

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO
REUMATOLOGIA 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!

Reumatologia

1

Três pacientes são avaliados por queixa de dor musculoesquelética. O primeiro, de 67 anos, apresenta osteoartrite de joelho, com dor localizada durante a marcha e melhora ao repouso. A segunda, de 58 anos, refere dor em queimação na mão direita, acompanhada de formigamento e dormência no primeiro, segundo e terceiro dedos, com alteração da sensibilidade na mesma distribuição. A terceira, de 42 anos, apresenta dor em diferentes regiões do corpo há vários anos, associada a fadiga, sono não reparador e dificuldade de concentração, sem lesão estrutural ou processo inflamatório suficientes para explicar a intensidade dos sintomas.

Considerando o mecanismo predominante de geração da dor em cada caso, assinale a opção que apresenta, respectivamente, a classificação correta desses três tipos de dor.

- (A) Neuropática, nociceptiva e nociplástica.
- (B) Nociceptiva, neuropática e nociplástica.
- (C) Nociplástica, neuropática e nociceptiva.
- (D) Nociceptiva, nociplástica e neuropática.
- (E) Neuropática, nociplástica e nociceptiva.

2

Dois pacientes apresentam parestesias em membro superior.

A primeira, de 52 anos, refere dormência e sensação de “agulhadas” no polegar, indicador, dedo médio e metade radial do anular, com piora noturna e necessidade de sacudir a mão para aliviar os sintomas. Ao exame, a flexão sustentada do punho reproduz as parestesias, sem dor à palpação do antebraço proximal.

O segundo, de 41 anos, apresenta dor insidiosa na região proximal e volar do antebraço, associada a parestesias nos mesmos dedos. Os sintomas pioram durante atividades que exigem preensão e pronação repetitiva. Não há predomínio noturno. A palpação sobre o músculo pronador redondo é dolorosa, e a pronação do antebraço associada à flexão do punho contra resistência reproduz os sintomas.

Considerando a anatomia, os achados semiológicos e a utilização dos métodos complementares nas neuropatias compressivas do membro superior, assinale a afirmativa correta.

- (A) A primeira paciente apresenta síndrome do túnel do carpo, e a segunda, síndrome do pronador redondo; a eletroneuromiografia normal no segundo caso não exclui o diagnóstico.
- (B) Ambos apresentam síndrome do túnel do carpo, pois a distribuição sensitiva do nervo mediano permite localizar a compressão no punho independentemente das características da dor.
- (C) O primeiro quadro corresponde à síndrome do pronador redondo, enquanto o segundo corresponde à síndrome do túnel do carpo, sendo a ultrassonografia obrigatória para confirmação dos dois diagnósticos.
- (D) O segundo paciente apresenta síndrome do nervo interósseo anterior, pois a compressão desse ramo do nervo mediano produz dor no antebraço proximal associada a alterações sensitivas nos três primeiros dedos.
- (E) A presença de parestesias no território do nervo mediano nos dois pacientes indica comprometimento da mesma região anatômica, devendo a ressonância magnética do punho ser o exame inicial para definir o nível da compressão.

3

Mulher de 39 anos, professora de educação infantil, procura atendimento por dor de início súbito em punhos, articulações metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e joelhos há oito dias, acompanhada de rigidez matinal de aproximadamente 90 minutos e febre baixa nos primeiros dois dias. Ao exame, apresenta dor à mobilização e discreto edema em algumas articulações das mãos, sem derrames articulares evidentes. Nega psoríase, diarreia, uretrite ou viagens recentes. Duas semanas antes do início dos sintomas, sua filha de seis anos apresentou quadro febril seguido de eritema intenso nas bochechas e exantema em tronco e membros.

Os exames mostram proteína C-reativa discretamente elevada, fator reumatoide positivo em baixo título, fator antinuclear 1:160, padrão nuclear pontilhado, anticorpo anti peptídeo citrulinado cíclico negativo e concentrações séricas de complemento normais.

Considerando o conjunto de dados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica mais provável e o exame complementar mais adequado para confirmá-la são:

- (A) artrite reumatoide inicial; repetir o anticorpo contra peptídeo citrulinado cíclico após seis semanas.
- (B) lúpus eritematoso sistêmico; solicitar anticorpo contra o ácido desoxirribonucleico de dupla hélice e repetir o complemento sérico.
- (C) infecção aguda pelo parvovírus B19; pesquisar imunoglobulina M específica contra o parvovírus B19 no soro.
- (D) artrite associada ao vírus chikungunya; realizar reação em cadeia da polimerase para o vírus, apesar da ausência de exposição epidemiológica reconhecida.
- (E) artrite associada à hepatite B aguda; solicitar marcadores completos para hepatite B e investigação hepática, considerando o fator reumatoide positivo e o padrão de poliartralgia inflamatória.

4

Homem de 63 anos refere dor em queimação no antebraço direito, acompanhada de formigamento e dormência, após lesão traumática de nervo periférico ocorrida há três meses. Ao exame, apresenta alteração da sensibilidade no território correspondente ao nervo acometido.

O mecanismo predominante da dor apresentada pelo paciente é:

- (A) nociceptivo.
- (B) neuropático.
- (C) nociplástico.
- (D) misto, nociceptivo e nociplástico.
- (E) misto, nociceptivo e neuropático.

5

Mulher de 56 anos, com osteoartrite de joelhos, refere dor crônica há três anos. Nos últimos oito meses, a dor tornou-se mais difusa, envolvendo também cintura escapular, região lombar e coxas, associada a fadiga, sono não reparador e dificuldade de concentração. A intensidade da dor é maior do que seria esperada pelas alterações radiográficas dos joelhos. Já utilizou diferentes anti-inflamatórios não esteroides e realizou infiltração intra-articular, com melhora apenas transitória. Ao exame, não há derrame articular, calor ou limitação importante da mobilidade dos joelhos, mas há hipersensibilidade dolorosa difusa.

Considerando os mecanismos envolvidos e os princípios do tratamento da dor crônica, a estratégia terapêutica mais adequada é

- (A) manter anti-inflamatório não esteroide contínuo e repetir infiltrações intra-articulares conforme a intensidade da dor.
- (B) iniciar opioide forte, pois a persistência da dor apesar das medidas locais indica necessidade de analgesia de maior potência.
- (C) indicar abordagem multimodal, com atividade física gradual, educação e estratégias comportamentais, associando medicamento de ação central quando apropriado.
- (D) encaminhar para avaliação cirúrgica dos joelhos, pois a refratariedade ao tratamento farmacológico indica que a fonte periférica da dor deve ser removida.
- (E) intensificar o tratamento anti-inflamatório sistêmico e associar gabapentinoide, pois a persistência da dor sugere inflamação articular subclínica combinada a neuropatia periférica.

6

Menino de 8 anos apresenta púrpura palpável em membros inferiores há três dias, associada a dor em tornozelos e joelhos e episódios de dor abdominal em cólica. Teve infecção de vias aéreas superiores cerca de duas semanas antes. Está afebril, com pressão arterial normal e bom estado geral. Hemograma mostra contagem normal de plaquetas. Creatinina sérica e exame de urina estão normais.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a conduta mais adequada nesse momento é

- (A) iniciar corticosteroide sistêmico para prevenir o aparecimento de nefrite.
- (B) solicitar biópsia cutânea antes de estabelecer o diagnóstico e definir o seguimento.
- (C) orientar tratamento sintomático e acompanhar pressão arterial e exame de urina ao longo dos meses seguintes.
- (D) iniciar imunossupressor poupador de corticosteroide devido ao risco de progressão para doença renal crônica.
- (E) considerar o quadro autolimitado após exame de urina inicial normal, dispensando vigilância renal se os sintomas cutâneos regredirem.

7

Menina de 12 anos, com artrite idiopática juvenil em uso prolongado de glicocorticoide sistêmico, apresenta duas fraturas de antebraço após traumas de baixa energia nos últimos 18 meses. A equipe solicita densitometria óssea por dupla emissão de raios X para avaliação da saúde óssea.

Em relação à interpretação da densitometria dessa paciente, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve-se utilizar o T-score.
- (B) Deve-se utilizar preferencialmente o Z-score.
- (C) O diagnóstico depende exclusivamente da densidade mineral óssea.
- (D) Um T-score inferior a -2,5 estabelece o diagnóstico de osteoporose infantil.
- (E) A presença de fraturas prévias não deve interferir na interpretação do exame densitométrico.

8

Menino de 5 anos é levado à consulta por arqueamento progressivo dos membros inferiores e dificuldade para acompanhar outras crianças durante atividades físicas. A mãe relata alimentação pouco variada, com baixo consumo de leite e derivados, e pouca exposição solar.

Ao exame, apresenta baixa estatura para a idade, *genu varo* bilateral e alargamento dos punhos. Os exames laboratoriais mostram cálcio sérico no limite inferior da normalidade, fósforo reduzido, fosfatase alcalina elevada, paratormônio elevado e concentração reduzida de 25-hidroxivitamina D.

Considerando o conjunto de achados clínicos e laboratoriais, assinale a conduta inicial mais adequada.

- (A) Observar, pois o *genu varo* é fisiológico nessa idade.
- (B) Prescrever apenas cálcio e reavaliar as deformidades após três meses.
- (C) Iniciar vitamina D e cálcio, além de orientar correção dos fatores nutricionais.
- (D) Solicitar investigação de perda renal de fósforo antes de tratar, pela suspeita de raquitismo hipofosfatêmico.
- (E) Encaminhar para correção ortopédica das deformidades e postergar o tratamento metabólico até definição radiográfica completa.

9

Menino de 8 anos é levado à consulta por dor em joelhos e tornozelos há seis semanas, inicialmente atribuída a atividade física. Nas últimas duas semanas, passou a acordar à noite por dor nos membros inferiores e apresentou redução das atividades habituais. A mãe refere palidez e surgimento recente de equimoses sem trauma significativo. Nega febre persistente, exantema, diarreia ou infecção recente. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, pequenas equimoses em membros inferiores e dor à palpação de metáfises tibiais, sem calor, derrame articular ou limitação consistente da mobilidade passiva das articulações.

Os exames mostram hemoglobina de 9,6 g/dL, leucócitos de 7.800/mm³, plaquetas de 112.000/mm³, velocidade de hemossedimentação de 48 mm na primeira hora, proteína C-reativa normal e desidrogenase láctica elevada.

Considerando a história clínica, o exame físico e os exames subsidiários, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Observar como dor de crescimento, sem investigação adicional.
- (B) Solicitar radiografias dos membros e manter analgesia até reavaliação.
- (C) Considerar artrite idiopática juvenil e iniciar anti-inflamatório não esteroide.
- (D) Investigar infecção osteoarticular com culturas e ressonância magnética dos segmentos dolorosos.
- (E) Suspeitar de doença hematológica e ampliar a investigação com esfregaço periférico e avaliação hematológica antes de iniciar imunossupressão.

10

Mulher de 44 anos apresenta dor e edema em articulações das mãos há cinco semanas. Ao exame, há sinovite clínica em três pequenas articulações: segunda e terceira metacarpofalangeanas da mão direita e segunda interfalangeana proximal da mão esquerda. Não há evidências clínicas de outro diagnóstico que explique a sinovite. O fator reumatoide é negativo, o anticorpo contra peptídeo citrulinado cíclico encontra-se acima de três vezes o limite superior da normalidade, e a velocidade de hemossedimentação e a proteína C-reativa estão normais.

De acordo com os critérios de classificação do American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism de 2010, assinale a opção que apresenta a pontuação e a classificação corretas.

- (A) 2 pontos; não preenche classificação para reumatismo.
- (B) 4 pontos; não preenche classificação para artrite reumatoide.
- (C) 5 pontos; não preenche classificação para artrite reumatoide.
- (D) 6 pontos; preenche classificação para artrite reumatoide definida.
- (E) 7 pontos; preenche classificação e dispensa investigação diagnóstica adicional.

11

Adolescente de 15 anos apresenta fadiga, febre baixa intermitente e dor em mãos e joelhos há dois meses. Refere aparecimento de lesões eritematosas na face após exposição solar e episódios recorrentes de úlceras orais. Ao exame, apresenta eritema malar e artrite em punhos e pequenas articulações das mãos. Os exames mostram hemoglobina de 10,2 g/dL, leucócitos de 3.200/mm³, anticorpos antinucleares positivos em alto título e anticorpos anti-DNA de dupla hélice positivos. O exame de urina revela proteinúria e hematúria microscópica, embora a creatinina sérica esteja normal.

Considerando o conjunto de achados, assinale a conduta mais adequada nesse momento.

- (A) Repetir o hemograma em quatro semanas.
- (B) Tratar como artrite idiopática juvenil com anti-inflamatório.
- (C) Investigar infecção viral aguda antes de considerar doença autoimune sistêmica.
- (D) Suspeitar de lúpus juvenil e solicitar avaliação renal com creatinina e quantificação da proteinúria.
- (E) Considerar lúpus juvenil sem acometimento renal, pois a função renal preservada afasta nefrite lúpica clinicamente relevante.

12

Mulher de 58 anos, na pós-menopausa, apresenta dermatomiosite diagnosticada há oito meses, após quadro de fraqueza muscular proximal simétrica, elevação de creatinoquinase e lesões cutâneas características. Evoluiu com melhora clínica após tratamento com glicocorticoide sistêmico e encontra-se atualmente em uso de prednisona 10 mg/dia, além de imunossupressor poupador de glicocorticoide. Nega fraturas prévias e não realizou avaliação prévia da densidade mineral óssea.

Considerando a doença inflamatória de base, a exposição prolongada ao glicocorticoide e a condição pós-menopausa, assinale a conduta mais adequada para avaliação da saúde óssea.

- (A) Priorizar medidas não farmacológicas e reavaliar o risco ósseo após a suspensão do glicocorticoide.
- (B) Solicitar densitometria óssea, mas interpretar o exame pelo Z-score por se tratar de osteoporose secundária.
- (C) Solicitar densitometria óssea agora e interpretar o exame pelo T-score, considerando também os demais fatores clínicos de risco.
- (D) Adiar a densitometria até completar 12 meses de glicocorticoide, pois o risco ósseo relevante depende principalmente da exposição cumulativa prolongada.
- (E) Solicitar densitometria apenas se a prednisona ultrapassar 15 mg/dia, pois doses menores, quando controlam a inflamação, apresentam baixo impacto sobre o risco de fratura.

13

Mulher de 32 anos, com lúpus eritematoso sistêmico há seis anos, está em uso de prednisona há aproximadamente 18 meses, atualmente na dose de 7,5 mg/dia. Apresenta baixa exposição solar por fotossensibilidade e refere queda da própria altura há duas semanas, evoluindo com fratura do rádio distal. Não havia história prévia de trauma de alta energia. A dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D encontra-se reduzida.

Considerando a idade da paciente, a exposição ao glicocorticoide, a fratura e a deficiência de vitamina D, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Orientar apenas atividade física e repetir a avaliação clínica em seis meses.
- (B) Solicitar densitometria óssea e interpretar o exame exclusivamente pelo T-score.
- (C) Corrigir a deficiência de vitamina D e aguardar nova fratura antes de investigar osteoporose.
- (D) Reconhecer a fratura por fragilidade, solicitar densitometria óssea com interpretação pelo Z-score e corrigir a deficiência de vitamina D.
- (E) Considerar que a baixa densidade óssea decorre apenas do glicocorticoide e adiar a investigação de outras causas secundárias até a suspensão completa da medicação.

14

Mulher de 49 anos, com esclerose sistêmica há oito anos, apresenta distensão abdominal recorrente, episódios de diarreia e perda de 8 kg no último ano. O índice de massa corporal é de 17,4 kg/m². A investigação clínica demonstra dismotilidade intestinal associada à doença, com evidências de má absorção. Os exames laboratoriais mostram albumina discretamente reduzida e concentração sérica diminuída de 25-hidroxivitamina D. A paciente não utiliza glicocorticoides e não apresenta história prévia de fratura.

Considerando de forma integrada as manifestações gastrointestinais da esclerose sistêmica e seus possíveis efeitos sobre a saúde óssea, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Repor vitamina D e acompanhar a evolução ponderal.
- (B) Solicitar densitometria óssea e definir a investigação metabólica conforme o resultado obtido.
- (C) Solicitar densitometria óssea e considerar o baixo peso como principal determinante de eventual redução da massa óssea.
- (D) Solicitar densitometria óssea e ampliar a investigação de causas secundárias apenas se houver osteoporose densitométrica ou fratura por fragilidade.
- (E) Solicitar densitometria óssea e investigação das causas secundárias de fragilidade, considerando que má absorção, baixo peso e deficiência de vitamina D podem atuar conjuntamente.

15

Mulher de 45 anos, com síndrome de Sjögren primária há quatro anos, procura atendimento por fadiga diária há cerca de nove meses, com dificuldade para manter suas atividades profissionais e habituais. Refere xerostomia e xerofthalmia sem piora recente. Nega febre, perda ponderal, artrite, aumento de glândulas salivares ou outros sintomas novos. Hemograma e função tireoidiana estão normais, e não há elementos clínicos ou laboratoriais sugestivos de aumento da atividade sistêmica da doença. Ao detalhar a história, relata sono pouco reparador, dor musculoesquelética intermitente e redução progressiva da atividade física.

Considerando a fadiga crônica na síndrome de Sjögren, assinale a abordagem inicial mais adequada.

- (A) Acompanhar a fadiga em paralelo com os marcadores laboratoriais da doença.
- (B) Recomendar aumento gradual da atividade física e reavaliar a intensidade da fadiga posteriormente.
- (C) Considerar a fadiga manifestação extraglandular suficiente para justificar intensificação do tratamento sistêmico da síndrome de Sjögren.
- (D) Manter o tratamento da doença e investigar outras causas somente se a fadiga persistir após melhora completa dos sintomas de secura.
- (E) Avaliar de forma integrada sono, dor, humor, atividade física e outros fatores clínicos associados, sem atribuir a intensidade da fadiga isoladamente à atividade sistêmica da síndrome de Sjögren.

16

Menino de 11 anos, com artrite idiopática juvenil sistêmica de evolução crônica, apresenta períodos recorrentes de atividade inflamatória desde os 6 anos de idade. Nos últimos dois anos, houve redução da velocidade de crescimento e afastamento progressivo de atividades físicas. A curva de crescimento mostra queda de dois percentis de estatura, sem história familiar de baixa estatura. O desenvolvimento puberal ainda não se iniciou. Não apresenta fraturas prévias.

Considerando a relação entre doença inflamatória crônica, crescimento e aquisição de massa óssea durante a infância e a adolescência, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Acompanhar a evolução anual da estatura.
- (B) Iniciar suplementação de cálcio como principal estratégia de proteção óssea.
- (C) Avaliar a massa óssea somente se ocorrer fratura por trauma de baixa energia.
- (D) Priorizar o controle da inflamação e reavaliar o crescimento apenas após o início espontâneo da puberdade.
- (E) Controlar adequadamente a atividade inflamatória e acompanhar crescimento, maturação puberal, estado nutricional e atividade física, considerando seus efeitos conjuntos sobre a aquisição de massa óssea.

17

Mulher de 31 anos refere lombalgia há 18 meses, de início insidioso, com piora durante o repouso, despertares noturnos por dor e melhora ao se levantar e caminhar. Relata episódio de uveíte anterior confirmado por oftalmologista há dois anos. Ao exame, não apresenta déficit neurológico nem limitação importante da mobilidade lombar. A proteína C reativa é normal e a pesquisa do HLA-B27 é negativa. Radiografia das articulações sacroilíacas não demonstra sacroileíte definida.

Diante da persistência da suspeita clínica de espondiloartrite axial, assinale a próxima etapa mais adequada da investigação.

- (A) Repetir a radiografia das articulações sacroilíacas após um ano para pesquisar progressão estrutural.
- (B) Solicitar ressonância magnética das articulações sacroilíacas para pesquisar inflamação ativa compatível com sacroileíte.
- (C) Solicitar ressonância magnética da coluna lombar para identificar alterações inflamatórias axiais não demonstradas pela radiografia das articulações sacroilíacas.
- (D) Considerar improvável espondiloartrite axial diante da negatividade do HLA-B27 e da ausência de sacroileíte definida na radiografia convencional.
- (E) Manter acompanhamento clínico sem investigação adicional por imagem, utilizando a evolução da proteína C reativa e da mobilidade lombar para decidir posteriormente sobre nova avaliação das articulações sacroilíacas.

18

Homem de 42 anos, com psoríase em placas há oito anos, procura o ambulatório por dor e aumento de volume no joelho esquerdo há quatro meses. Nas últimas semanas, passou a apresentar dor na inserção do tendão de Aquiles direito e aumento difuso do segundo pododáctilo esquerdo, envolvendo todo o dedo. Ao exame, há sinovite do joelho esquerdo, dor à palpação da inserção do tendão de Aquiles e edema uniforme de todo o segundo pododáctilo. Apresenta ainda onicólise em algumas unhas das mãos. Fator reumatoide e anticorpos antipeptídeos citrulinados são negativos.

Considerando o conjunto das manifestações musculoesqueléticas, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Considerar artrite periférica associada à psoríase, sem evidências clínicas suficientes de outros domínios musculoesqueléticos.
- (B) Interpretar o acometimento do tendão de Aquiles como tendinopatia mecânica concomitante e o edema digital como extensão da sinovite periférica.
- (C) Reconhecer artrite psoriásica com acometimento periférico associado a entesite do Aquiles e dactilite do segundo pododáctilo.
- (D) Priorizar artrite reumatoide soronegativa associada à psoríase, considerando a sinovite periférica como manifestação principal e as alterações do pé como achados secundários.
- (E) Considerar artrite psoriásica apenas após confirmação por imagem da entesite e demonstração de sinovite em cada articulação do pododáctilo aumentado de volume.

19

Mulher de 72 anos, em acompanhamento ambulatorial por polimialgia reumática diagnosticada há quatro meses, apresenta boa resposta à prednisona, atualmente em redução gradual da dose. Procura atendimento não programado por cefaleia temporal de início recente, sensibilidade no couro cabeludo e dor mandibular ao mastigar. Na manhã da consulta, apresentou perda transitória da visão do olho direito, com recuperação completa após cerca de dez minutos. Ao exame, a artéria temporal direita é dolorosa à palpação. A velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa estão elevadas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e o risco associado ao quadro atual, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar imediatamente glicocorticoide em alta dose e providenciar investigação urgente para arterite de células gigantes, sem aguardar confirmação histológica.
- (B) Aumentar temporariamente a prednisona para a faixa utilizada no tratamento da polimialgia reumática e reavaliar os sintomas visuais nas próximas 24 horas.
- (C) Solicitar ultrassonografia das artérias temporais antes de modificar o tratamento, iniciando glicocorticoide em alta dose apenas se houver achado compatível com vasculite.
- (D) Encaminhar para avaliação oftalmológica prioritária e manter a dose atual de prednisona até confirmação objetiva de neuropatia óptica isquêmica ou de vasculite craniana.
- (E) Suspender a redução da prednisona, solicitar biópsia da artéria temporal e aguardar o resultado histopatológico antes de intensificar o tratamento, evitando exposição desnecessária a altas doses de glicocorticoide.

20

Homem de 68 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e doença renal crônica, procura uma unidade de pronto atendimento por dor intensa e aumento de volume do joelho direito iniciados há aproximadamente 18 horas. Refere dois episódios semelhantes no hálux nos últimos três anos, sem uso regular de terapia hipouricemiante. Está afebril, hemodinamicamente estável e sem foco infeccioso aparente. O joelho apresenta derrame, calor e importante limitação dolorosa da mobilização.

Os exames mostram: ácido úrico sérico 8,9 mg/dL (3,5–7,2 mg/dL), creatinina 2,2 mg/dL (0,7–1,3 mg/dL), taxa de filtração glomerular estimada de 29 mL/min/1,73 m² (≥90 mL/min/1,73 m²), leucócitos 10.800/mm³ (4.000–11.000/mm³) e proteína C reativa 2,8 mg/dL (<0,5 mg/dL).

A artrocentese produz líquido sinovial amarelo e turvo, com 31.600 leucócitos/mm³ (<200/mm³), 86% de neutrófilos (<25%), cristais intracelulares em forma de agulha com forte birrefringência negativa à luz polarizada compensada e bacterioscopia sem microrganismos. O material foi encaminhado para cultura.

Considerando os achados clínicos, a análise do líquido sinovial e as comorbidades do paciente, assinale a conduta terapêutica mais adequada para o episódio atual.

- (A) Iniciar alopurinol em dose plena como principal medida para interromper o processo inflamatório articular agudo.
- (B) Prescrever anti-inflamatório não esteroidal em dose anti-inflamatória plena até resolução completa da artrite, com monitorização da função renal.
- (C) Administrar colchicina em esquema repetido até desaparecimento da dor, considerando a identificação de cristais suficiente para orientar a segurança do tratamento.
- (D) Iniciar antibioticoterapia empírica para artrite séptica e postergar o tratamento anti-inflamatório até disponibilidade do resultado definitivo da cultura sinovial.
- (E) Tratar imediatamente a crise de gota com glicocorticoide, evitando anti-inflamatório não esteroidal diante das comorbidades, e manter a cultura do líquido sinovial em processamento.

21

Mulher de 63 anos, com artrite reumatoide em remissão clínica, em uso de metotrexato 20 mg/semana e prednisona 5 mg/dia, procura serviço de urgência por dor intensa e aumento de volume do joelho esquerdo iniciados há dois dias. Refere calafrios na noite anterior, mas não aferiu febre. Ao exame, apresenta temperatura de 37,4 °C, derrame volumoso, calor local e limitação importante da mobilização ativa e passiva do joelho. Não há sinovite nas demais articulações.

Os exames mostram leucócitos 9.800/mm³ (4.000–11.000/mm³) e proteína C reativa 8,6 mg/dL (<0,5 mg/dL). A artrocentese obtém líquido sinovial amarelo e turvo, com 38.400 leucócitos/mm³ (<200/mm³), 89% de neutrófilos (<25%), ausência de cristais à microscopia com luz polarizada e bacterioscopia sem visualização de microrganismos.

Considerando a apresentação clínica e os resultados iniciais do líquido sinovial, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Interpretar o quadro como reativação monoarticular da artrite reumatoide e intensificar temporariamente o tratamento anti-inflamatório.
- (B) Solicitar ressonância magnética do joelho antes de definir a terapêutica, visando demonstrar alterações estruturais que favoreçam infecção articular.
- (C) Repetir a artrocentese em curto intervalo e condicionar a investigação microbiológica adicional à elevação da contagem sinovial acima de 50.000 leucócitos/mm³.
- (D) Manter alta suspeição de artrite séptica, encaminhar líquido sinovial e sangue para culturas e iniciar antibioticoterapia empírica após a coleta, associada à avaliação para drenagem articular.
- (E) Considerar artrite séptica no diagnóstico diferencial, mas observar a evolução clínica antes de iniciar antibióticos, reservando o tratamento imediato para cultura positiva, bacterioscopia positiva ou aumento subsequente da celularidade sinovial.

22

Mulher de 62 anos procura atendimento ambulatorial por dor nas mãos há cerca de três anos, com piora ao longo do dia e durante atividades como abrir potes e torcer roupas. Refere rigidez matinal por aproximadamente 15 minutos. Ao exame, apresenta aumento de consistência óssea em várias articulações interfalangeanas distais e proximais e dor à mobilização da primeira carpometacarpiana bilateralmente. Não há sinovite nas metacarpofalangianas ou nos punhos, nem dactilite, alterações ungueais ou lesões cutâneas sugestivas de psoríase.

Os exames mostram proteína C reativa de 0,3 mg/dL (< 0,5 mg/dL), fator reumatoide de 22 UI/mL (< 14 UI/mL) e anticorpos antipeptídeos citrulinados < 7 U/mL (< 20 U/mL). Radiografias das mãos mostram osteófitos e redução do espaço articular em interfalangeanas distais, proximais e primeiras carpometacarpianas, sem erosões centrais e sem alterações relevantes em metacarpofalangianas ou punhos.

Considerando a distribuição do acometimento, os achados do exame físico e os exames complementares, assinale a interpretação diagnóstica mais adequada.

- (A) Diagnosticar osteoartrite de mãos, valorizando o padrão clínico-radiográfico apesar do fator reumatoide em baixo título.
- (B) Priorizar artrite reumatoide, pois o fator reumatoide positivo associado ao acometimento das interfalangeanas proximais sustenta artrite inflamatória inicial.
- (C) Considerar artrite psoriásica periférica, pois o envolvimento das interfalangeanas distais pode preceder manifestações cutâneas e justificar o padrão radiográfico observado.
- (D) Classificar o quadro como osteoartrite erosiva das mãos, considerando que o acometimento de interfalangeanas distais e proximais pode ocorrer mesmo antes do aparecimento de erosões centrais.
- (E) Investigar prioritariamente artropatia por deposição de pirofosfato de cálcio, pois a idade, o padrão poliarticular e a positividade isolada do fator reumatoide podem produzir apresentação semelhante à osteoartrite das mãos.

23

Mulher de 48 anos é encaminhada ao ambulatório de reumatologia por fraqueza progressiva há três meses. Relata dificuldade crescente para subir escadas, levantar-se de cadeiras baixas e elevar os braços para pentear os cabelos. Nega parestesias, dor radicular ou alterações esfinterianas. Não apresenta lesões cutâneas.

Ao exame, há redução simétrica da força muscular em cinturas escapular e pélvica, com força distal preservada, reflexos osteotendíneos presentes e sensibilidade sem alterações.

Os exames mostram creatinoquinase de 3.120 U/L (26–192 U/L), aldolase de 18 U/L (1,0–7,5 U/L), aspartato aminotransferase de 96 U/L (< 35 U/L), proteína C reativa de 0,7 mg/dL (< 0,5 mg/dL) e hormônio tireoestimulante de 2,1 mUI/L (0,4–4,5 mUI/L).

A ressonância magnética das coxas demonstra edema muscular bilateral e relativamente simétrico nas sequências sensíveis a líquido, sem substituição gordurosa significativa. A eletroneuromiografia evidencia potenciais de unidade motora de curta duração e baixa amplitude, com fibrilações e ondas agudas positivas; os estudos de condução nervosa não mostram alterações relevantes.

Considerando a integração dos achados clínicos e complementares, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Atribuir a fraqueza à descondição muscular, considerando a preservação dos reflexos e da sensibilidade.
- (B) Reconhecer um padrão de miopatia inflamatória ativa, sustentado pela fraqueza proximal associada aos achados enzimáticos, de imagem e eletrofisiológicos.
- (C) Priorizar neuropatia motora proximal, interpretando a atividade espontânea na eletroneuromiografia como evidência de desnervação apesar da condução nervosa preservada.
- (D) Considerar a ressonância magnética suficiente para estabelecer o diagnóstico etiológico de miopatia inflamatória, dispensando a integração com manifestações clínicas, enzimas musculares e estudos eletrofisiológicos.
- (E) Interpretar a elevação expressiva da creatinoquinase como diagnóstico específico de miopatia inflamatória, utilizando a ressonância e a eletroneuromiografia apenas para quantificar a intensidade da fraqueza e definir o prognóstico funcional.

24

Homem de 36 anos está internado há seis dias para investigação de febre persistente. Há cerca de três semanas apresenta picos febris diários acima de 39 °C, acompanhados por *rash* eritematoso transitório no tronco e nos membros proximais, que surge durante os episódios febris, além de odinofagia e artralgia inicialmente migratória, evoluindo com artrite de punhos e joelhos.

Ao exame entre os picos de febre, encontra-se hemodinamicamente estável e sem foco infeccioso evidente.

Os exames mostram leucócitos de 18.700/mm³ (4.000–11.000/mm³), com 86% de neutrófilos (40–70%), hemoglobina de 12,4 g/dL (13,5–17,5 g/dL), plaquetas de 418.000/mm³ (150.000–450.000/mm³), proteína C reativa de 18,2 mg/dL (< 0,5 mg/dL), ferritina de 9.800 ng/mL (30–400 ng/mL), aspartato aminotransferase de 76 U/L (< 35 U/L) e alanina aminotransferase de 91 U/L (< 45 U/L). Fator reumatoide e anticorpos antinucleares são negativos.

Foram obtidas três hemoculturas antes do início dos antimicrobianos, além de urocultura, todas sem crescimento. Tomografias de tórax, abdome e pelve não demonstraram foco infeccioso ou massa suspeita, e ecocardiograma não mostrou vegetações. Após cinco dias de antibioticoterapia empírica, o paciente mantém o mesmo padrão diário de febre e *rash*.

Considerando a evolução clínica, a investigação realizada e o diagnóstico diferencial entre infecção e doença inflamatória sistêmica, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Manter antibioticoterapia empírica, pois a ferritina elevada não permite afastar infecção bacteriana.
- (B) Suspender os antimicrobianos e observar a curva febril por alguns dias antes de iniciar tratamento imunomodulador específico.
- (C) Reconhecer doença de Still do adulto como hipótese principal e iniciar glicocorticoide sistêmico após investigação infecciosa adequada sem foco identificado.
- (D) Solicitar biópsia de medula óssea antes de qualquer mudança terapêutica, pois febre persistente, neutrofilia e hiperferritinemia exigem exclusão histológica de síndrome hemofagocítica.
- (E) Manter cobertura antimicrobiana de amplo espectro e acrescentar glicocorticoide sistêmico simultaneamente, considerando que a coexistência de infecção oculta e doença de Still não pode ser suficientemente avaliada pelos exames já realizados.

25

Mulher de 59 anos, com esclerose sistêmica cutânea limitada diagnosticada há 11 anos, anticorpo anticentrômero positivo, é avaliada por dispneia progressiva aos esforços há seis meses. Nega febre, tosse produtiva ou dor torácica. Ao exame, apresenta telangiectasias, esclerodactilia e hiperfonese de P2, sem estertores pulmonares ou edema periférico.

A prova de função pulmonar mostra capacidade vital forçada de 91% do previsto e capacidade de difusão do monóxido de carbono de 42% do previsto. Tomografia computadorizada de tórax de alta resolução demonstra discretas alterações intersticiais basais, envolvendo menos de 10% do parênquima pulmonar. O ecocardiograma revela função sistólica preservada do ventrículo esquerdo, ausência de valvopatia significativa e pressão sistólica estimada da artéria pulmonar de 52 mmHg.

Considerando as possíveis causas de dispneia e hipertensão pulmonar na esclerose sistêmica, assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Repetir a função pulmonar antes de ampliar a investigação cardiovascular.
- (B) Iniciar micofenolato de mofetila para tratar provável progressão de doença pulmonar intersticial.
- (C) Iniciar sildenafil diante da elevação da pressão sistólica da artéria pulmonar estimada pelo ecocardiograma.
- (D) Solicitar cateterismo cardíaco direito para confirmar hipertensão pulmonar e definir seu mecanismo hemodinâmico antes da terapia específica.
- (E) Atribuir a dispneia à combinação de fibrose pulmonar e disfunção diastólica, reservando investigação invasiva para ausência de resposta ao tratamento dessas condições.

26

Mulher de 34 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há seis anos, em uso regular de hidroxiquina, é internada por dor torácica ventilatório-dependente, dispneia leve e aparecimento de petéquias em membros inferiores. Nas últimas 24 horas, apresentou epistaxe recorrente e sangramento gengival espontâneo. Nega febre, sintomas neurológicos ou redução do volume urinário. Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com atrito pericárdico discreto, petéquias em membros inferiores e equimoses esparsas, sem artrite.

O ecocardiograma demonstra pequeno derrame pericárdico, sem sinais de tamponamento. Os exames mostram hemoglobina de 11,8 g/dL (12–16 g/dL), leucócitos de 4.300/mm³ (4.000–11.000/mm³), plaquetas de 14.000/mm³ (150.000–450.000/mm³), reticulócitos de 1,6% (0,5–2,5%), desidrogenase láctica de 188 U/L (120–246 U/L), haptoglobina de 92 mg/dL (30–200 mg/dL), creatinina de 0,8 mg/dL (0,5–1,1 mg/dL), tempo de protrombina de 12,4 segundos (11–14 segundos) e fibrinogênio de 340 mg/dL (200–400 mg/dL). O esfregaço de sangue periférico não mostra esquizócitos. O exame de urina não apresenta proteinúria, hematúria ou cilindros. Há redução de C3 e C4 e aumento do título de anticorpos anti-DNA de dupla hélice em relação aos exames anteriores.

Considerando a integração das manifestações clínicas e laboratoriais, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Tratar a serosite com anti-inflamatório não esteroidal e acompanhar a contagem plaquetária.
- (B) Suspender a hidroxiquina e repetir o hemograma antes de instituir tratamento específico para a trombocitopenia.
- (C) Iniciar plasmaférese pela possibilidade de microangiopatia trombótica associada ao lúpus, apesar da ausência de evidências laboratoriais de hemólise microangiopática.
- (D) Realizar transfusão profilática de plaquetas como tratamento inicial da citopenia e postergar a imunossupressão até confirmação de anticorpos dirigidos contra antígenos plaquetários.
- (E) Tratar como trombocitopenia imune grave associada à atividade do lúpus, utilizando glicocorticoide em alta dose e imunoglobulina intravenosa diante do sangramento ativo, com posterior estratégia imunomoduladora conforme a resposta.

27

Mulher de 38 anos, com artrite reumatoide soropositiva há quatro anos, encontra-se em baixa atividade de doença utilizando leflunomida 20 mg/dia e hidroxiquina 300 mg/dia. No primeiro ano de tratamento, havia utilizado metotrexato, suspenso por intolerância gastrointestinal persistente apesar de suplementação de ácido fólico e tentativa de administração subcutânea. Na consulta atual, informa que pretende engravidar e pergunta se pode simplesmente suspender a leflunomida e iniciar as tentativas de concepção.

Apresenta hemoglobina de 12,8 g/dL (12–16 g/dL), leucócitos de 5.900/mm³ (4.000–11.000/mm³), plaquetas de 286.000/mm³ (150.000–450.000/mm³), creatinina de 0,7 mg/dL (0,5 – 1,1 mg/dL), aspartato aminotransferase de 24 U/L (< 35 U/L) e alanina aminotransferase de 27 U/L (< 35 U/L). A dose atual de hidroxiquina corresponde a 4,6 mg/kg/dia de peso corporal real, e o rastreamento oftalmológico não demonstra toxicidade retiniana.

Considerando as propriedades farmacológicas e os aspectos de segurança dos fármacos antirreumáticos sintéticos convencionais utilizados pela paciente, assinale a orientação mais adequada.

- (A) Substituir a leflunomida por metotrexato antes de suspender a contracepção.
- (B) Suspender a leflunomida, realizar procedimento de eliminação acelerada e manter a hidroxiquina durante o planejamento gestacional.
- (C) Suspender simultaneamente leflunomida e hidroxiquina, aguardando a eliminação espontânea de ambos os fármacos antes de permitir a concepção.
- (D) Manter temporariamente a leflunomida até a confirmação da gravidez, pois sua suspensão imediata aumenta o risco de reativação da artrite e o fármaco pode ser eliminado posteriormente.
- (E) Interromper a leflunomida e reiniciar metotrexato como terapia de transição, mantendo a hidroxiquina, pois a curta meia-vida sérica do metotrexato permite sua retirada apenas quando ocorrer atraso menstrual.

28

Homem de 57 anos, com espondiloartrite axial radiográfica há 24 anos, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Apresenta limitação importante da mobilidade lombar e radiografias recentes demonstram múltiplos sindesmófitos lombares, alguns formando pontes ósseas. Não utiliza glicocorticoides. Nega fraturas conhecidas, mas refere redução de 4 cm na estatura em relação ao início da vida adulta e episódio recente de dor torácica posterior após levantar uma caixa, com melhora progressiva em duas semanas.

A densitometria óssea por dupla emissão de raios X mostra T-score de +0,1 na coluna lombar anteroposterior, -2,3 no colo do fêmur e -2,1 no quadril total. Cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, creatinina e 25-hidroxivitamina D estão dentro dos respectivos intervalos de referência.

Considerando a espondiloartrite axial de longa duração e as limitações da avaliação densitométrica nesse contexto, assinale a opção que apresenta a interpretação e a conduta mais adequadas.

- (A) Considerar baixo o risco de fratura porque a densidade mineral óssea lombar está preservada.
- (B) Interpretar a discordância densitométrica como variação entre sítios e repetir o exame antes de investigar fratura vertebral.
- (C) Suspeitar de superestimação da densidade lombar pelos sindesmófitos, valorizar a medida do quadril e investigar a presença de fratura vertebral.
- (D) Classificar o paciente como portador de osteoporose apenas se o T-score femoral atingir -2,5, utilizando até então exclusivamente medidas preventivas e acompanhamento densitométrico periódico.
- (E) Desconsiderar a densitometria da coluna e solicitar somente nova densitometria do quadril em um ano, reservando avaliação por imagem vertebral para dor persistente ou surgimento de déficit neurológico.

29

Mulher de 46 anos apresenta dor e edema simétricos em metacarpofalângianas, interfalângianas proximais e punhos há quatro meses, com rigidez matinal de cerca de 90 minutos. Ao exame, há sinovite em oito articulações. O fator reumatoide e o anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico são positivos. A proteína C reativa está elevada. Hemograma, creatinina e transaminases estão dentro dos intervalos de referência.

A paciente não apresenta doença hepática, renal ou pulmonar, não faz uso de álcool em excesso e não tem planos gestacionais. Nunca utilizou medicamento modificador do curso da doença.

Considerando o diagnóstico de artrite reumatoide ativa e a ausência de contraindicações relevantes, assinale a estratégia terapêutica inicial mais adequada.

- (A) Iniciar hidroxicloroquina em monoterapia, priorizando o melhor perfil de segurança.
- (B) Iniciar metotrexato como csDMARD de primeira linha, com suplementação de ácido fólico e monitorização laboratorial.
- (C) Iniciar leflunomida como primeira escolha, reservando o metotrexato apenas para casos de falha terapêutica.
- (D) Iniciar combinação de metotrexato, leflunomida e hidroxicloroquina desde o início para aumentar a chance de remissão precoce.
- (E) Iniciar medicamento biológico em monoterapia, considerando a positividade do fator reumatoide e do anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico.

30

Mulher de 59 anos, com síndrome de Sjögren primária diagnosticada há nove anos, apresenta xerostomia e xeroftalmia habitualmente estáveis. Procura o ambulatório porque percebeu aumento progressivo e indolor da parótida esquerda há cerca de dois meses. Nas últimas semanas, notou também um nódulo na região cervical ipsilateral. Nega febre, odinofagia, secreção purulenta oral ou dor à mastigação. Não houve melhora espontânea do aumento glandular.

Ao exame, a parótida esquerda encontra-se aumentada, de consistência firme e indolor, e há linfonodo cervical de aproximadamente 2 cm, móvel e indolor. Hemograma e função renal estão preservados. A proteína C reativa é discretamente elevada. O complemento C4 está reduzido, há crioglobulinas séricas detectáveis e a eletroforese com imunofixação demonstra componente monoclonal IgM kappa de pequena magnitude.

Considerando a evolução clínica e os achados associados, assinale a conduta que deve ser priorizada.

- (A) Solicitar ultrassonografia das glândulas salivares e reavaliar clinicamente em três meses.
- (B) Tratar o aumento parotídeo como manifestação de atividade glandular e iniciar glicocorticoide sistêmico.
- (C) Investigar infecção bacteriana da parótida com cultura de secreção e iniciar antibiótico se houver crescimento microbiológico.
- (D) Repetir a biópsia de glândula salivar labial para quantificar o infiltrado linfocitário e utilizar o novo *focus score* para definir a conduta.
- (E) Priorizar investigação de doença linfoproliferativa com avaliação dirigida da parótida aumentada e do linfonodo, incluindo ultrassonografia e obtenção de tecido para histologia e imunofenotipagem.

31

Homem de 51 anos procura atendimento por perda ponderal de 6 kg em três meses, fadiga e dores musculares difusas. Nas últimas semanas, passou a apresentar dor abdominal pós-prandial, episódios de dormência no pé direito e dificuldade recente para realizar dorsiflexão desse pé. Refere também surgimento de manchas arroxeadas reticuladas nos membros inferiores.

Ao exame, apresenta pressão arterial de 168/102 mmHg, livedo reticular em ambas as pernas e déficit motor compatível com neuropatia periférica assimétrica. A creatinina é de 1,3 mg/dL (0,6–1,3 mg/dL), o exame de urina não demonstra hematuria, proteinúria significativa ou cilindros hemáticos, e a proteína C reativa está elevada. A pesquisa de ANCA é negativa. Não há eosinofilia, asma ou sintomas de vias aéreas superiores.

Considerando o conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Poliangiite microscópica, pela associação entre sintomas sistêmicos, neuropatia periférica e hipertensão arterial.
- (B) Poliarterite nodosa, pelo padrão de vasculite de médios vasos com neuropatia periférica, dor abdominal e hipertensão, sem glomerulonefrite.
- (C) Granulomatose eosinofílica com poliangiite, considerando a neuropatia periférica e o comprometimento sistêmico, mesmo na ausência de asma e eosinofilia.
- (D) Síndrome antifosfolípideo, considerando que livedo reticular, dor abdominal isquêmica e neuropatia podem refletir eventos trombóticos arteriais em diferentes territórios.
- (E) Doença ateroembólica por colesterol, diante da possibilidade de isquemia multissistêmica associada a alterações cutâneas, comprometimento renal e manifestações neurológicas periféricas.

32

Homem de 68 anos, com osteoartrite de joelho, procura o ambulatório por piora da dor após aumento recente das caminhadas. Apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e doença renal crônica, com taxa de filtração glomerular estimada em 38 mL/min/1,73 m². Faz uso regular de losartana e furosemida. Não há derrame articular importante, calor local ou sinais sugestivos de artrite inflamatória.

O paciente relata que costuma utilizar ibuprofeno por conta própria quando a dor piora e pergunta se pode manter essa estratégia.

Considerando o perfil clínico e a segurança dos anti-inflamatórios não esteroidais, assinale a orientação mais adequada.

- (A) Manter ibuprofeno oral apenas nos dias de maior dor.
- (B) Trocar ibuprofeno por celecoxibe oral, sem modificar os demais medicamentos.
- (C) Evitar AINE oral e preferir um AINE tópico para o joelho, considerando o risco renal e cardiovascular.
- (D) Associar um inibidor da bomba de prótons ao ibuprofeno oral para reduzir os principais riscos relacionados ao tratamento.
- (E) Prescrever naproxeno oral em dose plena, por apresentar perfil cardiovascular mais favorável, mantendo o diurético e o bloqueador do sistema renina-angiotensina.

33

Homem de 58 anos apresenta lombalgia há seis semanas, associada a dor que se irradia pela face anterior da coxa direita, alcançando a região medial da perna. Refere dificuldade recente para subir escadas. Ao exame, apresenta discreta redução da força de extensão do joelho direito, reflexo patelar diminuído e hipoestesia na face medial da perna. A mobilização passiva do quadril, inclusive a rotação interna, é indolor e preservada. O teste de flexão, abdução e rotação externa do quadril não reproduz a dor. A elevação da perna estendida é negativa, enquanto a extensão passiva do quadril com flexão do joelho reproduz a dor irradiada habitual.

Considerando a anatomia funcional e os achados do exame físico, assinale o diagnóstico que melhor explica o quadro.

- (A) Coxartrose, pela dor referida para a coxa e o joelho.
- (B) Disfunção sacroilíaca, pela lombalgia associada à irradiação para o membro inferior.
- (C) Radiculopatia L5-S1, apesar da elevação da perna estendida não reproduzir os sintomas.
- (D) Neuropatia femoral, explicando a fraqueza do quadríceps e a redução do reflexo patelar encontrados ao exame.
- (E) Radiculopatia L4, sustentada pela distribuição sensitiva, fraqueza do quadríceps, hiporreflexia patelar e reprodução da dor pelo teste de estiramento femoral.

34

Homem de 68 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica, apresenta dor intensa e aumento de volume do joelho direito iniciados há 18 horas. Nega trauma. Refere episódio semelhante no mesmo joelho há cerca de um ano, com resolução espontânea em poucos dias. Ao exame, apresenta derrame articular volumoso, calor e importante limitação dolorosa da mobilidade. A temperatura axilar é de 37,7 °C. A concentração sérica de ácido úrico é de 8,6 mg/dL. A radiografia demonstra condrocalcinose dos meniscos. A artrocentese revela líquido sinovial turvo, com predomínio de neutrófilos, e cristais intracelulares romboides com birrefringência positiva fraca à luz polarizada compensada. A coloração de Gram não evidencia microrganismos.

Considerando o diagnóstico diferencial da monoartrite aguda, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Osteoartrite com derrame inflamatório agudo.
- (B) Gota aguda, favorecida pela presença de hiperuricemia.
- (C) Artrite séptica, apesar da ausência de microrganismos na coloração de Gram.
- (D) Artrite aguda por cristais de pirofosfato de cálcio, sendo desnecessária investigação microbiológica adicional.
- (E) Artrite aguda por cristais de pirofosfato de cálcio, mantendo-se a necessidade de cultura do líquido sinovial para excluir infecção concomitante.

35

Paciente de 52 anos, com artrite reumatoide e atividade persistente apesar do tratamento convencional, apresenta indicação de iniciar terapia biológica com um inibidor do fator de necrose tumoral. Durante a avaliação pré-tratamento, o teste para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* é positivo, sem evidências clínicas ou radiológicas de tuberculose ativa.

Considerando o mecanismo de ação dessa classe de medicamentos e sua relação com a resposta imune, assinale o conceito que melhor fundamenta a preocupação com a reativação da tuberculose.

- (A) Depleção de linfócitos B com redução da imunidade humoral.
- (B) Bloqueio da coestimulação de linfócitos T com menor ativação da resposta adaptativa.
- (C) Inibição da sinalização da interleucina 6, com redução da produção de proteínas de fase aguda.
- (D) Bloqueio da interleucina 17, com prejuízo da defesa mucocutânea e aumento da suscetibilidade a determinadas infecções fúngicas.
- (E) Neutralização do fator de necrose tumoral, interferindo na manutenção da resposta granulomatosa necessária para conter microrganismos intracelulares e favorecendo a reativação da tuberculose.

36

Mulher de 67 anos, na pós-menopausa, sofreu fratura do rádio distal após tropeçar e cair da própria altura. Não apresenta história de neoplasia, doença renal crônica ou uso prolongado de glicocorticoides. Após o tratamento da fratura, foi submetida à densitometria óssea, que mostrou escore T de -2,1 no colo do fêmur e -1,9 na coluna lombar. Cálcio sérico, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina estão dentro dos valores de referência.

Considerando de forma integrada o mecanismo da fratura e os resultados da densitometria óssea, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Classificar a paciente como portadora de osteopenia com base nos resultados densitométricos apresentados.
- (B) Reconhecer a fratura por baixo trauma como manifestação clínica de osteoporose, independentemente de o escore T ser superior a -2,5.
- (C) Calcular o risco de fraturas antes de definir o diagnóstico, pois o escore T não alcançou o limite densitométrico para osteoporose.
- (D) Repetir a densitometria após a consolidação da fratura, utilizando a evolução da massa óssea para diferenciar osteopenia de osteoporose clínica.
- (E) Investigar inicialmente causas secundárias de redução da massa óssea e somente estabelecer o diagnóstico de osteoporose se nenhuma condição alternativa explicar a fratura.

37

Mulher de 34 anos, com diagnóstico prévio de síndrome antifosfolípide, procura atendimento com oito semanas de gestação. Aos 29 anos, apresentou trombose venosa profunda durante uso de anticoncepcional combinado. Dois anos depois, teve óbito fetal com 20 semanas de gestação, atribuído a insuficiência placentária. Apresenta positividade persistente para anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-beta-2-glicoproteína I. Desde a trombose, vinha em anticoagulação oral com varfarina, suspensa assim que confirmou a gestação. Não apresenta manifestações clínicas de lúpus eritematoso sistêmico.

Considerando o histórico trombótico, os antecedentes obstétricos e a gestação atual, assinale a estratégia antitrombótica mais adequada durante a gravidez.

- (A) Introduzir ácido acetilsalicílico em baixa dose como monoterapia.
- (B) Associar ácido acetilsalicílico em baixa dose à heparina de baixo peso molecular em dose profilática.
- (C) Associar ácido acetilsalicílico em baixa dose à heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica durante a gestação.
- (D) Utilizar heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica isoladamente, reservando o ácido acetilsalicílico para eventual insuficiência placentária.
- (E) Reiniciar a varfarina após o primeiro trimestre e associar ácido acetilsalicílico em baixa dose, devido ao elevado risco trombótico conferido pela tripla positividade.

38

Homem de 31 anos, previamente hígido, procura atendimento por dispneia progressiva, tosse e hemoptise há quatro dias. Ao exame, apresenta palidez e crepitações pulmonares bilaterais. A hemoglobina é de 8,9 g/dL, comparada a 13,6 g/dL em exame realizado dois meses antes. A tomografia de tórax mostra opacidades alveolares difusas bilaterais. A creatinina sérica, previamente de 0,9 mg/dL, encontra-se em 3,1 mg/dL. O exame de urina demonstra hematúria dismórfica e cilindros hemáticos. Anticorpos antinucleares e anticorpos anticitoplasma de neutrófilos são negativos, e as concentrações séricas de complemento são normais.

Considerando a associação entre os achados pulmonares e renais, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Edema pulmonar cardiogênico associado a glomerulopatia.
- (B) Pneumonia bilateral associada a lesão renal aguda de causa hemodinâmica.
- (C) Nefrite lúpica com hemorragia alveolar, mesmo sem outros elementos clínicos ou laboratoriais de lúpus.
- (D) Doença anti-membrana basal glomerular, pela associação entre hemorragia alveolar e glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (E) Granulomatose com poliangiite, porque a combinação de hemorragia alveolar e glomerulonefrite torna o diagnóstico provável mesmo sem manifestações de vias aéreas superiores.

39

Mulher de 64 anos refere dor no joelho direito há três anos, progressivamente mais limitante para caminhar, subir escadas e levantar-se de cadeiras. A dor piora ao longo do dia e melhora com repouso. Refere rigidez ao iniciar os movimentos pela manhã, com duração aproximada de dez minutos. Ao exame, apresenta crepitação, discreta limitação da flexão, aumento ósseo do compartimento medial e ausência de calor ou derrame articular significativo. Não apresenta sintomas constitucionais nem acometimento de outras articulações. A radiografia em carga mostra osteófitos marginais e discreto estreitamento assimétrico do espaço articular medial. A paciente relata dor e limitação funcional mais intensas do que esperava após ler o laudo radiológico, que descreve as alterações como leves.

Considerando a relação entre manifestações clínicas e alterações estruturais na osteoartrite, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Reconhecer osteoartrite do joelho e orientar a conduta pela repercussão clínica e funcional, sem exigir proporcionalidade com a radiografia.
- (B) Manter o diagnóstico de osteoartrite e solicitar ressonância magnética para esclarecer se lesões estruturais adicionais justificam a intensidade da dor.
- (C) Considerar osteoartrite sintomática e atribuir a discrepância clínico-radiográfica a sensibilização da dor, antes de ampliar a investigação por imagem da paciente.
- (D) Reavaliar o diagnóstico de osteoartrite e pesquisar artropatia inflamatória ou doença por cristais, pois sintomas intensos com alterações leves sugerem doença associada.
- (E) Considerar a radiografia insuficiente para explicar o quadro e indicar investigação complementar sistemática, porque a intensidade da dor deve acompanhar aproximadamente a gravidade estrutural.

40

Menino de 12 anos é avaliado por dor e aumento de volume inicialmente no tornozelo direito, com melhora espontânea após dois dias, seguidos de acometimento do joelho esquerdo e, posteriormente, do tornozelo esquerdo. Há cerca de três semanas apresentou odinofagia e febre, sem tratamento específico. Ao exame, encontra-se afebril, com artrite do tornozelo esquerdo, sem lesões cutâneas ou alterações neurológicas. Não há sopro cardíaco à ausculta. A velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa estão elevadas, e a antistreptolisina O apresenta título elevado.

Considerando a hipótese de febre reumática aguda, assinale a abordagem mais adequada.

- (A) Considerar provável febre reumática e realizar avaliação cardiológica adicional apenas se surgirem achados auscultatórios sugestivos de valvopatia.
- (B) Priorizar artrite reativa pós-estreptocócica, considerando que o antecedente de faringite e a artrite de grandes articulações também ocorrem nessa condição.
- (C) Solicitar nova investigação microbiológica da orofaringe para documentar infecção estreptocócica recente antes de aplicar os critérios diagnósticos de febre reumática.
- (D) Considerar febre reumática aguda e realizar ecocardiograma, mesmo com ausculta cardíaca normal, para pesquisar cardite clínica ou subclínica.
- (E) Considerar febre reumática provável, mas adiar a avaliação ecocardiográfica até definir se a artrite mantém evolução migratória típica ou apresenta resposta rápida ao tratamento anti-inflamatório.

Pediatria

41

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornado 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 hígdas. 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. Jirovecii* 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 X e, 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) rabdomiossarcoma.
- (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 herpétiforme.

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 rastreio 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 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 cristalóide 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 esteroidal, 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 – poliartalgia 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 esteroidal 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, assinala 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) *Chlamydia 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 nirsevimabe 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

