria subclávia entre o músculo escaleno anterior e a primeira costela, produzindo lesão íntima e dilatação distal.
- (D) compressão da artéria subclávia entre a clavícula e a primeira costela no espaço costoclavicular, produzindo estenose fixa e aneurisma pós-estenótico.
- (E) compressão da artéria subclávia por uma costela cervical completa, determinando estenose segmentar e dilatação aneurismática distal ao ponto de compressão.

48

Paciente de 70 anos apresenta dor abdominal intensa de início súbito, acidose metabólica importante e lactato elevado. A angiotomografia demonstra êmbolo na origem da artéria mesentérica superior.

A seguinte característica anatômica explica a elevada frequência de embolização nessa localização:

- (A) a artéria mesentérica superior nasce da face posterior da aorta.
- (B) a artéria mesentérica superior apresenta menor fluxo sanguíneo que o tronco celíaco.
- (C) a artéria mesentérica superior apresenta maior comprimento e trajeto mais tortuoso que favorecem a retenção de êmbolos.
- (D) a artéria mesentérica inferior possui maior calibre.
- (E) a origem da artéria mesentérica superior forma pequeno ângulo com a aorta abdominal, favorecendo a impactação de êmbolos provenientes do coração.

49

Um homem de 72 anos apresenta claudicação intermitente na panturrilha esquerda. Ao ecocolor Doppler, observa-se aumento da velocidade de pico sistólico (VPS) de 145 cm/s proximalmente para 390 cm/s em um segmento da artéria femoral superficial, associado a turbulência distal.

O grau mais provável da estenose é

- (A) menor que 30%.
- (B) entre 30 e 49%.
- (C) entre 50 e 69%.
- (D) Maior que 70%.
- (E) entre 70 e 99%, porém sem repercussão hemodinâmica significativa.

50

Durante estudo Doppler de uma fístula arteriovenosa para hemodiálise observa-se fluxo de 180 mL/min.

A interpretação mais adequada desse resultado é de

- (A) fluxo normal.
- (B) fluxo elevado.
- (C) fluxo insuficiente para adequada hemodiálise.
- (D) sugestão de hiperfluxo.
- (E) incompatível com fístula funcionante.

51

Um homem de 62 anos, hipertenso e tabagista, procura o pronto-socorro com dor torácica súbita, intensa, de característica lancinante, irradiando para a região interescapular. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 190/110 mmHg no braço direito e 150/90 mmHg no braço esquerdo, além de pulso radial esquerdo diminuído. A angiotomografia demonstra dissecação iniciando-se na aorta ascendente e estendendo-se até a aorta abdominal, sem sinais de ruptura.

Segundo a classificação de Stanford, o diagnóstico e a conduta inicial mais adequadas são, respectivamente,

- (A) dissecação tipo B e tratamento exclusivamente clínico.
- (B) dissecação tipo A e correção cirúrgica de urgência associada ao controle rigoroso da frequência cardíaca e da pressão arterial.
- (C) dissecação tipo B complicada e tratamento endovascular imediato.
- (D) dissecação tipo A com trombose parcial do falso lúmen e tratamento clínico inicial exclusivo por ausência de sinais de ruptura.
- (E) dissecação tipo A com malperfusão de ramos arteriais e tratamento endovascular da aorta descendente como primeira etapa terapêutica.

52

Durante a análise de uma angiotomografia de paciente com dissecação aguda da aorta torácica, o radiologista identifica um falso lúmen de maior calibre que a luz verdadeira, com sinal do “bico” (*beak sign*) e enchimento mais tardio pelo contraste.

Assinale a opção que interpreta corretamente o caso.

- (A) A luz verdadeira geralmente apresenta continuidade com os ramos viscerais e maior velocidade de enchimento pelo contraste.
- (B) O falso lúmen geralmente apresenta maior calibre, enchimento mais lento e sinais característicos como o “*beak sign*”.
- (C) O falso lúmen sempre está completamente trombosado na fase aguda.
- (D) A luz verdadeira costuma apresentar menor calibre por compressão do falso lúmen e origina a maioria dos ramos arteriais, porém o “*beak sign*” é característico da luz verdadeira.
- (E) O “*beak sign*” identifica hematoma intramural.

53

Homem de 70 anos apresenta dor intensa na mão após confecção de fístula braquiocefálica.

Ao exame físico, observa-se palidez dos dedos, enchimento capilar lento e melhora imediata da perfusão quando a fístula é comprimida manualmente.

O diagnóstico mais provável é

- (A) estenose venosa da fístula arteriovenosa.
- (B) síndrome da hipertensão venosa do acesso.
- (C) síndrome do roubo arterial (Dialysis Access Steal Syndrome).
- (D) isquemia neuropática monomélica (Monomelic Ischemic Neuropathy – MIN).
- (E) doença arterial obstrutiva distal associada à fístula arteriovenosa, com hipoperfusão da mão agravada pela redução da reserva circulatória.

54

Um homem de 68 anos, tabagista (60 maços-ano), diabético e hipertenso, refere dor em panturrilha direita ao caminhar cerca de 150 metros, com alívio completo após dois minutos de repouso. Nega dor em repouso ou sintomas neurológicos. Ao exame físico, observa-se ausência do pulso pedioso direito, pulso tibial posterior diminuído, pele fria e rarefação de pelos na perna direita.

O elemento da anamnese mais importante para diferenciar claudicação arterial de pseudoclaudicação neurogênica é

- (A) a distância fixa e reproduzível para o aparecimento da dor durante a marcha.
- (B) o alívio da dor após interrupção do exercício, independentemente da posição corporal.
- (C) o predomínio da dor na musculatura da panturrilha.
- (D) a presença de fatores de risco ateroscleróticos, como tabagismo e diabetes mellitus.
- (E) a ausência de alívio da dor ao inclinar o tronco para frente durante a marcha.

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

55

Paciente de 45 anos apresenta massa palpável indolor na região cervical lateral direita, de crescimento lento ao longo do último ano. Foi realizada angiotomografia do pescoço, que evidenciou formação expansiva bem delimitada na bifurcação carotídea, com intenso realce após a administração do meio de contraste e rechaçamento das artérias carótidas interna e externa.

A investigação foi complementada com ressonância magnética, que demonstrou hipossinal em T1, hipersinal em T2 e múltiplos focos de ausência de sinal relacionados ao alto fluxo vascular, conferindo à lesão o clássico aspecto de “sal e pimenta”.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lipoma cervical.
- (B) Schwannoma vagal.
- (C) paraganglioma vagal.
- (D) paraganglioma do corpo carotídeo.
- (E) schwannoma da cadeia simpática cervical.

56

Mulher de 24 anos apresenta dor em flanco esquerdo há cerca de oito meses. A ultrassonografia de abdome com Doppler evidencia dilatação da veia renal esquerda, com afilamento abrupto na topografia entre a aorta e a artéria mesentérica superior, associado a aumento da velocidade do fluxo nesse segmento e redução do ângulo entre esses vasos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) nefropatia por IgA.
- (B) displasia fibromuscular.
- (C) síndrome de congestão pélvica.
- (D) síndrome do quebra-nozes.
- (E) compressão da junção ureteropélvica.

57

Paciente do sexo feminino, 78 anos, apresenta náuseas, vômitos e dor epigástrica há 5 dias. A ultrassonografia de abdome superior demonstra esteatose hepática leve, e a vesícula biliar não é adequadamente avaliada devido à contração. Na tomografia computadorizada, observa-se importante distensão gástrica com colapso das alças delgadas, secundária a cálculo hiperdenso e laminado de 3,5 cm impactado na transição piloroduodenal. Observam-se ainda pneumobilia, aerobilia envolvendo a vesícula biliar e vias biliares e fístula colecistoduodenal, sem evidência de espessamento parietal ou lesão expansiva do estômago, duodeno ou pâncreas.

Diante desse quadro, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) GIST gástrico.
- (B) Colangite aguda.
- (C) Síndrome de Bouveret.
- (D) Estenose péptica pilórica.
- (E) Adenocarcinoma pancreático.

58

Extravasamento de meio de contraste ocorre quando há infiltração do agente para os tecidos adjacentes após uma infusão intravenosa, podendo causar lesão local.

Considerando os fatores de risco para extravasamento de meio de contraste, assinale a afirmativa correta.

- (A) Contrastes de maior viscosidade apresentam menor risco de extravasamento.
- (B) Alterações venosas ou linfáticas do membro não interferem no risco de extravasamento.
- (C) Pacientes jovens apresentam maior risco de extravasamento devido à maior velocidade de infusão.
- (D) O uso de bomba injetora automática pode aumentar o risco de extravasamento, especialmente em acessos venosos inadequados.
- (E) A utilização de acessos venosos calibrosos e proximais aumenta o risco de extravasamento em comparação aos acessos distais.

59

Homem de 49 anos apresenta cefaleia holocraniana de evolução progressiva e redução da acuidade visual. A ressonância magnética evidencia formação expansiva sólida centrada na sela túrcica, associada ao alargamento da cavidade selar e à extensão supraselar. A lesão apresenta constrição ao atravessar o diafragma selar e realce heterogêneo após a administração do meio de contraste.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Macroadenoma hipofisário.
- (B) Aneurisma da artéria comunicante anterior.
- (C) Meningioma.
- (D) Craniofaringioma.
- (E) Cisto da bolsa de Rathke.

60

Homem de 25 anos apresenta tosse seca e mal-estar há cerca de uma semana, com eosinofilia periférica isolada nos exames laboratoriais. A radiografia de tórax mostra opacidades alveolares mal definidas, bilaterais e não segmentares. Foi mantido apenas tratamento sintomático e, diante da persistência das queixas, realizou-se nova radiografia dez dias depois, que revelou resolução das opacidades iniciais e surgimento de novos focos em outros segmentos pulmonares.

Considerando os achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Pneumonia bacteriana.
- (B) Pneumonia em organização.
- (C) Pneumonia eosinofílica aguda.
- (D) Pneumonia eosinofílica crônica.
- (E) Pneumonia eosinofílica simples.

61

Após entorse do joelho, a radiografia demonstra pequeno fragmento ósseo avulsionado da margem anterolateral do platô tibial.

Esse achado constitui sinal indireto de ruptura do

- (A) ligamento colateral fibular.
- (B) ligamento colateral tibial.
- (C) ligamento cruzado anterior.
- (D) ligamento cruzado posterior.
- (E) ligamento patelofemoral medial.

62

Tenista relata dor persistente na face lateral do cotovelo dominante há dois meses. A ultrassonografia do cotovelo demonstra espessamento e hipoeogenicidade da origem do tendão extensor comum no epicôndilo lateral, associados à desorganização do padrão fibrilar, sem sinais de rotura completa.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome do túnel cubital.
- (B) Lesão do ligamento colateral ulnar.
- (C) Entesopatia do tendão distal do bíceps.
- (D) Epicondilite medial.
- (E) Epicondilite lateral.

63

Na radiografia de tórax, a avaliação da área cardíaca, da distribuição vascular pulmonar e das alterações pleuropulmonares pode auxiliar na diferenciação entre o edema pulmonar cardiogênico e o não cardiogênico.

Acerca dos achados radiográficos, assinale a afirmativa correta.

- (A) As linhas B de Kerley favorecem a origem não cardiogênica do edema.
- (B) O derrame pleural bilateral é mais frequente no edema não cardiogênico.
- (C) O padrão alveolar em “asa de morcego”, associado à cardiomegalia, favorece a origem não cardiogênica.
- (D) A associação entre cardiomegalia, cefalização vascular e derrames pleurais favorece a origem cardiogênica do edema.
- (E) Opacidades pulmonares periféricas e heterogêneas, com preservação da área cardíaca, são mais características do edema cardiogênico.

64

Homem de 74 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e tabagista, procura o pronto-socorro por dor torácica súbita e intensa, irradiada para o dorso. O eletrocardiograma não apresenta alterações isquêmicas agudas, e a dosagem inicial de troponina é normal. A angiotomografia da aorta torácica demonstra ateromatose acentuada da aorta descendente e pequena projeção focal preenchida pelo meio de contraste, que se estende da luz para o interior da parede aórtica, em continuidade com uma placa aterosclerótica. Não há *flap* intimal nem formação de dupla luz.

Considerando os achados descritos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Dissecção aórtica.
- (B) Aneurisma sacular.
- (C) Hematoma intramural.
- (D) Pseudoaneurisma aórtico.
- (E) Úlcera aterosclerótica penetrante.

65

Paciente de 52 anos apresenta infecção odontogênica com origem no segundo molar inferior direito, evolui com febre, odinofagia, disfagia e rápido aumento do volume cervical. Ao exame, observa-se endurecimento bilateral da região submandibular, elevação do assoalho da boca e desconforto respiratório. A tomografia computadorizada do pescoço com contraste demonstra densificação da gordura nos espaços sublinguais e submandibulares, bilateralmente, e no espaço submentoniano, associada a espessamento dos planos fasciais e estreitamento da via aérea orofaríngea, sem coleção organizada.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Abscesso peritonsilar.
- (B) Abscesso retrofaríngeo.
- (C) Sialadenite submandibular.
- (D) Epiglote.
- (E) Angina de Ludwig.

66

A coalizão tarsal é uma malformação congênita caracterizada pela união anormal entre dois ou mais ossos do tarso. O radiologista deve estar capacitado a reconhecê-la devido à sua relevância clínica e à possível limitação da mobilidade das articulações envolvidas.

Sobre essa entidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) Pode ser constituída por tecido ósseo, cartilaginoso ou fibroso.
- (B) Quando sintomática, manifesta-se geralmente na quarta década de vida.
- (C) Acomete cerca de 30% da população, sendo frequentemente um achado incidental.
- (D) É bilateral em aproximadamente 5% dos casos, com predomínio no membro não dominante.
- (E) A forma mais comum corresponde à fusão entre o primeiro, o segundo e o terceiro metatarsos.

67

Criança de 6 anos apresenta distensão abdominal progressiva e hepatoesplenomegalia ao exame físico. Exames laboratoriais evidenciam anemia e trombocitopenia. Durante a investigação, a criança refere dor óssea em membros inferiores, sendo realizadas radiografias dos ossos longos, que demonstram alargamento metafisário com aspecto em “frasco de Erlenmeyer”. A investigação foi complementada com ressonância magnética, que evidencia hipossinal difuso da medula óssea em T1, compatível com infiltração medular, associado a osteonecrose bilateral das cabeças femorais. Não são observadas linfonodomegalias ou massas paraespinais.

Diante dos achados clínicos, laboratoriais e de imagem, o diagnóstico mais provável é

- (A) talassemia major.
- (B) osteopetrose.
- (C) leucemia linfoblástica aguda.
- (D) doença de Gaucher.
- (E) histiocitose de células de Langerhans.

68

Mulher realiza ultrassonografia de mamas e axilas para rastreamento, que evidencia linfonodo de aspecto atípico localizado profundamente ao músculo peitoral menor, entre suas bordas lateral e medial à esquerda.

Considerando a classificação de Berg, a localização desse linfonodo corresponde ao nível

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

69

Homem de 65 anos, diagnosticado com adenocarcinoma de reto, realiza ressonância magnética da pelve para estadiamento. Observa-se lesão infiltrativa no reto médio, com sinal intermediário em T2, infiltrando a parede retal até a muscular própria, cujo contorno hipointenso apresenta ruptura focal, com extensão tumoral extramural espiculada de cerca de 7 mm para a gordura mesorretal adjacente. A fáscia mesorretal permanece livre, sem sinais de invasão da reflexão peritoneal, bexiga, próstata ou demais órgãos adjacentes.

O estadiamento T da classificação TNM é

- (A) T1.
- (B) T2.
- (C) T3.
- (D) T4a.
- (E) T4b.

70

Homem de 22 anos procura atendimento por episódios recorrentes de sangramento retal. A colonoscopia demonstra inúmeros pólipos adenomatosos distribuídos por todo o cólon. Ao exame físico, observam-se nódulos endurecidos no couro cabeludo, levantando a suspeita de lesões ósseas, sendo realizada tomografia computadorizada de crânio, que evidencia múltiplos osteomas na calvária e na mandíbula.

Considerando a associação entre os achados clínicos e de imagem, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome de Lynch.
- (B) Síndrome de Turcot.
- (C) Síndrome de Gardner.
- (D) Síndrome de Cowden.
- (E) Síndrome de Peutz-Jeghers.

71

Mulher de 35 anos apresenta dismenorreia, dispareunia profunda e dor à evacuação. Exames laboratoriais demonstram discreta elevação do marcador CA-125. A ressonância magnética da pelve evidencia obliteração do fundo de saco posterior, nódulos espiculados de baixo sinal em T2 no septo retovaginal, nos ligamentos uterossacros e na parede anterior do retossigmoide, contendo focos puntiformes de hipersinal em T1.

O diagnóstico mais provável é

- (A) carcinoma urotelial da bexiga.
- (B) endometriose profunda infiltrativa.
- (C) adenocarcinoma do retossigmoide.
- (D) carcinoma epidermoide do colo do útero.
- (E) carcinoma endometrial do tipo endometriode.

72

Mulher de 71 anos realiza ultrassonografia de abdome e pelve, que demonstra ascite volumosa e derrame pleural à direita. A ultrassonografia transvaginal evidencia massa ovariana sólida unilateral, bem delimitada, hipoeoica e com baixa vascularização ao Doppler colorido. Exames laboratoriais mostram elevação do CA-125. Diante da possibilidade de neoplasia ovariana maligna, a paciente é submetida à laparotomia exploradora com ressecção da lesão.

Após o procedimento, ocorre resolução da ascite e do derrame pleural, sem necessidade de tratamento oncológico adicional.

Considerando os achados apresentados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Endometrioma.
- (B) Struma ovarii.
- (C) Síndrome de Meigs.
- (D) Tumor de Krukenberg.
- (E) Carcinoma de ovário com carcinomatose peritoneal.

73

Mulher de 28 anos, longilínea, com dor epigástrica crônica pós-prandial, associada à perda ponderal de 6 kg. Refere piora da dor durante a expiração e alívio durante a inspiração. A ultrassonografia Doppler do tronco celíaco demonstra velocidade de pico sistólico de 260 cm/s na expiração, com redução significativa durante a inspiração.

O diagnóstico mais provável é

- (A) pancreatite crônica.
- (B) aneurisma da artéria esplênica.
- (C) síndrome da artéria mesentérica superior.
- (D) isquemia mesentérica crônica aterosclerótica.
- (E) síndrome da compressão do ligamento arqueado mediano.

74

Homem de 62 anos, tabagista, com antecedente de doença arterial coronariana, apresenta tontura e turvação visual desencadeadas pelo uso repetitivo do membro superior esquerdo. Ao exame, observa-se redução do pulso radial esquerdo e sopro supraclavicular ipsilateral. Realizou ultrassonografia Doppler das artérias carótidas e vertebrais, que demonstra fluxo retrógrado completo na artéria vertebral esquerda.

Assinale a opção que descreve corretamente o mecanismo fisiopatológico envolvido.

- (A) Compressão da veia subclávia no desfiladeiro torácico, com redução do retorno venoso e congestão do membro superior.
- (B) Arterite de grandes vasos, com acometimento da aorta e seus principais ramos, levando a estenoses arteriais múltiplas.
- (C) Estenose ou oclusão da artéria subclávia proximal à origem da vertebral, com inversão do fluxo vertebral ipsilateral para suprir o membro superior.
- (D) Estenose da artéria carótida interna extracraniana, com redução da perfusão cerebral hemisférica e sintomas neurológicos focais transitórios.
- (E) Compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano, com redução do fluxo arterial mesentérico e dor abdominal pós-prandial.

75

Durante uma sequência gradiente-eco em ressonância magnética, são observadas bandas curvas alternadas de hipersinal e hipossinal na periferia da imagem, com aspecto semelhante a um padrão "zebrado". O achado está relacionado à combinação entre inomogeneidade do campo magnético e sobreposição de sinais de diferentes fases.

Assinale o artefato que melhor representa a descrição do caso.

- (A) Zíper.
- (B) Flow void.
- (C) Suscetibilidade.
- (D) Volume parcial.
- (E) Franjas de Moiré.

76

Paciente com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico agudo é submetido à tomografia computadorizada do crânio sem contraste. O exame demonstra sinais precoces de isquemia no território da artéria cerebral média, envolvendo o núcleo caudado, o putâmen, o globo pálido e a cápsula interna, sem alterações na ínsula nem nas regiões corticais M1 a M6.

De acordo com o Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS), a pontuação obtida foi

- (A) 5.
- (B) 6.
- (C) 7.
- (D) 8.
- (E) 9.

77

Mulher de 38 anos procura ortopedista por dor progressiva na face radial do punho direito, sem relato de trauma. A radiografia inicial evidencia discreto aumento da densidade óssea no polo proximal do escafoide, sem linha de fratura ou colapso. Diante da persistência dos sintomas e do achado radiográfico inespecífico, é realizada ressonância magnética, que mostra hipossinal do escafoide nas imagens ponderadas em T1, mais acentuado no polo proximal, associado à redução do realce pós-contraste nessa região.

Diante desses achados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Doença de Preiser.
- (B) Doença de Panner.
- (C) Doença de Köhler.
- (D) Doença de Freiberg.
- (E) Doença de Kienböck.

78

Lactente de seis semanas apresenta vômitos persistentes, diarreia e importante déficit de ganho ponderal desde o nascimento, associados a hepatoesplenomegalia à palpação. A ultrassonografia de abdome mostra hepatoesplenomegalia e adrenais bilateralmente aumentadas. Devido a persistência clínica e alteração ultrassonográficas, a investigação é complementada com tomografia computadorizada do abdome, que revela adrenais bilateralmente aumentadas, com contorno preservado e calcificações puntiformes difusas, além de hepatomegalia com redução da atenuação hepática e esplenomegalia, sem massa focal ou linfonodomegalias retroperitoneais.

Diante desse quadro, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Doença de Wolman.
- (B) Neuroblastoma adrenal bilateral.
- (C) Doença de Niemann-Pick tipo A.
- (D) Hemorragia adrenal neonatal bilateral.
- (E) Infecção congênita por citomegalovírus.

79

Adolescente de 17 anos é encaminhado ao ortopedista por dor lombar crônica, sem história de trauma. As radiografias da coluna mostram aumento difuso e simétrico da densidade óssea, com bandas escleróticas paralelas às placas terminais dos corpos vertebrais. Na radiografia da pelve, observam-se imagens concêntricas de osso dentro do osso nos ilíacos.

Com base nesses achados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Osteopetrose.
- (B) Osteopoiquiose.
- (C) Doença de Paget.
- (D) Fluorose esquelética.
- (E) Displasia diafisária progressiva.

80

A ultrassonografia com Doppler é um método de imagem valioso na avaliação da tireoide, capaz de identificar nódulos e auxiliar na diferenciação das causas de tireotoxicose, sendo particularmente útil quando a captação de iodo radioativo apresenta interpretação limitada.

Sobre os achados ultrassonográficos e Doppler da tireoide, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na doença de Graves, o Doppler costuma demonstrar redução difusa da vascularização intraparenquimatosa.
- (B) Na tireotoxicose induzida por amiodarona tipo II, a tireoide geralmente não apresenta doença estrutural preexistente.
- (C) Somente a velocidade sistólica de pico da artéria tireoidiana superior permite diferenciar as causas de tireotoxicose.
- (D) No bócio multinodular tóxico, o padrão de vascularização ao Doppler é tipicamente difuso e uniforme, semelhante ao observado na doença de Graves.
- (E) Na fase aguda da tireoidite de De Quervain, as áreas hipoeoicas geográficas e mal definidas apresentam aumento acentuado da vascularização ao Doppler.

Realização

