

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO
**GASTROENTEROLOGIA
PEDIÁTRICA**

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!

Gastroenterologia

1

Paciente de 36 anos, sexo feminino, com antecedente de transtorno de ansiedade generalizada, refere pirose e dor retroesternal “em queimação” há cerca de três anos, com melhora parcial ao uso de inibidores da bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta não evidenciou alterações. Foi submetida à pHmetria esofágica de 24 horas associada à impedanciometria, realizada sem uso de IBP, com os seguintes resultados:

- Tempo de exposição ácida: 2,8%.
- Número total de episódios de refluxo: 42.
- Índice de sintomas: 75%.
- Probabilidade de associação de sintomas: 99%.

O diagnóstico e a conduta mais adequados são:

- (A) doença do refluxo gastroesofágico não erosiva, devendo ser indicada funduplicatura videolaparoscópica.
- (B) doença do refluxo gastroesofágico com exposição ácida patológica, devendo ser otimizada a terapia com inibidor da bomba de prótons.
- (C) hipersensibilidade esofágica, devendo ser instituído tratamento com neuromoduladores da dor visceral e medidas comportamentais.
- (D) azia funcional, sendo indicado suspender o tratamento medicamentoso e tranquilizar a paciente.
- (E) dispepsia funcional, devendo ser iniciado tratamento para *Helicobacter pylori*.

2

Paciente de 63 anos, sexo masculino, tabagista (45 maços-ano) e etilista crônico, procura atendimento por disfagia progressiva há cinco meses, inicialmente para sólidos e, nas últimas semanas, também para líquidos. Refere perda ponderal de 14 kg e odinofagia ocasional. A endoscopia digestiva alta evidenciou lesão vegetante estenosante no terço médio do esôfago. As biópsias confirmaram carcinoma epidermoide do esôfago. A tomografia computadorizada de tórax e abdome não demonstrou metástases à distância.

O exame mais indicado para o estadiamento locorregional desse paciente é

- (A) nova endoscopia digestiva alta com múltiplas biópsias.
- (B) esofagograma contrastado.
- (C) ultrassonografia endoscópica (ecoendoscopia).
- (D) broncoscopia.
- (E) PET-CT.

3

Paciente de 29 anos, sexo masculino, refere pirose e regurgitação há seis anos, com melhora importante durante o uso de inibidor da bomba de prótons, porém recidiva completa dos sintomas quando tenta suspender a medicação. É previamente hígido, sem comorbidades e manifesta desejo de interromper o tratamento medicamentoso contínuo.

A endoscopia digestiva alta evidencia esofagite erosiva Los Angeles grau C e pequena hérnia hiatal por deslizamento. A manometria esofágica demonstra motilidade preservada e a pHmetria esofágica de 24 horas confirma exposição ácida patológica.

Diante desse quadro, a conduta mais adequada é

- (A) manter inibidor da bomba de prótons em dose plena por tempo indeterminado, pois a cirurgia não apresenta benefício em pacientes jovens.
- (B) indicar funduplicatura laparoscópica, pois o paciente apresenta evidência objetiva de doença do refluxo gastroesofágico e é um bom candidato ao tratamento cirúrgico.
- (C) indicar ablação por radiofrequência da junção esofagogástrica como tratamento de primeira linha.
- (D) suspender o inibidor da bomba de prótons e iniciar neuromodulador, pois o quadro é compatível com hipersensibilidade esofágica.
- (E) indicar dilatação pneumática do esfíncter inferior do esôfago.

4

Paciente de 69 anos, sexo feminino, portadora de doença arterial coronariana, foi submetida à angioplastia coronariana com implante de *stent* farmacológico há quatro meses e encontra-se em uso de Clopidogrel e Ácido Acetilsalicílico. Evolui com sintomas dispépticos e apresenta indicação de terapia contínua com inibidor da bomba de prótons (IBP).

O IBP mais apropriado para essa paciente é

- (A) Omeprazol.
- (B) Esomeprazol.
- (C) Lansoprazol.
- (D) Pantoprazol.
- (E) Rabeprazol.

5

Paciente de 42 anos, sexo feminino, foi submetida à gastrectomia vertical laparoscópica por obesidade mórbida. No 8º dia de pós-operatório, evoluiu com febre, taquicardia e dor abdominal. A tomografia computadorizada evidenciou coleção perigástrica. A endoscopia digestiva alta identificou deiscência de aproximadamente 18 mm na linha de grampeamento proximal. À progressão do aparelho através do defeito, observou-se cavidade extraluminal de cerca de 5 cm, contendo tecido de granulação e pequena quantidade de secreção purulenta.

A conduta mais adequada para essa paciente é

- (A) manter tratamento conservador com jejum, antibioticoterapia e acompanhamento clínico.
- (B) realizar fechamento da deiscência com hemoclipes convencionais.
- (C) implantar prótese metálica totalmente revestida para exclusão da fístula.
- (D) instituir terapia endoscópica por pressão negativa.
- (E) indicar reabordagem cirúrgica imediata para fechamento da deiscência para totalização de gastrectomia.

6

Paciente de 67 anos, sexo masculino, refere disfagia progressiva para sólidos e líquidos há mais de 20 anos, associada à regurgitação frequente de alimentos não digeridos, episódios recorrentes de broncoaspiração e perda ponderal de 14 kg. A endoscopia digestiva alta evidenciou grande retenção de resíduos alimentares no esôfago, sem lesões neoplásicas. A manometria esofágica confirmou acalásia. O esofagograma contrastado demonstrou esôfago com aproximadamente 11 cm de diâmetro, alongamento importante, tortuosidade do órgão (dolicoesôfago) e afilamento distal em “bico de pássaro”.

Considerando a classificação de Mascarenhas e as recomendações atuais, a conduta mais adequada para esse paciente é

- (A) dilatação pneumática endoscópica seriada.
- (B) injeção de toxina botulínica no esfíncter inferior do esôfago.
- (C) miotomia de Heller por videolaparoscopia associada à funduplicatura parcial.
- (D) esofagectomia com reconstrução do trânsito digestivo.
- (E) tratamento clínico com Nifedipina e nitratos.

7

Paciente de 58 anos, sexo masculino, foi submetido à hemicolectomia direita laparoscópica com anastomose primária (íleo-transversoanastomose). Evoluiu progressivamente com distensão abdominal, flatulência excessiva, diarreia aquosa crônica e perda ponderal de 6 kg. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia macrocítica, com vitamina B12 reduzida. A colonoscopia de controle e a tomografia computadorizada de abdome não demonstraram sinais de recorrência neoplásica.

A hipótese diagnóstica mais provável para o quadro e o tratamento de primeira escolha são:

- (A) má absorção por deficiência de vitamina B12, devendo ser realizada apenas reposição parenteral de Cobalamina.
- (B) diarreia por má absorção de sais biliares, sendo a Colestiramina o tratamento de escolha.
- (C) supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO), devendo ser instituída antibioticoterapia, preferencialmente com Rifaximina.
- (D) síndrome do intestino curto, sendo indicada nutrição parenteral prolongada.
- (E) recidiva tumoral, devendo ser iniciada quimioterapia sistêmica.

8

Paciente de 48 anos, previamente hígido, procura atendimento por distensão abdominal e alteração do hábito intestinal após diversos ciclos de antibioticoterapia de amplo espectro nos últimos seis meses. Durante a consulta, discute-se o papel fisiológico da microbiota intestinal na manutenção da homeostase gastrointestinal.

Em relação à microbiota intestinal, assinale a afirmativa correta.

- (A) A microbiota aumenta fisiologicamente a permeabilidade intestinal, favorecendo a absorção de macromoléculas.
- (B) O butirato é o principal ácido graxo de cadeia curta utilizado como fonte energética pelos colonócitos.
- (C) A principal função metabólica da microbiota é a síntese de vitamina B12 absorvida no cólon.
- (D) A microbiota não exerce influência sobre a resposta imunológica da mucosa intestinal.
- (E) O lactato representa o principal metabólito energético produzido pela microbiota intestinal.

9

Após uma refeição, hormônios intestinais são liberados e participam da regulação da glicemia por meio do chamado efeito incretina.

Em relação às incretinas, assinale a afirmativa correta.

- (A) São produzidas pelas células β pancreáticas.
- (B) Inibem diretamente a secreção de insulina.
- (C) Estimulam a secreção de glucagon durante a hiperglicemia.
- (D) São resistentes à degradação pela DPP-4.
- (E) Potencializam a secreção de insulina de maneira glicose-dependente.

10

Paciente de 42 anos, sexo masculino, portador de obesidade grau II, pergunta ao gastroenterologista sobre a relação entre microbiota intestinal e obesidade.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A microbiota determina, isoladamente, o desenvolvimento da obesidade.
- (B) A disbiose não tem relação com doenças crônicas e patologias autoimunes.
- (C) A microbiota não interfere na resposta imunológica intestinal.
- (D) Os probióticos substituem as medidas dietéticas no tratamento da obesidade.
- (E) A microbiota influencia o metabolismo energético e a resposta inflamatória.

11

Paciente de 36 anos, sexo feminino, refere dor epigástrica pós-prandial há quatro anos, acompanhada de náuseas, saciedade precoce e perda ponderal de 11 kg. Relata que os sintomas pioram após refeições volumosas, motivo pelo qual passou a restringir espontaneamente a alimentação. Foi submetida à endoscopia digestiva alta, colonoscopia, cintilografia de esvaziamento gástrico, ultrassonografia abdominal e investigação laboratorial, todas sem alterações significativas. A angiotomografia abdominal evidenciou estreitamento focal da origem do tronco celíaco, com configuração em “gancho”, cuja intensidade diminui durante a inspiração profunda.

O diagnóstico mais provável é

- (A) isquemia mesentérica crônica por aterosclerose, com acometimento predominante do tronco celíaco.
- (B) compressão extrínseca do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano.
- (C) síndrome da artéria mesentérica superior por redução do ângulo aortomesentérico.
- (D) gastroparesia idiopática de provável origem neuropática.
- (E) dispepsia funcional do subtipo síndrome da dor epigástrica.

12

Paciente de 68 anos, sexo feminino, procura atendimento por fadiga progressiva, parestesias em membros inferiores e dificuldade para deambular há seis meses. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 8,9 g/dL, VCM de 114 fL, leucopenia discreta e hipersegmentação de neutrófilos. A dosagem sérica de vitamina B12 encontra-se em valor limítrofe, enquanto o ácido fólico é normal.

Com o objetivo de confirmar o diagnóstico etiológico da anemia megaloblástica, assinale o exame laboratorial que apresenta maior utilidade nessa situação.

- (A) Ferritina sérica.
- (B) Haptoglobina.
- (C) Homocisteína plasmática.
- (D) Ácido metilmalônico sérico.
- (E) Saturação de transferrina.

13

Paciente de 41 anos, sexo masculino, apresenta dor epigástrica em queimação há seis meses, com melhora após a alimentação e recorrência durante o jejum. A endoscopia digestiva alta evidenciou úlcera duodenal em atividade. A pesquisa para *Helicobacter pylori* foi positiva.

Em relação ao mecanismo fisiopatológico que explica a hipersecreção ácida observada nesses pacientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) A infecção antral reduz a atividade das células D, diminuindo a produção de somatostatina e aumentando a liberação de gastrina.
- (B) A infecção aumenta diretamente a secreção de histamina pelas células enterocromafins-símiles independentemente da gastrina.
- (C) A bactéria estimula as células parietais por meio da produção local de urease, aumentando diretamente a secreção de ácido.
- (D) A infecção promove destruição seletiva das células G, levando à hiperplasia compensatória das células parietais.
- (E) A colonização gástrica aumenta a produção de prostaglandinas, estimulando a secreção de ácido clorídrico.

14

Paciente de 67 anos, sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, fibrilação atrial, dislipidemia, doença renal crônica estágio III e miastenia gravis, em acompanhamento ambulatorial regular, procura atendimento por dispepsia. A endoscopia digestiva alta evidencia gastrite enantematosa e as biópsias confirmam infecção por *Helicobacter pylori*. Não há história prévia de tratamento erradicador.

O esquema terapêutico mais adequado para esse paciente é

- (A) inibidor da bomba de prótons, Amoxicilina e Claritromicina por 14 dias.
- (B) inibidor da bomba de prótons, Subcitrato de Bismuto, Tetraciclina e Metronidazol por 14 dias.
- (C) inibidor da bomba de prótons, Amoxicilina e Levofloxacino por 14 dias.
- (D) inibidor da bomba de prótons, Claritromicina e Metronidazol por 14 dias.
- (E) inibidor da bomba de prótons, Amoxicilina, Claritromicina e Metronidazol por 14 dias.

15

Paciente de 26 anos, previamente hígido, apresenta diarreia aquosa aguda há 36 horas. Sem sinais de gravidade, é orientado a manter hidratação oral. Por conta própria, passa a ingerir grandes volumes de bebida isotônica esportiva, com alto teor de carboidratos e baixa concentração de sódio em relação às soluções de reidratação oral. Após 24 horas, refere aumento do volume das evacuações e piora da sede.

Do ponto de vista bioquímico e fisiológico, assinale a opção que apresenta a melhor explicação para a piora da diarreia.

- (A) O excesso de glicose luminal bloqueia a bomba Na^+/K^+ -ATPase basolateral, impedindo a absorção de sódio.
- (B) A baixa relação sódio:glicose limita o cotransporte pelo SGLT1, deixando carboidratos osmoticamente ativos no lúmen intestinal.
- (C) O isotônico inibe o trocador Na^+/H^+ da borda em escova, aumentando a secreção ativa de bicarbonato.
- (D) A glicose das bebidas esportivas é absorvida por difusão simples, sem participação do sódio luminal.
- (E) O excesso de sódio no lúmen intestinal reduz a absorção de glicose pelo transportador GLUT2 apical.

16

Paciente de 32 anos, sexo feminino, refere constipação crônica há cerca de dois anos, caracterizada por evacuações a cada 5 a 7 dias, esforço evacuatório importante, necessidade frequente de manobras digitais e sensação persistente de evacuação incompleta. Após orientação quanto ao aumento da ingestão de fibras, hidratação adequada e prática regular de atividade física, permaneceu sintomática.

Foi submetida ao estudo do tempo de trânsito colônico, que evidenciou retenção de aproximadamente 30% dos marcadores radiopacos no compartimento pélvico no sétimo dia. A manometria anorretal demonstrou pressão de repouso preservada, reflexo inibitório retoanal presente, aumento adequado da pressão retal durante o esforço evacuatório e ausência de redução da pressão anal durante a tentativa de evacuação.

O exame complementar mais indicado para prosseguir a investigação dessa paciente é a

- (A) defecorressonância magnética.
- (B) colonoscopia com biópsias seriadas do reto.
- (C) ultrassonografia endoanal tridimensional.
- (D) repetição do estudo do tempo de trânsito colônico após dieta rica em fibras.
- (E) eletroneuromiografia dos nervos pudendos.

17

Paciente de 28 anos, sexo masculino, refere episódios recorrentes de diarreia e desconforto abdominal há aproximadamente um ano, acompanhados de distensão abdominal e melhora parcial após as evacuações. Nega sangramento digestivo, perda ponderal, febre ou despertares noturnos para evacuar. É portador de transtorno de ansiedade e doença do refluxo gastroesofágico, fazendo uso contínuo de medicação para controle dos sintomas há cerca de dois anos.

Os exames laboratoriais demonstram: hemoglobina de 14,6 g/dL, proteína C reativa de 0,2 mg/dL, albumina de 4,5 g/dL, ferritina de 132 ng/mL, vitamina B12 de 486 pg/mL e sorologia para doença celíaca negativa. A calprotectina fecal foi de 84 µg/g.

A conduta mais apropriada nesse momento é

- (A) realizar colonoscopia com ileoscopia terminal e biópsias.
- (B) solicitar enterossionância magnética do intestino delgado.
- (C) indicar cápsula endoscópica do intestino delgado.
- (D) firmar o diagnóstico de síndrome do intestino irritável.
- (E) suspender a medicação para refluxo e repetir a calprotectina fecal.

18

Paciente de 46 anos, sexo feminino, foi submetida à hemicolectomia direita com ressecção de aproximadamente 20 cm de íleo distal há três anos, por neoplasia de cólon. Desde então, evoluiu com diarreia crônica, caracterizada por quatro a seis evacuações líquidas ao dia, predominantemente após as refeições. Nega sangramento, febre ou perda ponderal.

A investigação demonstrou hemograma, proteína C reativa, albumina, função tireoidiana, elastase fecal, sorologia para doença celíaca e colonoscopia sem alterações. O teste respiratório para supercrescimento bacteriano do intestino delgado foi negativo.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) síndrome do intestino irritável com predomínio de diarreia.
- (B) supercrescimento bacteriano do intestino delgado.
- (C) diarreia por má absorção de ácidos biliares.
- (D) insuficiência pancreática exócrina.
- (E) colite microscópica.

19

Paciente de 29 anos, sexo masculino, refere diarreia crônica com esteatorreia e perda ponderal de aproximadamente 8 kg nos últimos 10 meses. Relata episódios frequentes de sinusite desde a infância e informa estar em investigação por infertilidade conjugal há cerca de dois anos, sem definição etiológica. Ao exame físico, apresenta IMC de 18,7 kg/m².

Os exames laboratoriais demonstram elastase fecal inferior a 100 µg/g, sem outras alterações relevantes. A tomografia computadorizada de abdome evidencia atrofia pancreática difusa, sem calcificações, dilatação do ducto pancreático principal ou massas pancreáticas. A ultrassonografia escrotal demonstra testículos tópicos e de volume preservado.

O exame mais apropriado para confirmar a principal hipótese diagnóstica é

- (A) a dosagem sérica de IgG4.
- (B) o teste do cloreto no suor por iontoforese com Pilocarpina.
- (C) a colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (D) a ultrassonografia endoscópica do pâncreas.
- (E) a pesquisa de elastase fecal em nova amostra.

20

Paciente de 63 anos, sexo masculino, refere perda ponderal de 12 kg nos últimos seis meses, dor abdominal inespecífica, saciedade precoce, plenitude pós-prandial e episódios recorrentes de diarreia. Os exames laboratoriais demonstram glicemia de jejum de 186 mg/dL, hemoglobina glicada de 8,4% e dosagem sérica de somatostatina marcadamente elevada.

A tomografia computadorizada evidencia massa sólida de 4,2 cm na cabeça do pâncreas. A ultrassonografia abdominal demonstra múltiplos cálculos na vesícula biliar, sem sinais de colecistite.

O seguinte mecanismo fisiopatológico explica, mais provavelmente, a formação da colelitíase nesse paciente:

- (A) hipersecreção hepática de colesterol induzida pela hiperglicemia crônica.
- (B) aumento da circulação êntero-hepática dos sais biliares, favorecendo supersaturação da bile.
- (C) redução da absorção ileal de sais biliares secundária à diarreia crônica.
- (D) inibição da liberação de colecistocinina, levando à hipomotilidade da vesícula biliar e estase da bile.
- (E) estímulo direto da secreção de mucina pelo epitélio biliar induzido pela somatostatina.

21

Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura atendimento por desconforto leve em hipocôndrio direito, sem relação com alimentação. Nega perda ponderal, febre, etilismo, hepatopatias, uso de anticoncepcionais hormonais ou outras medicações de uso contínuo. Os exames laboratoriais, incluindo provas de função hepática, alfafetoproteína e sorologias para hepatites virais, encontram-se dentro da normalidade.

A ressonância magnética de abdome evidencia lesão hepática única de 3,2 cm, bem delimitada, hiperintensa em T2, com realce nodular periférico na fase arterial e preenchimento centrípeto progressivo nas fases tardias, sem restrição à difusão.

A conduta mais apropriada é

- (A) a hepatectomia segmentar eletiva.
- (B) a biópsia hepática percutânea guiada por imagem.
- (C) a ablação percutânea por radiofrequência.
- (D) a embolização arterial seletiva da lesão.
- (E) o acompanhamento clínico-radiológico.

22

Paciente de 26 anos, sexo feminino, refere diarreia crônica, distensão abdominal, anemia ferropriva recorrente e perda ponderal de 5 kg nos últimos seis meses.

Diante da suspeita de doença celíaca, foi solicitada sorologia, que evidenciou anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA negativo, associado à deficiência seletiva de IgA.

O próximo passo mais apropriado na investigação sorológica é

- (A) realizar anticorpo anti-endomísio IgA.
- (B) repetir o anti-transglutaminase IgA após três meses.
- (C) realizar anticorpo anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA).
- (D) realizar biópsias duodenais, independentemente de novos exames.
- (E) realizar anticorpo contra peptídeos de gliadina deamidada da classe IgG.

23

Paciente de 21 anos, sexo masculino, procura atendimento por tremores, alterações de comportamento e fadiga progressiva há aproximadamente um ano. Refere discreta dificuldade para escrever e piora do desempenho acadêmico. Ao exame físico, apresenta hepatomegalia discreta. Os exames laboratoriais evidenciam AST de 124 U/L, ALT de 118 U/L, bilirrubina total de 2,1 mg/dL e ceruloplasmina sérica de 10 mg/dL (valor de referência: 20–40 mg/dL). O exame oftalmológico demonstra anéis acastanhados na periferia da córnea.

O exame mais apropriado para confirmar a principal hipótese diagnóstica é a

- (A) dosagem sérica de alfa-1 antitripsina.
- (B) biópsia hepática com coloração pelo Azul da Prússia.
- (C) dosagem de cobre urinário em 24 horas.
- (D) saturação de transferrina.
- (E) dosagem sérica de ferritina.

24

Paciente de 32 anos, sexo masculino, apresenta doença de Crohn ileocolônica moderada a grave, com atividade inflamatória persistente apesar do uso de corticosteroides. Refere artralgia inflamatória e episódios recorrentes de eritema nodoso. Durante a consulta, informa que sua mãe e uma irmã são portadoras de esclerose múltipla. A colonoscopia evidencia úlceras profundas em íleo distal e cólon direito, e a ressonância demonstra atividade inflamatória sem estenoses ou fístulas.

Considerando o perfil clínico do paciente, a terapia biológica mais apropriada é

- (A) Infliximabe.
- (B) Adalimumabe.
- (C) Certolizumabe pegol.
- (D) Guselcumabe.
- (E) Vedolizumabe.

25

Paciente de 34 anos, sexo masculino, portador de doença de Crohn ileocolônica, encontra-se em remissão clínica e endoscópica há dois anos em uso de Adalimumabe. Evolui com surgimento progressivo de placas eritematoescamosas em couro cabeludo, cotovelos e região palmoplantar. A avaliação dermatológica confirma psoríase paradoxal induzida por anti-TNF.

O mecanismo fisiopatológico que mais provavelmente explica essa complicação reside no fato de que

- (A) a inibição do TNF- α favorece a produção de interferon tipo I pelas células dendríticas plasmocitoides, desencadeando ativação imune cutânea.
- (B) o bloqueio do TNF- α promove hiperativação direta dos linfócitos Th2, aumentando a produção de IL-4 e IL-13.
- (C) a neutralização do TNF- α aumenta a expressão hepática de IL-6, induzindo hiperproliferação dos queratinócitos.
- (D) o adalimumabe estimula diretamente a produção de IL-17 pelos queratinócitos da epiderme.
- (E) o bloqueio do TNF- α reduz a atividade das células dendríticas, causando perda da imuno-vigilância cutânea.

26

Paciente de 39 anos, sexo feminino, portadora de doença de Crohn ileocolônica, encontra-se em remissão clínica e endoscópica há nove meses em uso de Upadacitinibe. Procura atendimento por surgimento de lesões vesiculares dolorosas, distribuídas em faixa ao longo do hemitórax direito. O diagnóstico de herpes-zóster é confirmado.

O mecanismo farmacológico que mais provavelmente explica a ocorrência desse evento adverso é

- (A) a inibição da sinalização mediada por IL-2, IL-7 e IL-15, reduzindo a expansão e a atividade dos linfócitos T.
- (B) a redução seletiva da produção de interferons tipo I pelas células dendríticas plasmocitoides.
- (C) o bloqueio da ativação das proteínas do sistema complemento pela via clássica.
- (D) a inibição da via de sinalização JAK-STAT, comprometendo a resposta imune mediada por interferons.
- (E) a redução da expressão das moléculas do MHC classe I pelas células infectadas.

27

Paciente de 64 anos, sexo masculino, é internado após perda ponderal de 18 kg nos últimos quatro meses, secundária a neoplasia avançada do trato gastrointestinal. Após cinco dias de suporte clínico, é iniciada terapia nutricional enteral. Nas primeiras 48 horas, evolui com dispneia, edema periférico, fraqueza muscular e taquicardia.

O seguinte exame laboratorial deve ser monitorado prioritariamente, por representar o principal marcador da síndrome de realimentação:

- (A) Potássio sérico.
- (B) Fósforo sérico.
- (C) Magnésio sérico.
- (D) Albumina sérica.
- (E) Cálcio ionizado.

28

Em relação à epidemiologia atual das doenças hepáticas crônicas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A erradicação da hepatite C tornou o álcool a única causa relevante de cirrose em nível mundial.
- (B) A doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica (MASLD) apresenta tendência de redução global devido ao controle da obesidade.
- (C) A hepatite B permanece a principal causa de cirrose em todos os continentes.
- (D) O aumento da obesidade e do diabetes mellitus tem contribuído para o crescimento da MASLD como causa de cirrose e carcinoma hepatocelular.
- (E) As doenças hepáticas crônicas representam causa rara de mortalidade, com impacto restrito aos países em desenvolvimento.

29

Paciente de 56 anos, sexo masculino, é internado com diagnóstico de pancreatite aguda de etiologia biliar. Recebe hidratação venosa e analgesia, evoluindo sem falência orgânica nas primeiras horas. Após 48 horas de internação, a equipe reavalia a gravidade do quadro por meio de marcadores laboratoriais.

Dos achados relacionados a seguir, assinale o que está mais associado à evolução para pancreatite aguda grave.

- (A) Leucocitose de 18.000/mm³.
- (B) Amilase sérica superior a três vezes o limite da normalidade.
- (C) Lipase sérica superior a cinco vezes o limite da normalidade.
- (D) Hematócrito de 42%.
- (E) Proteína C reativa superior a 150 mg/L.

30

Paciente de 61 anos, sexo masculino, é admitido com hemorragia digestiva alta de grande monta secundária a úlcera duodenal, evoluindo com choque hemorrágico. Após medidas iniciais de ressuscitação e tratamento endoscópico, persiste com anemia grave e indicação formal de transfusão de concentrado de hemácias.

Durante a internação, é apresentada Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) regularmente registrada, na qual o paciente, quando plenamente capaz, recusou expressamente transfusão de sangue e hemoderivados, mesmo diante de situações de risco iminente de morte. No momento atual, o paciente encontra-se inconsciente e sem possibilidade de manifestar sua vontade.

A conduta mais apropriada é

- (A) solicitar autorização dos familiares para decidir sobre a realização da transfusão.
- (B) solicitar autorização judicial antes de qualquer conduta.
- (C) realizar a transfusão por se tratar de situação de iminente risco de morte.
- (D) respeitar a Diretiva Antecipada de Vontade, mantendo todas as demais medidas terapêuticas aceitas e registrando a decisão em prontuário.
- (E) suspender todas as medidas de suporte clínico por haver recusa prévia de transfusão.

31

Paciente de 70 anos, sexo feminino, portadora de adenocarcinoma de ovário metastático, em cuidados paliativos exclusivos, apresenta aumento progressivo do volume abdominal, dispneia aos pequenos esforços e desconforto abdominal importante. Foi submetida a três paracenteses evacuadoras nos últimos dois meses, com melhora transitória dos sintomas.

Nova paracentese diagnóstica evidencia gradiente soro-ascite de albumina (GASA) de 0,7 g/dL, proteínas totais no líquido ascítico de 3,8 g/dL e citologia positiva para células neoplásicas.

A conduta mais apropriada para o controle dos sintomas dessa paciente é

- (A) intensificar a terapia com Espironolactona e Furosemida.
- (B) indicar derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS).
- (C) restringir sódio e líquidos como tratamento definitivo.
- (D) implantar cateter peritoneal de longa permanência para drenagens intermitentes, associado a paracenteses quando necessário.
- (E) indicar derivação peritoneovenosa como tratamento de escolha.

32

Paciente de 69 anos, sexo masculino, realiza ressonância magnética de abdome para investigação de perda ponderal discreta. O exame evidencia lesão cística de 3,4 cm comunicando-se com o ducto pancreático secundário, contendo nódulo mural de 6 mm com realce ao contraste, sem dilatação do ducto pancreático principal. O paciente encontra-se assintomático e não apresenta história de pancreatite.

De acordo com os critérios de Fukuoka, a conduta mais apropriada é

- (A) o acompanhamento com ressonância magnética em 12 meses.
- (B) repetir a ressonância em seis meses e dosar CA 19-9.
- (C) a punção aspirativa guiada por ecoendoscopia, como única conduta.
- (D) a indicação de ressecção cirúrgica.
- (E) a alta do seguimento, por se tratar de lesão de baixo risco.

33

Paciente de 29 anos, sexo masculino, apresenta doença de Crohn ileocolônica com acometimento perianal complexo, caracterizado por múltiplas fístulas transesfincterianas, além de acometimento osteoarticular. Após drenagem adequada da sepse perianal, foi indicada terapia com Infliximabe.

Durante a avaliação pré-tratamento, os exames demonstram: hemograma sem alterações, sorologias para HIV, hepatites B e C negativas, radiografia de tórax normal e teste de liberação de interferon-gama (IGRA) reagente. O paciente nega tosse, febre, sudorese noturna ou perda ponderal.

A conduta mais apropriada é

- (A) iniciar Infliximabe concomitantemente à Isoniazida.
- (B) tratar infecção por tuberculose antes do anti-TNF.
- (C) substituir o anti-TNF por Vedolizumabe.
- (D) solicitar broncoscopia com lavado broncoalveolar.
- (E) instituir tratamento para tuberculose ativa.

34

Paciente de 61 anos, sexo masculino, portador de cirrose hepática por esteato-hepatite associada à disfunção metabólica, é encaminhado para avaliação de colecistectomia eletiva por colelitíase sintomática.

Ao exame físico, apresenta ascite controlada com diuréticos, sem história de encefalopatia hepática. Os exames laboratoriais demonstram: bilirrubina total de 2,8 mg/dL, albumina sérica de 2,9 g/dL e INR de 1,8.

Com base nesses dados, a melhor conduta, em relação ao tratamento cirúrgico, é

- (A) liberar a cirurgia, pois o risco operatório é semelhante ao da população geral.
- (B) indicar transplante hepático antes de qualquer procedimento cirúrgico.
- (C) contraindicar definitivamente qualquer procedimento abdominal.
- (D) solicitar apenas o MELD, pois o Child-Pugh não possui utilidade na avaliação cirúrgica.
- (E) realizar avaliação pré-operatória com escores específicos de risco, como o escore VOCAL-Penn, utilizando Child-Pugh e MELD como ferramentas complementares na estratificação do risco operatório.

35

Paciente de 72 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética, tabagista e portadora de doença arterial periférica, refere dor abdominal em cólica iniciada cerca de 30 minutos após as refeições, com duração aproximada de uma hora, há seis meses. Relata perda ponderal de 11 kg no período e redução importante da ingestão alimentar por receio de desencadear a dor. A endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia de abdome e exames laboratoriais não evidenciaram alterações relevantes.

O exame mais apropriado para confirmar a principal hipótese diagnóstica é a

- (A) angiotomografia computadorizada das artérias mesentéricas.
- (B) enterorressonância magnética.
- (C) cápsula endoscópica do intestino delgado.
- (D) ultrassonografia abdominal convencional.
- (E) cintilografia de esvaziamento gástrico.

36

Paciente de 66 anos, sexo masculino, foi submetido à colonoscopia oito semanas após recuperação completa do segundo episódio de diverticulite aguda não complicada em três anos. O exame evidencia diverticulose predominante em cólon esquerdo, acometendo múltiplos segmentos, com edema e hiperemia da mucosa interdiverticular, sem estenoses, fístulas ou sinais de colite segmentar associada à diverticulose (SCAD). O endoscopista decide aplicar o *Diverticular Inflammation and Complication Assessment (DICA)*.

A principal finalidade desse escore é

- (A) estimar o risco de recorrência e de complicações da doença diverticular.
- (B) definir a necessidade de antibioticoterapia durante novos episódios de diverticulite.
- (C) determinar a indicação e a extensão da ressecção colônica eletiva.
- (D) identificar pacientes com maior risco de neoplasia colorretal associada.
- (E) classificar a gravidade da hemorragia diverticular e orientar o tratamento endoscópico.

37

Paciente de 66 anos, sexo masculino, procura atendimento por icterícia progressiva, colúria e perda ponderal de 7 kg nos últimos três meses. A tomografia computadorizada evidencia aumento focal da cabeça do pâncreas, medindo 3,5 cm, associado à dilatação da via biliar principal. O CA 19-9 é de 74 U/mL (VR <37 U/mL) e a dosagem sérica de IgG4 encontra-se elevada.

A conduta mais apropriada nesse momento é

- (A) iniciar Prednisona em dose plena e repetir a tomografia após quatro semanas.
- (B) indicar pancreatoduodenectomia, independentemente de confirmação histológica.
- (C) realizar ultrassonografia endoscópica com punção aspirativa por agulha fina.
- (D) repetir a dosagem sérica de IgG4 após 30 dias.
- (E) solicitar PET-CT antes da definição terapêutica.

38

Paciente de 55 anos, sexo masculino, obeso (IMC 36 kg/m²), portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, é encaminhado para investigação de esteatose hepática identificada à ultrassonografia. Nega etilismo significativo. Os exames laboratoriais demonstram ALT de 72 U/L, AST de 58 U/L, sorologias para hepatites B e C negativas e FIB-4 elevado. A elastografia hepática transitória (FibroScan®) evidencia rigidez hepática de 16,4 kPa.

A conduta mais apropriada é

- (A) repetir a elastografia em cinco anos.
- (B) solicitar biópsia hepática.
- (C) iniciar vitamina E em monoterapia.
- (D) instituir vigilância para complicações da cirrose.
- (E) encaminhar para transplante hepático.

39

Paciente de 38 anos, sexo feminino, submetida à colocação de balão intragástrico há cinco meses para tratamento da obesidade, procura o pronto-socorro por início súbito de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos. Relata que, há dois dias, observou coloração azulada-esverdeada da urina. Ao exame físico, apresenta distensão abdominal e dor difusa à palpação. A tomografia evidencia sinais de obstrução do intestino delgado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) úlcera gástrica perfurada.
- (B) pancreatite aguda induzida pelo balão.
- (C) migração do balão gástrico após ruptura.
- (D) volvo gástrico secundário ao balão.
- (E) gastroparesia induzida pelo procedimento.

40

Paciente de 68 anos, sexo masculino, permaneceu internado por sepse urinária, recebendo antibioticoterapia de amplo espectro por 28 dias. Duas semanas após a alta, evolui com diarreia aquosa, dor abdominal e teste positivo para *Clostridioides difficile*.

A seguinte alteração fisiológica da microbiota intestinal contribuiu mais diretamente para o desenvolvimento dessa infecção:

- (A) redução da conversão de ácidos biliares primários em secundários.
- (B) diminuição da produção de fator intrínseco pelas células parietais.
- (C) redução da absorção ileal de vitamina B12.
- (D) aumento da secreção de gastrina pelas células G do antro.
- (E) redução da síntese hepática de sais biliares.

Pediatria

41

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornou um importante desafio nesse grupo, especialmente entre os adolescentes. A síndrome metabólica em adolescentes de 10 a 16 anos, de acordo com os critérios da International Diabetes Federation, são a presença de obesidade central (circunferência abdominal $\geq$ P90) + pelo menos 2 outros critérios.

Dois desses critérios são:

- (A) história familiar de diabetes ou doença cardiovascular + glicemia $\geq$ 100.
- (B) PA sistólica $\geq$ 120 + PA diastólica $\geq$ 60.
- (C) hemoglobina glicada $\geq$ 6,0 + PA $>$ p75.
- (D) triglicerídeos $\geq$ 150 mg/dL + diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada.
- (E) HDL $\geq$ 40 + PA sistólica $\geq$ 120.

42

A adenomegalia é uma queixa importante na pediatria, afetando até 45% das crianças previamente híginas. Apesar de 2/3 das causas serem benignas, existem critérios para indicação de biópsia, padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

- (A) linfonodomegalia unilateral de mais de 2,5cm com presença de sinais flogísticos (dor, rubor e calor).
- (B) linfonodomegalia em região epitroclear.
- (C) linfonodomegalia em região cervical maior do que 1cm fixo, endurecido, de rápido crescimento, sem outros sintomas associados.
- (D) falha da redução do gânglio apesar de 2 a 3 semanas de evolução e antibioticoterapia adequada.
- (E) linfonodomegalia associada a febre por menos 1 semana e perda de menos 10% do peso.

43

A hipogamaglobulinemia (ou redução dos níveis de imunoglobulinas séricas) pode ser uma condição transitória ou permanente, congênita ou adquirida. As imunodeficiências primárias, recentemente denominadas erros inatos da imunidade (EII) constituem um diagnóstico diferencial importante em pacientes com hipogamaglobulinemia, especialmente em lactentes, constituindo um sinal de alerta. Sobre a avaliação de hipogamaglobulinemia no lactente, é correto afirmar que

- (A) Idade menor de 6 meses com hipogamaglobulinemia não é um sinal de alerta, independentemente dos valores de imunoglobulinas maternos.
- (B) as imunoglobulinas do recém-nascido naturalmente são baixas, pois, das subclasses de IgG, apenas a IgG1 e a IgG3 atravessam a placenta.
- (C) na síndrome nefrótica, pode ocorrer hipogamaglobulinemia secundária, devido a alteração na produção de IgG.
- (D) infecções por agentes oportunistas, como *P. Jiroveci* e citomegalovírus, assim como efeito adverso não usual da BCG constituem sinais de alerta.
- (E) ausência de resposta IgG para vacinas, como tétano e hemófilo, hepatites A e B, são fundamentais para o diagnóstico de EII, independentemente da idade do paciente.

44

Menina de 4 anos é trazida para avaliação, pois apresenta história de infecções urinárias de repetição confirmadas por cultura. A menor teve desfralde aos 2 anos, pois somente assim a escolinha aceitava a matrícula. A mãe refere que a menor fica na escola em período integral e que segura muito a urina, ficando quase a manhã inteira sem ir ao banheiro, apesar de uma boa ingestão de água. Às vezes, a criança acaba tendo escapes urinários porque fica com preguiça de urinar. Pelo menos uma vez por semana, ela tem enurese noturna, apesar de já não usar fralda noturna a mais de 1 ano. No exame físico, você observa resíduo de urina na roupa e uma distensão gasosa com palpação de massa fecal no abdome. Ao indagar sobre os hábitos evacuatórios, refere que evacua uma a duas vezes por semana, com evacuação dolorosa e fezes tipo 2 na escala de Bristol.

A investigação diagnóstica correta é

- (A) realizar apenas ultrassonografia de vias urinárias para investigar sem necessidade de outros exames.
- (B) tratar a constipação e aumentar a ingestão de água, o que será suficiente para a resolução das demais queixas.
- (C) a provável causa psicológica, por ficar o dia inteiro na escola e ter tido um desfralde precoce, é o suficiente para não ser indicada a realização de exames complementares.
- (D) a ressonância de coluna vertebral é um dos exames iniciais de avaliação, para afastar disrafismo oculto.
- (E) a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve.

45

Menino, 3 anos, previamente hígido, é trazido ao ambulatório pela mãe com queixa de dor em membro esquerdo. Refere que, há duas semanas, a criança sofreu uma queda da bicicleta, machucando aquela perna e ralando todo o joelho no asfalto. O menor já havia parado de se queixar de dor no local, mas, há uns 5 dias, vem reclamando de dor novamente, com piora progressiva, sem mais querer ficar em pé ou mover o membro. Há 2 dias iniciou quadro de febre e prostração. A mãe refere também uma inflamação em região próxima ao joelho.

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) na osteomielite, o úmero é o sítio mais comum, enquanto na artrite séptica, são o joelho e o ombro.
- (B) na osteomielite, o raio X pode apresentar edema, perda de planos teciduais, distensão dos planos musculares, além de reação periosteal e destruição óssea.
- (C) os patógenos mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* grupo B, mas devemos sempre suspeitar de lesão de *Salmonella* nessa faixa etária.
- (D) o tratamento inclui, além dos cuidados gerais, início de antibiótico endovenoso, sendo a escolha oxacilina + gentamicina nessa faixa etária.
- (E) o tratamento cirúrgico é sempre recomendado nos quadros de infecção osteoarticular.

46

Mãe traz seus dois filhos do sexo masculino (de 8 e 13 anos) para avaliação pediátrica. Refere que está muito preocupada porque ambos engordaram muito no último ano, se alimentam muito mal, não fazem atividades físicas e passam cerca de 5 horas por dia na frente das telas. A mãe diz querer solicitar exames de sangue, pois tem histórico familiar de diabetes tipo 2.

Os dados antropométricos e de alteração do exame físico das crianças estão a seguir.

☐ Filho 8 anos

36kg; 1,31 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 17$; $Z+2 \geq 19,5$; $Z+3 \geq 23$); PA 118 X 80 (valores referência: P90 = 110 x 71; P95 = 114 X 74).

☐ Filho 13 anos

60 kg; 1,65 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 21$; $Z+2 \geq 25$; $Z+3 \geq 31,5$); PA 126 X 78 (valores referência: P90 = 124 x 76; P95 = 128 X 80).

Sobre a avaliação e a conduta dos menores, é correto afirmar, de acordo com a SBP, que

- (A) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 2, e o de 13 anos, sobrepeso com HAS estágio 1.
- (B) ambos têm sobrepeso e HAS estágio 1.
- (C) o de 8 anos tem obesidade grave e HAS estágio 1. e o de 13 anos. obesidade com PA elevada.
- (D) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 1, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.
- (E) o de 8 anos tem obesidade e PA elevada, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.

47

A estatura da criança e do adolescente depende do potencial genético, fatores ambientais, hormonais e nutricionais. A baixa estatura e diminuição da velocidade de crescimento é uma queixa frequente na consulta pediátrica.

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

- (A) A baixa estatura deve ser sempre investigada, enquanto alta estatura não necessita investigação.
- (B) A síndrome de Turner pode ser uma causa de baixa estatura genética e apresentar algumas alterações físicas: pescoço alado, fácies triangular, clinodactilia e assimetria de membros inferiores.
- (C) No hipotireoidismo, além da baixa estatura, observa-se apatia, cabelos ralos, aumento do tecido adiposo e estrias violáceas.
- (D) Somente pacientes com deficiência de GH comprovadas podem fazer uso de rhGH.
- (E) Alterações no período neonatal como hipoglicemia, micropênis e icterícia prolongada podem sugerir deficiência congênita de GH.

48

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispnéia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR = 32 irpm, FC = 120 bpm, com tiragem subcostal, sat = 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- (B) trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- (C) deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid -19 ou influenza.
- (D) deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- (E) o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

49

Escolar de 6 anos, masculino, chega na emergência com bom estado geral, com relato de discreto edema em face, principalmente periorbitário bilateral, diminuição da urina, e ela apresentando coloração acastanhada.

Ao exame físico, além do edema em face, observa-se discreto edema em pés, e PA 115 X 85 (> p95). O pai refere que o menino teve um "resfriado" umas semanas atrás.

Pensando que a causa dessa sintomatologia seja de um processo renal, é correto afirmar que

- (A) a presença de proteinúria, independentemente dos valores, indica associação com síndrome nefrótica.
- (B) não existe exame de sangue que contribua para a suspeita diagnóstica, sendo apenas a tríade clássica responsável pela confirmação.
- (C) apesar de a hipertensão arterial estar presente, não há indicação de uso de anti-hipertensivos.
- (D) as infecções por estreptococos β hemolítico de diferentes cepas, sejam de pele ou de vias respiratórias, podem levar a essa glomerulonefrite.
- (E) pode-se estabelecer uma infecção prévia do estreptococo por meio de análise da antiestreptolisina O e/ou antiDNase B.

50

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios. Posteriormente, manchas avermelhadas pelo tronco do menino. Hoje, ele acordou com uma dor aguda no peito, que piora ao deitar-se.

Apresenta-se em REG, com palidez, hiperemia conjuntival, fissura de mucosas, exantema polimorfo, adenomegalia cervical anterior de 2 cm e turgência jugular. AR: MVUA sem RA, FR 44 irpm; ACV: bulhas abafadas e presença de atrito pericárdico; FC= 132 bpm, hipotensa. ECG: elevação do segmento ST; Rx tórax: silhueta cardíaca em moringa.

A internação no CTI é solicitada por suspeita de se tratar de um provável Kawasaki que evoluiu com complicação cardiovascular.

A suspeita de tamponamento cardíaco é fortalecida pela presença dos seguintes sinais clínicos que compõem a tríade de Beck:

- (A) elevação do segmento ST + bulhas abafadas + atrito pericárdico.
- (B) hiperemia conjuntival + exantema polimorfo + adenomegalia cervical.
- (C) imagem em “moringa” no RX + hipotensão + taquicardia.
- (D) bulhas abafadas + hipotensão + pressão venosa central elevada.
- (E) dor que piora com decúbito + turgência de veia jugular + elevação do segmento ST

51

Menino, 18 meses, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS), é trazido à emergência com dor abdominal de início súbito e palidez importante, sem febre associada.

Ao exame, encontra-se hipocorado (3+/4+), taquicárdico e com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidencia Hb: 3g/dL.

A hipótese diagnóstica mais provável nesse caso é

- (A) sequestro esplênico.
- (B) crise aplástica.
- (C) crise algica.
- (D) bacteremia.
- (E) infecção pelo Epstein-Barr vírus.

52

Menina, 2 anos, previamente hígida, apresenta início súbito de petéquias e púrpuras generalizadas. Apresentou infecção viral uma semana antes dos sintomas.

O exame físico está normal, exceto pelas petéquias e púrpuras disseminadas pelo corpo. Não há esplenomegalia, linfadenopatias e nem palidez. O hemograma evidencia contagem de plaquetas = 10.000/ μ L. Não há anemia e os leucócitos estão normais.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) leucemia linfoblástica aguda.
- (B) infecção por parvovírus B19.
- (C) púrpura trombocitopênica autoimune crônica.
- (D) vasculite por IgA.
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

53

Lactente feminino, 6 meses, apresenta apatia e palidez cutaneomucosa há aproximadamente 2 meses. Permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os 2 meses de vida, quando iniciou leite de vaca, pois a mãe voltou a trabalhar. Traz exames laboratoriais que evidenciam anemia e deficiência de ferro.

Seguindo o Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre recomendações para o tratamento e prevenção da anemia ferropriva em lactentes (Atualização de 2026), o tratamento da anemia ferropriva nesse caso deve ser feito com

- (A) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar e mantido por um período de 3 a 6 meses ou até normalização da hemoglobina e reposição adequada dos estoques de ferro.
- (B) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar por 2 meses e deve haver um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após início do tratamento.
- (C) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, e um hemograma de controle deve ser realizado com 15 dias do início do tratamento, suspendendo-se a reposição se a hemoglobina estiver normal.
- (D) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, mantido por um período de 3 a 6 meses, quando se deve realizar um hemograma e dosar a ferritina, suspendendo a reposição se a ferritina e a hemoglobina estiverem normais.
- (E) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, e um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após 45 dias do início do tratamento deve ser observado.

54

Menino, 3 anos, é trazido à consulta pediátrica de rotina com queixa de dor abdominal há 2 meses, associada à febre e perda de peso, além de hematúria.

Durante o exame físico, é identificada uma massa firme e lisa em metade do abdômen à esquerda, não ultrapassando a linha média. Há ainda aniridia e hemihipertrofia. Os exames laboratoriais evidenciam policitemia, trombocitose e deficiência do fator VII.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) neuroblastoma.
- (B) tumor de Wilms.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) hepatoblastoma.
- (E) teratoma.

55

Lactente masculino, 12 meses, com febre há 24 horas sem outros sintomas associados, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônico generalizada em vigência de febre, de início há 7 minutos. Nega episódios prévios semelhantes.

A terapia medicamentosa de escolha para a crise convulsiva, nesse caso, além das medidas de suporte, inclui

- (A) diazepam endovenoso.
- (B) fenobarbital endovenoso.
- (C) fenitoína endovenosa.
- (D) levetiracetam oral.
- (E) ácido valproico oral.

56

Menino, 6 anos, apresenta episódios de perda de consciência, que são acompanhados por tremor de pálpebras e desvio do olhar para cima, recebendo diagnóstico de crise de ausência.

Sobre esse quadro, em relação à crise de ausência, é correto afirmar que

- (A) apresenta período pós-ictal.
- (B) não há retomada imediata da consciência após a crise.
- (C) os episódios geralmente duram alguns minutos.
- (D) não apresenta aura.
- (E) não apresenta automatismos simples.

57

Menina, 7 anos, apresenta febre há 48 horas, evoluindo com cefaleia frontal, náuseas, vômitos e fotofobia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com rigidez de nuca. Foi submetida à punção lombar, e a avaliação líquórica foi sugestiva de meningoencefalite viral.

Diante desse quadro, os seguintes achados laboratoriais são esperados no líquido:

- (A) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína = 50mg/dL e glicose normal.
- (B) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal.
- (C) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal
- (D) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose < 40mg/dL.
- (E) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína = 300mg/dL e glicose normal.

58

Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional apresenta, durante o exame na sala de parto, lesão cutânea na região lombar com exposição de tecido neural e saída de líquido. O exame neurológico apresenta-se com paraplegia flácida para os membros inferiores e ausência de reflexos profundos. Ultrassonografia transfontanela evidenciou presença de ventriculomegalia.

Considerando o diagnóstico de mielomeningocele, sua associação mais frequente é com

- (A) malformação de Chiari I.
- (B) malformação de Dandy-Walker.
- (C) malformação de Chiari II.
- (D) cisto aracnoide.
- (E) macrocefalia.

59

Menino, 18 meses, apresenta pneumonias e otites de repetição desde os 9 meses de vida e três episódios de giardíase. Além disso, foi internado com encefalite por enterovírus com 12 meses. Ao exame encontra-se emagrecido, com índice de massa corporal abaixo do z-score - 2. Não se visualiza as amígdalas em orofaringe. A dosagem sérica das imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgE) estão muito reduzidas. A IgG contra sarampo, tétano e hepatite B são negativas.

Considerando o quadro em questão, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) agamaglobulinemia de Bruton.
- (B) deficiência de subclasse de IgG.
- (C) hipogamaglobulinemia transitória.
- (D) síndrome hiper-IgM.
- (E) deficiência seletiva de IgA.

60

Escolar de 8 anos, inicia tratamento para epilepsia com fenobarbital e após 4 semanas apresenta febre, exantema maculopapular difuso, edema facial e linfadenopatia generalizada. O hemograma evidencia apenas eosinofilia e há elevação das transaminases e da creatinina sérica.

Diante do quadro em questão, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Stevens-Johnson.
- (B) necrólise epidérmica tóxica.
- (C) síndrome da pele escaldada.
- (D) DRESS (drug-induced hypersensitivity syndrome).
- (E) dermatite herpetiforme.

61

Lactente, a termo, 2 meses e 10 dias de vida, é levado à Emergência pelos pais pois, há cerca de 40 minutos, após amamentado e colocado no berço, apresentou episódio súbito de "olhar parado, boca roxa, sem respirar, parecendo que havia engasgado". O pai realizou manobras de estímulo nas costas, elevou o queixo e em seguida a criança chorou. O lactente está em aleitamento materno exclusivo, é o primeiro episódio, encontra-se em bom estado geral, ativo, reativo, eupneico em ar ambiente, acianótico, bom tônus muscular e reflexos presentes, SatO₂ 99% e afebril. Exame físico sem anormalidades.

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* ou Evento Breve Resolvido Não Explicado) a definição do caso e a conduta imediata são:

- (A) BRUE de Baixo Risco e observação clínica por um período de uma a quatro horas, realização de eletrocardiograma, e, se estável, alta com orientações e encaminhamento ao pediatra em até 24 horas.
- (B) BRUE de Alto Risco e internação em leito de retaguarda pediátrica para monitorização cardiorrespiratória contínua, com investigação laboratorial e de imagem expandida.
- (C) BRUE de Baixo Risco e alta com orientação, encaminhamento para polissonografia e revisão com pediatra em 48 horas, considerando estabilidade clínica e exame físico normal na admissão.
- (D) BRUE de Alto Risco e internação em unidade intensiva pediátrica, monitorização, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de crânio e rastreio infeccioso com hemograma, hemocultura e análise líquórica.
- (E) sem critérios para BRUE e internação para investigação de Doença do Refluxo Gastroesofágico, por associação temporal direta com a mamada; início de fenobarbital e investigação para crise convulsiva focal.

62

Recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, cuja mãe apresentou diabetes gestacional controlado com dieta, está com 3 horas de vida no alojamento conjunto, ativo e em aleitamento materno exclusivo. Glicemia capilar = 38 mg/dL.

Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para rastreamento e conduta na hipoglicemia neonatal, a conduta imediata adequada é

- (A) ofertar fórmula infantil imediatamente para garantir aporte calórico rápido, repetir a aferição da glicemia capilar uma hora após a oferta e manter o RN no alojamento conjunto se o novo valor for maior que 45 mg/dL.
- (B) iniciar infusão endovenosa imediata de um *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg), seguido por uma taxa de infusão de glicose contínua de 4 a 6 mg/kg/min, devido ao risco de convulsão e lesão neurológica.
- (C) estimular amamentação ou ofertar leite materno ordenhado e reavaliar a glicemia capilar em 1 hora; se o valor estiver entre 35 e 45 mg/dL, após a mamada, considerar uso de gel de glicose a 40% ou transferir para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- (D) transferir o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para avaliação contínua, pois glicemia abaixo de 40 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida exigem monitorização e triagem laboratorial central obrigatória.
- (E) observar o RN e repetir a glicemia capilar antes da próxima mamada (com 6 horas de vida), visto que o valor de 38 mg/dL reflete o nadir fisiológico normal do RN nas primeiras horas após o parto.

63

Recém-nascido, 35 semanas, pequeno para a idade gestacional, admitido na UTIN com 12 horas de vida, com desconforto respiratório leve e tremores finos de extremidades e glicemia capilar 28 mg/dL. Prescrita dieta zero, *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg) na veia periférica e hidratação venosa com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min. Após duas reavaliações a cada 30 minutos, a glicemia capilar estava entre 34 mg/dL e 36 mg/dL, com letargia moderada e hipotonia.

Diante do quadro e conforme as diretrizes para hipoglicemia, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta é

- (A) realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); progredir a TIG de 6 para 15 mg/kg/min por meio de solução de glicose a 15% na via em uso, a fim de atingir rapidamente o alvo glicêmico e reavaliar a glicemia a cada 30 minutos.
- (B) coletar amostra crítica de sangue e urina antes de alterar a TIG. Realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); posteriormente elevar a TIG a 8 mg/kg/min e providenciar acesso venoso central para novas elevações da TIG, se necessárias.
- (C) manter a TIG em 6 mg/kg/min, evitando efeito rebote do hiperinsulinismo secundário; administrar glucagon via intramuscular (0,1 mg/kg) para resgate imediato; aguardar a recuperação do tônus e iniciar dieta por sonda orogástrica.
- (D) reduzir gradativamente a infusão endovenosa contínua simultaneamente à administração de gel de glicose a 40% na mucosa oral e fórmula infantil para prematuros por sonda, objetivando menor oscilação glicêmica por via digestiva.
- (E) repetir o *bolus* de glicose a 10% em volume de 4 mL/kg pela via periférica, manter a TIG em 6 mg/kg/min, avaliação glicêmica a cada 30 minutos, solicitar ultrassonografia transfontanela para avaliar hemorragia intracraniana como causa da letargia.

64

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para fluidoterapia em crianças, o uso inicial da hidratação endovenosa de manutenção, com solução isotônica, está indicado nos seguintes casos, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) lactente de 14 meses em pós-operatório imediato de apendicectomia sem complicações, com sódio sérico basal de 136 mEq/L.
- (B) Recém-nascido de 18 dias de vida, termo, internado por icterícia neonatal tardia em fototerapia e com baixa aceitação do seio materno.
- (C) Criança de 6 anos com meningite bacteriana aguda, apresentando vômitos e sinais clínicos de hipovolemia leve a moderada.
- (D) Escolar de 8 anos internado por crise asmática grave refratária, em uso de beta-2 agonista contínuo e corticoterapia endovenosa.
- (E) Adolescente de 13 anos com cetoacidose diabética compensada, na fase de transição para hidratação de manutenção e reintrodução de dieta.

65

Lactente, sexo masculino, 7 meses de idade, ultrassonografia morfológica fetal sem anormalidades, febril (38,8 °C), apresentou exame da urina, por cateterismo vesical, com esterase leucocitária positiva, nitrito positivo e bacterioscopia (Gram) com bacilos gram-negativos. Uma amostra foi encaminhada para cultura e prescrito cefalexina. A cultura depois revelou *Proteus mirabilis* 80.000 UFC/mL.

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a opção correta a respeito da análise do caso e da respectiva conduta.

- (A) O *Proteus mirabilis* tem associação com fimose fisiológica e risco aumentado de alcalinização urinária, por possuir enzima urease, que hidrolisa ureia, eleva pH urinário e favorece a nefrolitíase por estruvita. A ultrassonografia de vias urinárias e renal deve ser realizada após resolução da infecção.
- (B) A contagem de colônias de 80.000 UFC/mL deve ser considerada inconclusiva por estar abaixo do ponto de corte de 100.000 UFC/mL para o método de coleta realizado. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hipocoradas (+/4+), PA 90x60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

- (A) sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- (B) sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- (C) grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- (D) com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristaloide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- (E) grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

67

Pré-escolar, 4 anos, é atendida no ambulatório de pediatria em região com cocirculação de dengue, chikungunya e zika. Apresenta febre elevada (39,2 °C) há 3 dias, seguida por exantema maculopapular pruriginoso difuso, edema simétrico das articulações das mãos e tornozelos e artralgia. Nega sangramento, dor abdominal, vômitos ou cefaleia.

Ao exame: estado geral regular, exantema maculopapular difuso, edema articular simétrico nas articulações metacarpofalangianas e tornozelos bilateralmente, temperatura 38,4 °C, hemodinamicamente estável, fígado não palpável. Exames: plaquetas 185.000/mm³, hematócrito 36%, leucócitos 4.200/mm³, linfócitos 38%, aspartato aminotransferase 68 U/L. NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - não reagente e IgM para chikungunya: reagente.

De acordo com quadro e diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil/ Organização Panamericana de Saúde vigentes para as arboviroses, a conduta adequada é

- (A) prescrever cloroquina em dose pediátrica por 5 dias como tratamento específico para a fase aguda da infecção por chikungunya, conforme protocolo.
- (B) iniciar anti-inflamatório não esteroide, como ibuprofeno, a fim de reduzir a limitação articular ocasionada pela inflamação e ser tratamento de escolha para a artralgia por chikungunya em crianças a partir do início dos sintomas.
- (C) solicitar RT-PCR para dengue e chikungunya em amostra de sangue coletada após o 7º dia de doença, pois a viremia tardia é o resultado que possui nível de evidência para confirmação diagnóstica nas arboviroses.
- (D) internar por risco de doença grave – poliartralgia concomitante a níveis elevados de aspartato aminotransferase em menores de sete anos de idade – e monitorar as enzimas hepáticas pelo risco de hepatite aguda grave.
- (E) iniciar paracetamol, hidratação, repouso e retorno em de 24 a 48 horas para reavaliação; evitar anti-inflamatório não esteroide e ácido acetilsalicílico enquanto não for descartada dengue concomitante, devido à circulação regional.

68

Adolescente, 15 anos, previamente hígido, residente em área endêmica de esquistossomose, é internado por suspeita de Doença de Wilson (DW). Ele apresenta aumento progressivo do volume abdominal há quatro meses, perda ponderal discreta e fadiga.

Ao exame: orientado, consciente, ascite volumosa, circulação colateral discreta, baço a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Pressão arterial normal. Laboratório: Hemoglobina 12,4 g/dL; Plaquetas: 82.000/mm³; aspartato aminotransferase (AST) 76 U/L; alanina aminotransferase (ALT) 62 U/L; gama glutamiltransferase (GGT) 38 U/L; Bilirrubina total 1,5 mg/dL; Albumina 3,1 g/dL; INR 1,4. Paracentese - amostra: gradiente soro-ascite de albumina (SAAG) 1,7 g/dL; proteína no líquido ascítico 2,8 g/dL.

Ultrassonografia abdominal com doppler: hipertensão portal; esplenomegalia; fluxo portal preservado; fígado discretamente heterogêneo, sem sinais típicos de cirrose.

Para diferenciar DW da esquistossomose hepatoesplênica, assinale a afirmativa com melhor correlação entre os dados do caso, hipótese e eventual conduta.

- (A) A ausência de hiperbilirrubinemia significativa praticamente exclui diagnóstico de doença de Wilson, sendo importante solicitar a pesquisa parasitológica de fezes para confirmar esquistossomose hepatoesplênica crônica.
- (B) A presença de ascite volumosa praticamente exclui esquistossomose hepatoesplênica, tornando a dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário de 24 horas suficientes para confirmação diagnóstica de doença de Wilson.
- (C) Hipertensão porta e ALT/AST sugerem esquistossomose, mas se não definida, deve descartar DW com ceruloplasmina, cuprúria 24 horas, anéis de Kayser-Fleischer e, se necessário, cobre hepático, pois isoladamente, não possuem sensibilidade ou especificidade suficientes.
- (D) A presença de proteína elevada no líquido ascítico e o SAAG de 1,7g/dL, diferenciam de forma confiável esquistossomose hepatoesplênica de doença de Wilson, dispensando investigação etiológica adicional.
- (E) A ultrassonografia abdominal com doppler evidenciando fluxo portal preservado praticamente confirma esquistossomose hepatoesplênica e exclui doença de Wilson como causa da hipertensão portal.

69

Recém-nascido, sexo masculino, a termo, peso 3.720 g, apresenta hipertelorismo ocular, fissuras palpebrais com inclinação descendente, ptose palpebral bilateral, implantação baixa de orelhas com hélice espessada e rotação posterior, pescoço alado, *pectus carinatum* e *pectus excavatum*, sopro sistólico no foco pulmonar e SatO₂ 96%. Cariótipo (amniocentese) 46,XY.

De acordo com características morfológicas descritas no período neonatal e cariótipo, é correto afirmar que se trata de uma síndrome genética e que

- (A) as malformações renais frequentes são a agenesia e a hipoplasia.
- (B) a cardiopatia congênita mais associada é a comunicação interventricular
- (C) cursa com padrão estático de dismorfologia facial ao longo da vida.
- (D) a herança é autossômica dominante, afetando ambos os sexos igualmente.
- (E) no momento, está indicado ecocardiograma e infusão de prostaglandina a seguir.

70

Menina, branca, 7 anos e 4 meses, está na consulta com a avó que notou, há 3 meses, um botão mamário bilateral e discreta sensibilidade local, sem outras queixas. Bom estado geral, frequente escola e não há evidência de forte exposição a disruptores endócrinos.

Ao exame: peso no P85, estatura no P95 para a idade (acima do alvo genético que é de 1,58 m); PA normal, sem acne, sem pelos pubianos ou axilares; botão mamário palpável sob a aréola bilateralmente, sem nódulos suspeitos. Idade óssea (radiografia dos punhos) de 9 anos. Ultrassonografia pélvica: útero com comprimento de 3,8 cm, ovários com volume de 2,1 mL bilateralmente com pequenos folículos.

Com base nesses dados, nos critérios de desenvolvimento e no estadiamento de Tanner, assinale a opção correta.

- (A) A ultrassonografia pélvica com útero de 3,8 cm e ovários de 2,1 ml exclui puberdade precoce central, pois esses valores estão dentro da faixa pré-puberal. A conduta é reavaliar em 6 meses, acompanhar velocidade do crescimento e sinais puberais.
- (B) O botão mamário bilateral aos 7 anos e 4 meses está nos limites da normalidade para meninas brancas, cujo início puberal médio ocorre aos 10 anos. Não há recomendação de investigação adicional, deve-se reavaliar em 6 meses e monitorar crescimento e desenvolvimento.
- (C) O quadro sugere telarca prematura isolada - variante fisiológica benigna, por não haver pelos pubianos. A conduta é observação clínica, sem necessidade de exames de imagem ou laboratoriais, com acompanhamento do crescimento.
- (D) O avanço da idade óssea isolado confirma puberdade precoce periférica independente de gnrh. A conduta imediata é iniciar inibidor da aromatase para bloquear o avanço maturacional e retardando a menarca.
- (E) Início da telarca, avanço da idade óssea e ultrassonografia pélvica com sinais de ativação gonadal, trata-se de puberdade precoce central. Deve-se avaliar hormônio luteinizante basal pós estímulo com gnrh e ressonância magnética de crânio excluindo causa orgânica intracraniana.

71

Escolar, 7 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por conta de dor e limitação importante do movimento. Sua mãe nega trauma, embora seja notado aumento significativo do joelho direito em relação ao esquerdo. O início do quadro foi há mais de uma semana, com dor e aumento do volume do punho direito, já em fase de melhora. Quando perguntada, a mãe recorda que o paciente apresentou, há uns 20 dias, dor-de-garganta, febre alta e pontos vermelhos na parte interna superior da boca, que melhoraram após dois dias de antibiótico, não utilizado pelo tempo total prescrito.

Ao exame: REG. Febril (TAX = 38,5 °C), com face de dor, sem conseguir deambular adequadamente.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Anemia, dor óssea e esplenomegalia são manifestações frequentes.
- (B) Taquicardia, com ou sem febre, pode sugerir insuficiência cardíaca.
- (C) Há lenta resposta da dor articular aos anti-inflamatórios não hormonais.
- (D) O acometimento cardíaco é limitado ao endocárdio e miocárdio.
- (E) História familiar positiva não é uma característica deste quadro.

72

Adolescente, 13 anos, sexo feminino, é internada com dor torácica. Exames de imagem realizados evidenciam derrame pleural. Ela mora com a avó materna e nega contato com indivíduos com tosse crônica.

Ao exame: emagrecida, com hiperemia bilateral na região malar. Apresenta dentes em bom estado de conservação, mas notam-se algumas lesões ulceradas na boca.

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

- (A) artrite erosiva com deformação das articulações das mãos.
- (B) elevação sérica do complemento, com aumento de CH50.
- (C) fator antinuclear positivo com títulos superiores a 1:80.
- (D) teste de Coombs indireto positivo na ausência de anemia hemolítica.
- (E) distúrbios neuropsiquiátricos associados à trombocitose.

73

Escolar, 9 anos, sexo feminino, é trazida à Clínica da Família por apresentar febre há 20 dias. O médico pergunta sobre outros sinais e sintomas. A mãe refere estranhar que, no momento da febre, a pele fica toda avermelhada e a filha fica muito prostrada, melhorando logo a seguir.

Ao exame: emagrecida, com dor, vermelhidão e aumento das articulações de ambos os joelhos e tornozelos. É notada a presença de linfadenomegalia e esplenomegalia. O fator antinuclear é negativo.

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) Febre Reumática por conta da febre e da característica da artrite.
- (B) Lupus Eritematoso Sistêmico devido à hiperemia da pele com febre.
- (C) Dermatomiosite pelo emagrecimento e alterações cutâneas.
- (D) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica pela artrite e febre com rash.
- (E) Doença de Kawasaki pela idade e artrite de grandes articulações.

74

Pré-escolar, 3 anos, é levado ao pronto atendimento por claudicação.

Ao exame: dor à rotação interna do quadril direito. O médico explica a necessidade de realização de exames para avaliação da necessidade de internação e procedimento cirúrgico.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na osteomielite, na radiografia, pode ser visualizado o abscesso de Brodie.
- (B) Na displasia do desenvolvimento do quadril, a US não é o exame de escolha.
- (C) A radiografia mostra precocemente a necrose avascular da cabeça femoral.
- (D) Na radiografia do quadril, a epifisiólise costuma mostrar linha fisária regular.
- (E) Diferencia-se sinovite transitória do quadril com artrite séptica por meio da US.

75

Avô, que reside com seu filho, sua nora e seus netos é diagnosticado com tuberculose pulmonar, com BAAR +++. Na investigação dos contatos, a lactente, de 11 meses, apresentou prova tuberculínica negativa, radiografia normal e está assintomática.

A conduta correta é

- (A) seguir o acompanhamento pediátrico sem a realização de novos exames
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do tórax por ser mais sensível
- (C) iniciar isoniazida 10mg/kg por 6 a 9 meses, com reavaliação mensal.
- (D) solicitar a repetição da prova tuberculínica em oito semanas e rever o caso.
- (E) prescrever rifampicina, isoniazida e pirazinamida por seis meses.

76

Apesar da grande frequência na Pediatria, muitas vezes é difícil estabelecer o diagnóstico etiológico das pneumonias agudas comunitárias (PAC).

Com base na faixa etária e no quadro clínico, assinale a associação correta.

- (A) *Chlamydia trachomatis* - febre persistente, tosse coqueluchoide e taquipneia
- (B) *Staphylococcus aureus* - mais frequente em escolares com toxemia grave
- (C) *Mycoplasma pneumoniae* - tosse, podendo haver sibilância e lesões de pele
- (D) *Bordetella pertussis* - início súbito, com tosse e desconforto respiratório
- (E) *Chlamydophila pneumoniae* - febre alta, com dispneia e dor torácica

77

Em relação à Bronquiolite Viral Aguda (BVA), houve algumas medidas de prevenção da BVA pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nos últimos dois anos, adotadas pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina contra VSR está indicada para lactentes prematuros.
- (B) O nirsemabe é uma vacina aplicada antes da sazonalidade do VSR.
- (C) O palivizumabe tem a vantagem de ser aplicado em dose única anual.
- (D) O nirsevumabe foi incorporado para prematuros e algumas comorbidades.
- (E) Os anticorpos monoclonais anti-VSR oferecem proteção por 2 sazonalidades.

78

Recém-nascido, a termo, sexo masculino, apresenta quadro de íleo meconial. Anti-HIV materno – negativo. Os pais são primos. Recebe alta para acompanhamento com Pediatra. Realiza teste de triagem na Clínica da Família, mas a mãe comparece à consulta, aos 4 meses de vida do lactente, com o exame que mostra dosagem de IRT anormal, nas duas coletas, nos primeiros 30 dias. O acompanhamento pediátrico é irregular. Aos 18 meses, após 4 infecções respiratórias que demandaram internação, o lactente é encaminhado para investigação por baixo ganho ponderal e eliminação de fezes oleosas.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) é uma doença monogênica autossômica recessiva, sem variações clínicas.
- (B) as manifestações de má digestão e absorção costumam surgir tardiamente.
- (C) as classes de variantes IV, V e VI são associadas a manifestações graves.
- (D) além dos pulmões, não costuma haver disfunções em outros órgãos.
- (E) o conhecimento das variantes patogênicas tem implicação terapêutica.

79

Pré-escolar, com 3 anos, sexo feminino, dependente de oxigenioterapia desde um episódio de bronquiolite viral aguda aos sete meses, com internação por 20 dias em UTI. Após a alta, manteve sibilância persistente, necessitando de internação por mais três vezes por causa respiratória. Dosagem do cloro no suor: 28 mEq/L. Nasceu com 37 semanas, peso de nascimento de 2800 g.

Exame físico: peso = 12 kg, comprimento = 90 cm; FR = 36 IRPM, tiragem intercostal baixa, sibilos e estertores grossos difusos. Ecocardiograma: normal. TC de tórax: em ambos os pulmões, áreas de atenuação em mosaico alternando com áreas de parênquima normal, com espessamento das paredes brônquicas e bronquiectasias cilíndricas bilaterais. Nas imagens em expiração, observam-se áreas compatíveis com aprisionamento aéreo. Não são vistas consolidações parenquimatosas ou massas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Kartagener.
- (B) bronquiolite obliterante.
- (C) fibrose cística.
- (D) displasia broncopulmonar.
- (E) crises de asma por IVAS.

80

Pré-escolar, com 4 anos e 6 meses, é atendido com queixa de dor abdominal e diarreia. Sua mãe informa ter tido episódios recorrentes, com identificação de *giardia lamblia* no exame parasitológico de fezes. O médico solicita exames para confirmar sua hipótese diagnóstica.

Assinale a opção que identifica a associação patológica esperada nesse caso.

- (A) Acrodermatite enteropática.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Deficiência seletiva de IgA.
- (D) Anemia por deficiência de ácido fólico.
- (E) Deficiência de vitamina D.

Realização

