

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEUROLOGIA 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!

Neurologia

1

Um homem de 22 anos, vítima de agressão física, é levado ao serviço de emergência apresentando hematoma periorbitário à esquerda. Ao exame neurológico, em resposta a estímulos dolorosos, não abre os olhos, apresenta retirada inespecífica dos membros e não emite resposta verbal. As pupilas são anisocóricas, com midríase fixa à esquerda. A pressão arterial é de 100 x 70 mmHg, e a saturação de oxigênio é de 95%.

Na Escala de Coma de Glasgow com avaliação pupilar, a pontuação desse paciente é

- (A) E1 V1 M3 = 5; PRS = 1; GCS-P = 4.
- (B) E1 V1 M4 = 6; PRS = 1; GCS-P = 5.
- (C) E1 V2 M4 = 7; PRS = 1; GCS-P = 6.
- (D) E2 V1 M4 = 7; PRS = 1; GCS-P = 6.
- (E) E1 V1 M5 = 7; PRS = 0; GCS-P = 7.

2

Homem de 60 anos apresenta crises recorrentes de cefaleia retro-orbitária unilateral há cerca de 10 anos, com ocorrência de uma a duas vezes por ano, geralmente à noite. A dor é intensa, acompanhada de lacrimejamento, hiperemia conjuntival e miose ipsilaterais. As crises podem ser desencadeadas pela ingestão de bebidas alcoólicas durante os períodos sintomáticos.

A conduta mais adequada na emergência para o tratamento da crise aguda é

- (A) administração intravenosa de dipirona associada a dexametasona.
- (B) administração intravenosa de morfina em doses tituladas até o controle da dor.
- (C) oxigenoterapia a 100% por máscara sem reinalação (12- 15 L/min), associada a sumatriptanos por via subcutânea.
- (D) amitriptilina por via oral associada a anti-inflamatório não esteroide.
- (E) verapamil por via oral como tratamento inicial da crise.

3

Mulher de 50 anos, previamente hígida, iniciou, há 6 meses, rouquidão. Foi avaliada por otorrinolaringologista, que não identificou alterações estruturais da laringe. Três meses depois, devido a disartria, foi encaminhada ao neurologista. Ao exame, apresentava fasciculações na língua e redução da mobilidade do véu palatino. Meses depois, os familiares passaram a observar episódios frequentes e imotivados de riso e choro, que atribuíram ao nervosismo. Em nova consulta, apresentava hiperreflexia, sinal de Babinski bilateral, reflexo mandibular exaltado e resposta ao reflexo palmo-mentoniano.

As síndromes neurológicas presentes nesse caso são a

- (A) síndrome cerebelar associada à síndrome bulbar.
- (B) síndrome bulbar associada à síndrome pseudobulbar.
- (C) síndrome extrapiramidal associada à síndrome bulbar.
- (D) síndrome medular anterior associada à síndrome bulbar.
- (E) síndrome miastênica associada à síndrome pseudobulbar.

4

Mulher de 70 anos, previamente saudável, é admitida na emergência após início súbito de dificuldade para caminhar. Encontra-se consciente e orientada, informando corretamente seu nome e endereço. Refere intenso desequilíbrio para deambular e dificuldade para abrir os olhos. Ao exame neurológico, apresenta oftalmoplegia do III nervo craniano à esquerda, ptose palpebral bilateral, paralisia bilateral da elevação dos olhos e ataxia cerebelar no hemidomínio direito.

Com base nesses achados clínicos, a síndrome neurológica que melhor explica esse quadro é a

- (A) síndrome de Weber.
- (B) síndrome de Benedikt.
- (C) síndrome de Claude.
- (D) síndrome de Parinaud.
- (E) síndrome de Millard-Gubler.

5

Recém-nascido a termo, por parto vaginal complicado por distocia de ombro, apresenta ptose palpebral direita com miose e mão direita, em posição de garra, com importante redução da motilidade dos dedos.

A seguinte síndrome neurológica explica esse quadro clínico:

- (A) paralisia obstétrica de Erb-Duchenne.
- (B) síndrome de Horner congênita.
- (C) lesão do tronco superior do plexo braquial.
- (D) paralisia isolada do nervo radial.
- (E) lesão do tronco inferior do plexo braquial (Síndrome de Dejerine-Klumpke).

6

Adolescente de 12 anos apresenta discreta escoliose, pés cavos e outros distúrbios congênitos. É levado ao serviço de emergência após sofrer queimadura no membro superior direito ao encostar acidentalmente em um forno aquecido, sem perceber a dor no momento do acidente.

Ao exame neurológico, apresenta sensibilidade tátil preservada em ambos os membros superiores, porém é incapaz de identificar estímulos dolorosos e térmicos. Não apresenta déficit motor. A ressonância magnética da coluna cervical confirmou o diagnóstico.

A síndrome medular que melhor explica esse quadro clínico é a

- (A) síndrome siringomiélica.
- (B) síndrome medular anterior.
- (C) síndrome medular cervical transversa.
- (D) síndrome de Brown-Séquard.
- (E) síndrome posteromedular.

7

Homem de 70 anos, submetido há dois anos à ressecção cirúrgica de adenocarcinoma colorretal, passa a apresentar comportamento estranho. Os familiares observam que ele coloca o relógio no braço direito, faz a barba apenas no lado direito do rosto e frequentemente esquece de calçar a sandália do pé esquerdo.

Ao exame neurológico, encontra-se lúcido, orientado, sem alterações da memória, da linguagem, da força muscular ou da sensibilidade. O teste do desenho do relógio confirma a hipótese diagnóstica sindrômica.

A seguinte síndrome neurológica explica melhor esse quadro clínico:

- (A) síndrome de Gerstmann.
- (B) síndrome de Balint.
- (C) afasia de Wernicke.
- (D) síndrome de negligência espacial unilateral.
- (E) síndrome frontal dorsolateral.

8

Homem de 70 anos apresentou, há um mês, quadro agudo de hemiparesia, hemianestesia e movimentos involuntários no hemicorpo esquerdo. Após melhora parcial do déficit motor, passou a referir dor intensa, contínua e em queimação em todo o hemicorpo esquerdo, desencadeada até mesmo pelo contato da roupa ou dos lençóis com a pele.

A seguinte síndrome neurológica explica melhor esse quadro clínico:

- (A) síndrome de Wallenberg.
- (B) síndrome de Brown-Séquard.
- (C) síndrome de Dejerine-Roussy.
- (D) síndrome de Weber.
- (E) síndrome medular anterior.

9

Uma menina de 5 anos, previamente saudável, é levada ao neurologista por apresentar episódios diários de interrupção súbita das atividades, caracterizados por olhar fixo, perda do contato com o ambiente e automatismos discretos, com duração aproximada de 10 segundos. Após cada episódio, retoma imediatamente suas atividades habituais, sem sonolência ou confusão.

O eletroencefalograma evidencia descargas generalizadas de ponta-onda a 3 Hz, desencadeadas pela hiperventilação.

O tratamento de primeira escolha para essa paciente é

- (A) Carbamazepina.
- (B) Fenitoína.
- (C) Fenobarbital.
- (D) Etossuximida.
- (E) Gabapentina.

10

Mulher de 24 anos, previamente saudável, procura atendimento por apresentar, há seis meses, parestesias progressivas no quarto e no quinto dedos da mão direita, acompanhadas de dificuldade para manipular pequenos objetos.

Ao exame neurológico, há atrofia dos músculos interósseos da mão direita, deformidade em garra do quarto e do quinto dedos, diminuição da força de abdução dos dedos, hipoestesia nesses segmentos e discreto espessamento palpável do nervo na região do cotovelo. Não há lesões cutâneas. O restante do exame neurológico é normal.

O exame complementar mais indicado para confirmar a principal suspeita diagnóstica é a

- (A) ultrassonografia do nervo ulnar associada à biópsia do nervo sural.
- (B) eletroneuromiografia associada à ultrassonografia do nervo ulnar.
- (C) ressonância magnética do plexo braquial associada à biópsia muscular.
- (D) ressonância magnética da coluna cervical associada ao potencial evocado somatossensitivo.
- (E) tomografia computadorizada do cotovelo associada ao exame do líquido cefalorraquidiano.

11

Homem de 22 anos, previamente saudável, é internado por dor abdominal intensa e difusa, sem sinais de irritação peritoneal, acompanhada de náuseas e constipação intestinal há 4 dias. Evoluiu com dor lombar, parestesias distais e fraqueza progressiva dos membros inferiores, que, em 72 horas, evoluiu para tetraparesia flácida. Durante a internação, a equipe de enfermagem observou urina avermelhada.

O exame de urina (EAS) não evidenciou hematúria, leucocitúria ou bacteriúria. Ao exame neurológico, apresentava tetraparesia flácida simétrica, arreflexia generalizada e hipoestesia distal leve.

O diagnóstico mais provável é

- (A) polineuropatia inflamatória aguda idiopática.
- (B) botulismo.
- (C) neuropatia aguda por intoxicação por arsênico.
- (D) porfiria aguda intermitente.
- (E) neuropatia diftérica.

12

Homem de 36 anos apresenta cefaleia progressiva há três semanas, febre baixa, astenia e episódios de vômitos. Nos últimos dias, familiares observaram lentificação do pensamento e sonolência.

Ao exame neurológico, apresenta rigidez de nuca discreta e estrabismo convergente à direita com diplopia. A tomografia computadorizada de crânio não evidencia lesão expansiva nem sangramento. Teste sorológico indica positividade para o HIV. O exame do líquido cefalorraquidiano mostra pressão de abertura de 35 cm de água, 90 células/mm³ com predomínio linfomononuclear, proteínas elevadas e glicose reduzida.

O diagnóstico mais provável é

- (A) meningite bacteriana aguda.
- (B) meningite criptocócica.
- (C) meningite viral aguda.
- (D) neurotoxoplasmose.
- (E) leucoencefalopatia multifocal progressiva.

13

Mulher de 26 anos, sem comorbidades, procura atendimento por cefaleia intensa de início agudo, febre e rigidez de nuca. Apresenta bom estado geral e exame neurológico sem déficits focais. A tomografia computadorizada de crânio é normal. Refere ter sido internada um ano antes por cefaleia intensa e febre, mas os exames de tomografia e ressonância não demonstraram a causa, com resolução espontânea e sem sequelas. A investigação laboratorial atual não evidencia alterações sugestivas de doença autoimune ou inflamatória sistêmica. O exame do líquido cefalorraquidiano mostra pressão de abertura discretamente elevada, pleocitose linfomononuclear, proteínas moderadamente aumentadas, glicose normal e bacterioscopia e culturas negativas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Behçet.
- (B) síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.
- (C) síndrome de Heerfordt.
- (D) meningite de Mollaret.
- (E) síndrome de Susac.

14

Homem de 40 anos, comerciante, apresentou dois episódios de hemiparesia e hemianestesia, com recuperação espontânea, nos últimos dois meses. Nega hipertensão arterial ou diabetes, e recorda-se de crises de enxaqueca.

O exame neurológico é normal; porém, familiares notam problemas de memória e cálculo que vêm comprometendo sua atuação como vendedor. A investigação laboratorial não mostrou alterações, e o exame do líquido cefalorraquidiano foi normal. Na ressonância magnética de neuroeixo, levantou-se a hipótese de arteriopatia cerebral autossômica dominante, com infartos subcorticais e leucoencefalopatia.

Dos padrões de ressonância magnética do neuroeixo apresentados a seguir, assinale o que é mais característico dessa doença.

- (A) Lesões ovoides periventriculares, orientadas perpendicularmente aos ventrículos laterais, associadas a lesões justacorticais e infratentoriais.
- (B) Hiperintensidades da substância branca envolvendo os polos temporais anteriores e as cápsulas externas, associadas a infartos lacunares.
- (C) Lesão longitudinalmente extensa da medula cervical, com predomínio na região central.
- (D) Lesões bilaterais extensas dos nervos ópticos, com comprometimento posterior e extensão até o quiasma óptico.
- (E) Lesões multifocais e assimétricas da substância branca subcortical, com envolvimento em forma de U e ausência de efeito de massa.

15

Paciente de 65 anos, hipertenso e diabético, apresentou subitamente quadro de hemiplegia a direita, desvio da comissura labial para a esquerda, ptose palpebral a esquerda e midríase e paralisia do olhar para cima, para baixo e para dentro em olho esquerdo.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico sindrômico, topográfico e a principal hipótese etiológica.

- (A) Síndrome motora piramidal a direita e oftalmoplegia do III par a esquerda; mesencéfalo a esquerda; acidente vascular lacunar.
- (B) Síndrome motora piramidal a esquerda e oftalmoplegia do III e VI pares a esquerda; ponte a esquerda; trombose de artéria basilar.
- (C) Síndrome motora piramidal a direita e oftalmoplegia do VI par a esquerda; hemisfério cerebral esquerdo; processo expansivo extra-axial a direita.
- (D) Síndrome motora piramidal a direita, paralisia facial periférica a esquerda, oftalmoplegia do III par a esquerda; capsula interna; processo expansivo intracraniano.
- (E) Síndrome motora piramidal a direita, paralisia facial central a esquerda e oftalmoplegia do III, IV e VI a esquerda; seio cavernoso; trombose do seio cavernoso.

16

Paciente de 25 anos procura setor de emergência com quadro de fraqueza muscular há 10 dias, inicialmente afetando os membros inferiores causando dificuldade para deambular e nos últimos 2 dias passou a apresentar fraqueza nos membros superiores e movimentos faciais. Queixa-se de dormência em pés e mãos.

Ao exame, apresenta tetraparesia de predomínio distal, arreflexia global, incapacidade para sorrir e lagofthalmia bilateral. O exame da sensibilidade não apresenta alterações objetivas.

O exame que deve ser solicitado para confirmar a principal hipótese etiológica é

- (A) a tomografia computadorizada de crânio.
- (B) a angiotomografia de vasos intracranianos.
- (C) a punção lombar para análise do liquor.
- (D) a ressonância magnética de coluna cervical.
- (E) o exame de sangue com dosagem de CK.

17

Um homem de 23 anos, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro após colisão entre motocicleta e automóvel. Segundo testemunhas, houve perda de consciência por aproximadamente 2 minutos, seguida de recuperação completa da consciência. Na chegada da equipe de resgate, cerca de 15 minutos após o acidente, encontrava-se acordado, orientado, queixando-se apenas de cefaleia intensa e náuseas. Cerca de 2 horas após o trauma, tornou-se confuso, apresentando rebaixamento do nível de consciência.

Ao exame neurológico apresentava ECG = 8 (A2V2M4), midríase arreativa em pupila direita, hemiparesia a esquerda com reflexo cutâneo plantar em extensão à esquerda. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou coleção extra-axial hiperdensa biconvexa na região temporoparietal direita. Este quadro é compatível com a seguinte complicação do TCE:

- (A) hematoma epidural.
- (B) hematoma subdural.
- (C) hemorragia subaracnoide.
- (D) hemorragia intraventricular.
- (E) hematoma intraparenquimatoso.

18

Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico é admitido no Hospital às 22:00h, já intubado e com acesso venoso periférico. É acoplado ao ventilador mecânico e levado à UTI. O exame neurológico inicial evidenciou sinais vitais normais, Escala de Coma de Glasgow de 3, reflexos profundos presentes, pupilas midriáticas sem resposta à luz e ausência de reflexo córneo-palpebral.

Para a abertura do protocolo de morte encefálica, nesse caso, é necessário

- (A) teste da apneia negativo.
- (B) ausência de atividade espinhal.
- (C) observação hospitalar por 6 horas.
- (D) persistência de reatividade supraespinhal.
- (E) presença de edema cerebral na tomografia de crânio.

19

Paciente de 20 anos é internada com cefaleia intensa e febre alta há 24 horas. Ao exame neurológico há dificuldade na mobilização passiva da nuca, sem sinais de localização. Realizada punção lombar para análise do líquor, que mostrou aspecto límpido, pressão inicial de 25 cm água, 500 leucócitos por mm³ com predomínio de linfócitos, glicorraquia de 60 mg (glicemia de 80 mg) e proteína de 65 mg/dL. Culturas negativas.

A hipótese etiológica é

- (A) meningite fúngica.
- (B) encefalite por HSV-1.
- (C) meningite tuberculosa.
- (D) meningite asséptica.
- (E) meningite bacteriana.

20

Paciente feminina, 38 anos, encontra-se em acompanhamento reumatológico pelo diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico. Relata numa consulta de rotina que está apresentando dormência, formigamento e fraqueza nos quatro membros inicialmente nos pés, tendo evoluído para as pernas e mãos nos últimos 2 meses.

Ao exame neurológico, apresenta fraqueza distal nos quatro membros, arreflexia global e hipopalestesia nos membros inferiores.

O diagnóstico síndrome é de

- (A) mielopatia.
- (B) radiculopatia.
- (C) polineuropatia.
- (D) mononeuropatia.
- (E) mononeuropatia múltipla.

21

Paciente feminina de 20 anos, busca atendimento no ambulatório de neurologia por apresentar episódios de cefaleia de forte intensidade desde os 16 anos de idade. A dor tem localização temporoparietal de um dos lados da cabeça, pulsátil, acompanhada de náusea, foto e fonofobia e pode persistir até 3 dias. A frequência das crises é de aproximadamente seis episódios ao mês. A dor piora ao realizar atividade física rotineira com o subir escadas. O exame neurológico é normal. Realizou uma tomografia computadorizada de crânio durante uma crise forte, que foi normal.

A classificação da cefaleia e o esquema terapêutico indicado para o caso são:

- (A) migrânea com aura; tratamento da crise com paracetamol.
- (B) migrânea crônica; tratamento preventivo com indometacina.
- (C) cefaleia tensional episódica frequente; tratamento da crise com anti-inflamatório.
- (D) cefaleia tensional crônica; tratamento preventivo com antidepressivo tricíclico.
- (E) migrânea sem aura; tratamento preventivo com propranolol.

22

Paciente de 16 anos, com alterações menstruais e obesidade, desenvolve quadro de cefaleia holocraniana, persistente e progressiva associada a vômitos. A fundoscopia revela borramento das bordas da papila óptica bilateralmente, sem outras alterações ao exame neurológico.

A conduta a seguir, diante dessa paciente, é

- (A) solicitar exame de imagem do crânio.
- (B) prescrever topiramato para controle da cefaleia.
- (C) solicitar punção lombar com raquimanometria.
- (D) solicitar estudo dos vasos intracranianos.
- (E) encaminhar para acompanhamento com endocrinologista.

23

Num posto de saúde da família dá entrada mulher de 50 anos, após ter apresentado em casa um quadro compatível com uma crise epilética generalizada tônico-clônica, com recuperação da consciência após alguns minutos. O exame neurológico é normal e a paciente fica em observação. Evoluiu no setor de internação com perda súbita de consciência seguindo-se abalos tônico-clônicos nos 4 membros que não cessam espontaneamente. É então administrado Diazepam 10 mg venoso por 2 vezes, sem resposta.

A próxima conduta nesse caso é

- (A) tiopental 3 a 5 mg/kg/h.
- (B) diazepam venoso até 50 mg.
- (C) midazolam 1 mg EV em bolus e após 0,05 a 0,20 mg/kg/hora.
- (D) propofol 1,5 a 3 mg/kg, em bolo e 1 a 5 mg/kg/h, na manutenção.
- (E) fenitoína 20 mg/kg, numa velocidade de infusão máxima de 50 mg/min, diluído em SF0,9%.

24

Paciente de 6 anos é levado ao pronto-atendimento com quadro de febre alta, cefaleia e prostração. Ao examina-lo em decúbito dorsal, observa que os membros inferiores flexionam ao realizar a mobilização passiva da nuca.

O sinal semiótico descrito é o

- (A) sinal de Laségue.
- (B) sinal de Brudzinski
- (C) sinal de Amoss.
- (D) sinal do Solavanco.
- (E) sinal de Flatau.

25

Paciente masculino, 32 anos, procura ambulatório de neurologia com queixa de cefaleia orbital e temporal a direita há 3 semanas. Relata que a dor ocorre 1x ao dia, sempre no mesmo horário por volta das 11 h da manhã, de forte intensidade, dura 60 minutos e não melhora com dipirona ou anti-inflamatórios. Observa entupimento nasal e inquietação no momento da dor. Relata que do mesmo jeito que a dor aparece ela vai embora e não tem sintomas entre as crises. Nega foto e fonofobia. Nega náuseas e vômitos. Relata que há 3 anos apresentou quadro semelhante que durou 30 dias e permaneceu assintomático até o quadro atual. Traz uma tomografia computadorizada de crânio normal. Não tem comorbidades.

Com base no quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) migrânea sem aura.
- (B) cefaleia em salvas.
- (C) hemicrania paroxística.
- (D) neuralgia do trigêmeo.
- (E) cefaleia persistente de início súbito.

26

Paciente feminina de 22 anos apresentou quadro de dormência nos pés que ascendeu para os membros inferiores até a região da cicatriz umbilical em 7 dias e persistiu por 15 dias sem modificação, quando começou a melhorar. No momento da consulta estava assintomática. O exame neurológico evidenciou leve hipoestesia tátil e dolorosa em membros inferiores e abdome inferior até o umbigo, hiperreflexia patelar e reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente.

Considerando o diagnóstico topográfico, o seguinte exame complementar está indicado:

- (A) exame do liquor.
- (B) eletroneuromiografia (ENMG).
- (C) ressonância magnética de crânio.
- (D) ressonância magnética de coluna torácica.
- (E) ressonância magnética de coluna lombossacra.

27

Paciente do sexo feminino, 27 anos, previamente hígida, procurou atendimento neurológico com quadro de dor à movimentação do olho direito, seguida de redução progressiva da acuidade visual no mesmo olho ao longo de quatro dias. O oftalmologista confirmou o déficit visual e identificou papilite ao exame de fundoscopia. A paciente foi internada para investigação e tratamento.

Realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou 2 focos ovalados hiperintensos em T2/FLAIR sem realce periventricular. A ressonância magnética da coluna demonstrou lesão hiperintensa em T2/STIR intramedular no cordão lateral esquerdo em C3-C4, sem efeito expansivo ou realce pelo contraste. A análise do líquido revelou: 3 leucócitos/mm³; proteínas: 38 mg/dL; glicose: 67 mg/dL (glicemia: 98 mg/dL); bandas oligoclonais IgG positivas no líquido.

Em relação aos critérios de diagnóstico de esclerose múltipla, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é de síndrome clínica isolada.
- (B) não preenche critérios para disseminação no espaço ainda.
- (C) preenche critérios para disseminação no tempo e no espaço.
- (D) precisa do biomarcador anti-AQP4 para definir o diagnóstico.
- (E) a presença de bandas oligoclonais no líquido define a disseminação no espaço.

28

Uma mulher de 50 anos, com crises de migrânea com aura visual desde a adolescência, relata início súbito de dor de cabeça que considerou “a pior da vida”, seguida de vômitos e perda de consciência, o que motivou a internação.

No exame, já está acordada e refere cefaleia intensa. O médico encontra dificuldade na mobilização passiva da nuca e observa ptose palpebral à direita, anisocoria com midríase à direita e estrabismo divergente à direita.

O diagnóstico mais provável é

- (A) neuralgia occipital.
- (B) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria comunicante posterior.
- (C) migrânea com aura complicada.
- (D) ruptura de aneurisma intracavernoso.
- (E) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria cerebral média.

29

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência no idoso; apresenta pico de incidência após os 75 anos, evolui lentamente e progressivamente e tem curso inexoravelmente fatal em torno de 15 anos.

Assinale a opção que descreve uma característica dos primeiros anos de doença.

- (A) Exame neurológico normal, exceto o comprometimento cognitivo.
- (B) Identificação de reflexos primitivos como sucção e preensão.
- (C) Alteração do tônus, da postura e da marcha.
- (D) Restrição ao leito com dependência de terceiros.
- (E) Incontinência urinária e fecal.

30

Um homem de 30 anos é admitido na UTI após sofrer um TCE. Mesmo com estimulação dolorosa, ele permanece de olhos fechados, sem emitir sons nem apresentar movimentos. É entubado e colocado em respirador, mantendo-se a estabilidade hemodinâmica.

Após cinco dias, decide-se avaliar a possibilidade de morte encefálica.

Os seguintes parâmetros indicam a confirmação desse diagnóstico:

- (A) manutenção dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, associada à ausência de drive respiratório no teste de apneia.
- (B) ausência dos reflexos oculocefálicos e vestibulo-oculares e teste de apneia positivo, com valor final de PaCO_2 de 45 mmHg.
- (C) ausência dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico, vestibulo-ocular e de tosse associada a teste de apneia positivo.
- (D) reflexos oculocefálico e de tosse preservados, associados a um traçado de eletroencefalograma isoeletrico.
- (E) ausência dos reflexos de tronco encefálico e teste de apneia negativo em paciente com temperatura corporal estável em 30°C .

31

Um homem de 35 anos busca atendimento neurológico devido ao surgimento progressivo de movimentos involuntários e desordenados nos membros e na face há dois anos. Nos últimos meses, a família notou episódios frequentes de automutilação (mordeduras na língua e nos lábios), além de declínio cognitivo e mudanças de personalidade. O paciente foi adotado na infância e não possui informações sobre seus parentes biológicos. Durante a investigação, o hemograma revelou uma alteração morfológica específica nas hemácias, caracterizada por projeções espiculadas na membrana celular.

Diante do quadro clínico e do achado laboratorial, o diagnóstico provável e o respectivo achado que confirma a suspeita são:

- (A) doença de Huntington e pesquisa de expansão de triplete CAG.
- (B) neuroacantocitose e presença de acantócitos no esfregaço de sangue periférico.
- (C) doença de Wilson e redução dos níveis séricos de ceruloplasmina.
- (D) coreia hiperglicêmica não cetótica e hiperintensidade em T1 nos gânglios da base.
- (E) coreia de Sydenham e elevação dos títulos de antistreptolisina O (ASLO).

32

Homem de 72 anos é admitido no ambulatório de neurologia com queixa de ptose palpebral bilateral e visão dupla (diplopia) há 4 meses. Relata que os sintomas costumam ser leves ou ausentes ao acordar, mas pioram significativamente ao longo do dia ou após leitura prolongada. Passou a notar fadiga na musculatura mastigatória durante as refeições e dificuldade para pentear o cabelo.

A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução demonstrou substituição adiposa fisiológica do mediastino anterior. A pesquisa de anticorpos antirreceptores de acetilcolina foi positiva, com títulos elevados.

Considerando o diagnóstico, a faixa etária da paciente e a conduta terapêutica inicial e de manutenção mais adequada para o manejo clínico desse quadro é

- (A) timectomia cirúrgica imediata por esternotomia mediana.
- (B) inibidor da acetilcolinesterase (piridostigmina) isolado ou associado à corticoterapia em baixas doses.
- (C) plasmaférese de urgência associada a ciclofosfamida intravenosa contínua.
- (D) anticoagulação plena com varfarina, com reavaliação em 30 dias.
- (E) injeção local de toxina botulínica nos músculos orbiculares dos olhos.

33

Uma paciente de 62 anos busca atendimento médico com quadro de desequilíbrio na marcha, de instalação há três semanas, associado a disfagia e disartria progressivas. A ressonância magnética de crânio não evidencia alterações estruturais significativas. A investigação laboratorial revela sorologia positiva para o anticorpo anti-Yo (anti-PCA-1). Diante desse achado, solicitou-se uma tomografia computadorizada, que identificou um nódulo mamário altamente suspeito de malignidade.

Com base no quadro clínico e nos exames complementares, o diagnóstico mais provável para as manifestações neurológicas dessa paciente

- (A) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).
- (B) Atrofia de Múltiplos Sistemas do tipo cerebelar (AMS-C).
- (C) Distrofia Muscular de Cinturas.
- (D) Neurosífilis com acometimento de tronco encefálico.
- (E) Degeneração cerebelar paraneoplásica associada ao câncer de mama.

34

Um homem de 59 anos, residente em área rural do estado da Bahia com histórico frequente de banho de rio, procura o pronto-atendimento com queixa de fraqueza flácida em membros inferiores de instalação aguda (há 24 horas), associada a retenção urinária e anestesia em sela. O exame físico revela reflexo aquileu abolido bilateralmente.

Considerando o quadro clínico e os antecedentes do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

- (A) infarto medular e anticoagulação imediata.
- (B) mielorradiculopatia esquistossomótica o tratamento imediato com praziquantel e corticoide.
- (C) esclerose múltipla e pulsoterapia com metilprednisolona em altas doses.
- (D) neuropatia diabética grave e controle glicêmico intensivo e reabilitação.
- (E) síndrome da cauda equina e ressonância magnética urgente e descompressão cirúrgica de emergência.

35

Paciente de 70 anos, procura o clínico geral queixando-se de sensação de queimação nas pernas há 1 ano que inicialmente acometia a sola dos pés, mas nos últimos meses passou também a sentir nas pernas até a altura dos joelhos. Tem sentindo também uma instabilidade de marcha como se estivesse desequilibrado. O exame neurológico evidencia hipoestesia tátil e dolorosa distalmente em membros inferiores em padrão bota de cano alto, apalestesia distal nos 4 membros e arreflexia global. A força está preservada. Marcha com leve aumento da base.

O seguinte exame deve ser solicitado para investigar a principal etiologia associada a esse quadro clínico:

- (A) eletroneuromiografia.
- (B) glicemia e hemoglobina glicada.
- (C) sorologias para HIV e hepatite B e VDRL.
- (D) tomografia computadorizada de crânio.
- (E) ressonância magnética de coluna lombossacra.

36

Durante aula de ginástica, aluna de 47 anos apresentou cefaleia holocraniana súbita e de forte intensidade. Levada ao serviço de emergência, estava hipertensa (170x100 mmHg) e apresentava ao exame neurológico sonolência, rigidez a mobilização passiva da nuca, ptose palpebral a direita com paralisia dos movimentos oculares para cima, para baixo e medial em olho direito e pupila direita midriática sem resposta ao reflexo fotomotor direto. Realizou neuroimagem sendo identificado hemorragia subaracnóidea. A ruptura de aneurisma da seguinte artéria melhor explica o quadro clínico apresentado:

- (A) artéria comunicante anterior.
- (B) artéria cerebral média direita.
- (C) artéria cerebral anterior esquerda.
- (D) artéria cerebral posterior esquerda.
- (E) artéria comunicante posterior direita.

37

Paciente de 40 anos procura neurologista para avaliação de quadro de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora nas mãos, evoluindo com piora progressiva há 1 ano. Informa que seu avô paterno, duas tias paternas e seu pai já falecidos tiveram sintomas semelhantes inclusive cuidou de seu pai que ficou muito dependente no final da vida. Seu avô e suas tias eram portugueses. Sua irmã de 35 anos tem apresentado os mesmos sintomas. Ao exame é identificado uma síndrome cerebelar com marcha ebriosa, dismetria e nistagmo. Diante dos dados clínicos e epidemiológicos, a principal hipótese etiológica é

- (A) ataxia de Friedreich.
- (B) ataxia com apraxia ocular.
- (C) ataxia espinocerebelar tipo 3.
- (D) atrofia de múltiplos sistemas tipo C
- (E) síndrome tremor/ataxia associada ao X frágil.

38

Paciente de 82 anos, juiz de direito aposentado, procura atendimento neurológico com quadro de esquecimentos de fatos recentes há 2 anos. Relata que perde objetos com frequência pois não sabe onde os colocou, como chaves e celular. Já encontrou a chave dentro do sapato e a carteira é esquecida com frequência no carro. Esposa relata que ele se tornou repetitivo, fazendo a mesma pergunta várias vezes. Continua administrando suas finanças e pagando as contas sem dificuldades. Nega episódios de desorientação espacial. A avaliação neuropsicológica que mostrou preservação do funcionamento cognitivo global e independência para as atividades de vida diária, além de queixa subjetiva de dificuldade de memória com evolução nos 2 anos. Objetivamente evidenciou comprometimento acentuado da memória episódica e da memória anterógrada. A ressonância magnética de crânio mostrou microangiopatia leve (FAZEKAS=1) e atrofia hipocampal (MTA= 2). PET-CT com marcador beta-amiloide demonstrou acúmulo moderado de beta-amiloide cerebral.

O diagnóstico síndrômico e etiológico nesse momento é

- (A) demência vascular.
- (B) demência por corpos de Lewy.
- (C) demência na Doença de Alzheimer.
- (D) comprometimento cognitivo subjetivo do envelhecimento.
- (E) comprometimento cognitivo leve devido a Doença de Alzheimer.

39

Paciente de 67 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson recente, informa, pela primeira vez, que apresenta, de vez em quando, noites agitadas, nas quais grita e faz movimentos bruscos incluindo chutes e socos contra sua esposa. Esse quadro passou a acontecer anos antes de os sintomas do Parkinson aparecerem, mas está mais frequente atualmente, tanto que sua esposa passou a dormir em quarto separado há 3 meses. Quando questionado, se lembra apenas de sonhos vívidos no geral de pesadelos onde está sendo atacado e revidar ou estar fugindo de alguém, associados a este quadro. O transtorno do sono apresentado pelo paciente é denominado

- (A) sonambulismo.
- (B) terror noturno.
- (C) paralisia do sono.
- (D) transtorno comportamental do sono REM.
- (E) movimentos periódicos das pernas durante o sono.

40

Idoso tem queda da própria altura e bate a cabeça no chão. Mantém-se acordado e não apresenta sintomas imediatamente após o trauma, por isso não busca avaliação médica. Após 1 mês acorda confuso e nos dias subsequentes fica sonolento e com dificuldade motora em dimidio esquerdo. Procura então o serviço de emergência. O médico de plantão confirma as queixas e solicita tomografia computadorizada de crânio que evidencia coleção extra-axial fronto-temporo-occipital com forma em crescente hipodensa a direita.

O diagnóstico é

- (A) contusão cerebral.
- (B) hematoma subdural crônico.
- (C) hematoma extra-dural agudo.
- (D) acidente vascular encefálico isquêmico.
- (E) acidente vascular encefálico hemorrágico.

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, fâcies 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 dispneia 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-clônica 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 herpética.

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 hiporcoradas (+/4+), PA 90×60 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

