

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA – ESPECIALIDADES CLÍNICAS

ASSINATURA DO CANDIDATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Tipo de Prova

Faculdade de Ciências Médicas

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015

Prova de Múltipla Escolha (16/11/2014)

ESPECIALIDADES CLÍNICAS



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 50 questões, numeradas de 1 a 50. Caso contrário solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- As duas provas terão a duração total de **5 horas**, incluindo o tempo para preenchimento da folha de resposta.
- Cada candidato receberá uma folha de respostas, que deverá ser devidamente assinada e preenchida com **caneta esferográfica preta**.
- As folhas de respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Não deixe questões sem resposta. Não será permitido o uso de calculadoras.
- **Preencha apenas uma letra (alternativa) para cada questão. Mais de uma resposta anulará a questão.**
- Observe que todas as respostas devem estar marcadas em **preto**, não cinza.
- O candidato só poderá sair após 2 horas e 30 minutos do início da prova.
- Somente será permitida a saída de um candidato da sala de exames quando acompanhado por um fiscal.
- As folhas de respostas que não forem entregues após **5 horas** do início da prova serão recolhidas.
- O caderno de prova **deverá ser entregue** ao final da prova, sugerimos que reserve alguns minutos da prova para copiar o gabarito na folha recebida, para posterior conferência com o gabarito oficial.
- A prova e o gabarito oficial serão divulgados a partir das 19 horas de 16/11/2014 pela internet nos sites: ***<http://www.fcm.unicamp.br/residências-em-saude>***

BOA PROVA!

VALORES DE REFERÊNCIA UTILIZADOS EM TODAS AS QUESTÕES

Hemograma

Hemoglobina (Hb)	Homem 13-17g/dL; Mulher 12-16g/dL
Hematócrito (Ht)	Homem 41-53%; Mulher 36-46%
VCM	78-100fL
HCM	26-34g/L
Eritrócitos	Homem 4,5-5,9 milhões/mm ³ ; Mulher 4,0-5,2 milhões/mm ³
Leucócitos	4,0-10,0 mil/mm ³ (neutrófilos 40-70%; bastões 0-10%; linfócitos 22-44%; monócitos 4-11%; eosinófilos 0-8%; basófilos 0-3%)
Linfócitos CD4	>2,0 mil/mm ³
Plaquetas	150-350 mil/mm ³
Reticulócitos	0,5-2,5%

Urina

Densidade	1001-1035
Osmolaridade	250-300 mOsm
pH	5,0-9,0
Proteína urina 24 h	<150 mg/24h
Sódio	40 a 220 mEq/24h
Relação albumina/creatinina	< 30 mg/g

Gasometria

pH	7,35-7,45
Pressão arterial de O ₂	83-108 mm Hg
Pressão arterial de CO ₂	35-45 mm Hg
Bicarbonato	21-28 mMol/L
Base excess	-3 a +3 mMol/L
Saturação de O ₂	>95%

Bioquímica sangue/soro/plasma

Ácido Úrico	2,5-8,0 mg/dL	C3	0,8-1,8 mg/dL
Albumina	3,5-5,5 g/dL	C4	0,2-0,6 mg/dL
Alfafetoproteína	< 8 ng/mL	Cálcio	9,0-10,5 mg/dL
ALT	< 35 U/L	Calcitonina	< 100 pg/mL
AST	< 35 U/L	Creatinofosfoquinase	< 170 U/L
Bicarbonato (HCO ₃ ⁻)	22-30 mEq/L	CK fração MB (CK-MB)	< 25 U/L
Bilirrubina total	0,3-1,0 mg/dL	Cloro	98-106 mEq/L
Bilirrubina direta	0,1-0,5 mg/dL	Creatinina (Cr)	< 1,5 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,1-0,7 mg/dL	Ferritina	10-300 ng/mL
BNP	10-94 pg/mL	Ferro sérico	30-160 Lg/dL

Fibrinogênio	150-370 mg/dL
Folato	3.0-16.0 µg/L
Fosfatase alcalina	30-120 U/L
Fosfato	2,5-4,5 mg/dL
Gama-GT	Homem 08 a 61 U/L Mulher 05 a 36 U/L
Lactato	0,7-2,1 mmol/L
LDH	100-190 U/L
Potássio (K)	3,5-5,0 mEq/L
Paratormônio (PTH)	10 a 65 pg/ml
PTH-rP	<1,35 pMol/l
RNI	0,9-1,2
Sódio (Na)	136-145 mEq/L
T4 livre	0,7-1,8 ng/dL
T3	70-200 ng/dL
TSH	0,4 a 6,0 U/mL
Tempo de protrombina	10-14 segundos 70 a 100%
Tempo de tromboplastina parcial ativada	25-36 segundos Razão<1,2
Uréia (Ur)	10-20 mg/dL
Vitamina B12	160-700 ng/L
VHS	Homem < 10 mm/1h; mulher < 15 mm/1h

01- Paciente masculino, 34 anos, frentista de posto de gasolina há 2 anos, apresenta há uma semana, inicialmente dores abdominais, seguidas de cefaléia, confusão mental, alucinações visuais e crises convulsivas. Há 1 ano foi internado por sintomas similares que melhoraram após 1 mês. Ao exame: confusão mental, taquicardia, hipertensão arterial, hipertermia (38,5 graus), sem sinais focais lateralizados, mas apresentando abolição de reflexos profundos, bem como hipoestesia dolorosa distalmente nos pés. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose; aumento do ácido aminolevulínico (ALA) e porfobilinogênio (PBG) na urina. Exame do liquor lombar: 7 células/mm³ (linfomononucleares) e leve aumento de proteínas (72 mg/dl). O diagnóstico que explica o quadro clínico atual e os antecedentes deve ser:

- a. Intoxicação por chumbo
- b. Intoxicação por solventes orgânicos
- c. Esclerose múltipla (novo surto)
- d. Porfiria aguda intermitente

02- Paciente feminino, 18 anos de idade apresenta episódios que se iniciam com sensação de mal estar e desconforto na região epigástrica, seguida de "aperto na garganta" e sensação de medo. Duração média de 40 segundos. Frequência de 3 a 5 vezes por semana. Primeiro episódio aos 14 anos. Algumas vezes esses episódios são seguidos de perda de contato com o meio (não é capaz de responder a perguntas ou interagir com as pessoas adequadamente). A paciente não se lembra desses episódios. Acompanhante relata que nessas situações de perda de contato com o meio, a paciente apresenta movimentos mastigatórios e de deglutição automáticos e olhar fixo. Duração de 30-40 segundos, a seguir fica confusa por vários minutos e apresenta cefaléia importante. Estes episódios podem ser desencadeados por estresse, ansiedade, ou ocorrer de forma espontânea. Dentre as opções abaixo, o diagnóstico clínico é:

- a. Migrânea basilar
- b. Síndrome do Pânico
- c. Epilepsia de lobo temporal
- d. Epilepsia de lobo frontal

03- Paciente feminina, 38 anos é trazida à UER após uma crise convulsiva. Apresenta uma história crônica de cefaleia recorrente pulsátil com náuseas e fotofobia. Há dois dias houve exacerbação da cefaléia associada à letargia, sem, entretanto nenhuma crise convulsiva anterior. Ao exame apresenta-se desatenta e confusa. Cutâneo-plantar em extensão à esquerda. Realizado uma tomografia de crânio que foi interpretada como normal. Qual o diagnóstico mais provável?

- a. Glioblastoma multiforme
- b. Encefalite por herpes simples
- c. Hemorragia no tálamo direito
- d. Migrânea com aura hemiplégica.

4. Paciente masculino, 18 anos, encontrou o seu primeiro emprego e comparece à consulta médica admissional. Refere episódios ocasionais e auto-limitados de cefaléia e cansaço. Pai e mãe são hipertensos. Ao exame físico, constatado PA = 157 x 108 mmHg. É reavaliado após duas semana e PA = 155 x 106 mmHg, creatinina 0,8 mg/dl, potássio 3,2 mEq/L, bicarbonato 33 mmol/L, bilirrubina total 0,9 mg/dl, hemoglobina 13,7 g/dl e urina tipo I normal. Em relação ao diagnóstico do paciente:

- a. Não é possível confirmar hipertensão arterial. MAPA deve ser indicada;
- b. Hipertensão arterial secundária à produção excessiva de mineralocorticoide;
- c. Os exames laboratoriais normais sugerem hipertensão arterial primária;
- d. Hipertensão arterial primária com componente genético.

5. Paciente feminina, 30 anos apresenta, há cinco meses, pápulas e placas eritemato-edematosas, pruriginosas e efêmeras, disseminadas, predominantemente à noite que surgem 4 a 6 vezes por semana. Tais lesões são acompanhadas por episódios eventuais de edema doloroso e intenso dos lábios e extremidades. Nega sintomas nos aparelhos respiratório e digestivo. Relata hipertensão arterial há cinco anos, em uso de losartana 50mg/dia desde o diagnóstico, e hipotireoidismo subclínico, em acompanhamento clínico e laboratorial com anticorpos anti-tireoidianos positivos. Nega hipertensão e lesões cutâneas semelhantes nos familiares. Faz uso de anticoncepcional oral desde os 20 anos. Qual a hipótese diagnóstica frente aos achados cutâneos e o fator fisiopatogênico pertinente?

- a. Urticária colinérgica e elevação da temperatura central à noite
- b. Angioedema induzido por droga e aumento de bradicinina
- c. Urticária crônica e autoimunidade
- d. Angioedema hereditário desencadeado por estrógeno

6 Paciente do sexo feminino, 29 anos, branca, artesã (fabrica bijuterias) apresenta queixa de dor de moderada intensidade em punho direito, seu lado dominante, acompanhada por sensação de formigamento em toda a extensão do terceiro dedo e face lateral do quarto dedo. Ao exame físico apresentou as provas de Tinnel e Phalen positivas em ambos os punhos, após o quê recebeu o diagnóstico clínico de síndrome do túnel do carpo bilateral pelo clínico geral. Como conduzir o caso a partir de agora:

- a. Encaminhar ao cirurgião de mãos para conduta cirúrgica o mais breve possível.
- b. Encaminhar para fisioterapia para realizar banhos de contraste e turbilhão.
- c. Proceder a investigação de doenças sistêmicas ou outras condições associadas.
- d. Realizar de imediato infiltração local com corticosteróides, repetindo-as semanalmente

7. Paciente feminina, 32anos, filha de mãe com lúpus eritematoso sistêmico procura o serviço medico com dor no calcanhar direito. Refere uma dor há 2 meses, com piora progressiva. Refere piora no período da manhã quando acorda com dificuldade para andar que melhora após o banho e após corridas. Melhora ao longo do dia. Nega outras queixas. Ao exame físico apresenta ponto doloroso na sola do pé, próximo ao calcanhar que piora com a dorsiflexão. Devido ao quadro prolongado procurou um serviço medico e traz um FAN 1:640 pontilhado fino denso. o diagnóstico mais provável é:

- a. Fasciite plantar
- b. LES
- c. Espondiloartrite
- d. Gota

8. Paciente masculino, 27 anos procura o serviço médico com dor ocular e vermelhidão no olho direito há 2 dias. Refere quadros anteriores semelhantes. Nega sintomas articulares ou cutâneos. Feito o diagnóstico de uveíte anterior direita em atividade e uveíte anterior à esquerda em remissão. Em relação ao diagnóstico provável e investigação:

- a Espondiloartrite, HLAB27
- b Behcet, HLAB51
- c Lupus eritematoso sistêmico, FAN
- d artrite reumatóide, FR

9 Paciente feminina, 35 anos, em uso de anticoncepcional oral (2,0 mg de acetato de ciproterona e 0,035 mg de etinilestradiol) procura o serviço de urgência com dor e edema em perna direita. Ao exame apresenta membro inferior direito edemaciado e doloroso a palpação. Feito o diagnóstico de TVP confirmado com US doppler e iniciado anticoagulação com heparina não fracionada e dicumarínico com previsão de alta com RNI 2.3. Na alta, refere dois abortos prévios. Pensando na hipótese de Síndrome antifosfolípide para esse caso a:

- a presença de plaquetopenia afastaria o diagnóstico de síndrome antifosfolípide
- b dosagem de anticardiolipina e b2 glicoproteína não são influenciadas pela anticoagulação
- c presença da trombose em vigência de anticoncepcional afasta o diagnóstico de síndrome antifosfolípide
- d dosagem de lúpus anticoagulante deve ser feita agora e repetida após 6 semanas

10 Paciente feminina, 37 anos, afrodescendente, natural e procedente de Campinas(SP) vem apresentando desde há três anos acrosclerose e microulcerações digitais com dor importante dificuldade à execução de movimentos finos. Ao exame físico apresenta leucomelanodermia. Progressivamente vem se queixando de fadiga crônica de evolução lenta e insidiosa. A pele tem se tornado mais seca, com diminuição da sudorese. Pode-se cogitar como condição mórbida desencadeante ou relacionada:

- a. Lupus eritematoso sistêmico
- b. Esclerose sistêmica
- c. Síndrome de Sjogren
- d. Dermatopolimiosite

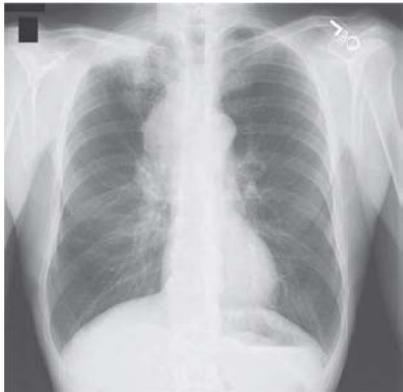
11 Paciente feminina, 18 anos, avaliada na Unidade Básica de Saúde com queixa de ganho de peso. Apresentava ao exame IMC acima do percentil 90%, PA 130x100 mmHg em várias aferições, Cintura 98 cm e acantose *nigricans* em pescoço e axila. Assinale a alternativa correta:

- a a acantose *nigricans* é um sinal clínico que faz diagnóstico de diabetes tipo 2.
- b os níveis pressóricos são compatíveis com Hipertensão arterial estágio 1, e faz-se necessário excluir hipertensão secundária
- c a glicemia de jejum em duas ocasiões foi, respectivamente 130 e 148 mg/dL, sendo o diagnóstico mais provável o de diabetes melitus tipo 2.
- d o fator etiológico mais provável para o aumento do IMC é o hipotireoidismo.

12 Paciente masculino, 66 anos, realizou segundo ciclo de quimioterapia adjuvante para neoplasia de reto, Ec IIIa, há 7 dias. Procura Unidade de Emergência com história de uma medida isolada de febre, 38,5°C, há 4 horas. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou urinários. Nega comorbidades ou uso de medicamentos crônicos. Ao exame físico geral apresenta bom estado, corado, levemente desidratado, orientado, T: 38,2°C, PA: 124 x 82 mmHg, FC: 72 bpm, FR: 15 irm. Sem alterações ao exame físico especial. Colhe hemograma que apresenta o seguinte resultado: Hb: 10,5 g/dL, Ht: 32,0%, leucócitos: 1.300/mm³, segmentados: 700/mm³, bastões: 90mm³, plaquetas: 140.000/mm³. Além de coleta de culturas, sintomáticos e hidratação, qual a conduta?

- a. Amoxicilina-clavulanato.
- b. Piperacilina-tazobactam.
- c. Piperacilina-tazobactam e vancomicina.
- d. Piperacilina-tazobactam, vancomicina e fluconazol.

13 Paciente masculino, 26 anos, refere tosse seca há 40 dias acompanhado por dispneia em decúbito dorsal na última semana. Nega outros sintomas e não apresenta alterações ao exame físico. Exames complementares normais, exceto por alfa-feto proteína: 160 UI/mL e R-X tórax com alargamento de mediastino.



Qual o diagnóstico?

- a. Doença de Hodgkin.
- b. Neoplasia de células germinativas.
- c. Timoma.
- d. Carcinoma medular de tireoide.

14. Paciente feminina, 42 anos, secretária, refere dor cervical de média intensidade, com piora após o dia de trabalho, acompanhada por parestesia em face medial de antebraço direito há duas semanas. Antecedente pessoal: Neoplasia de mama, EcllB, tratada há quatro anos com cirurgia conservadora, radioterapia e quimioterapia adjuvante.

Qual a conduta?

- a. Eletroneuromiografia.
- b. Cintilografia óssea.
- c. PET-CT.
- d. RNM de coluna cervical.

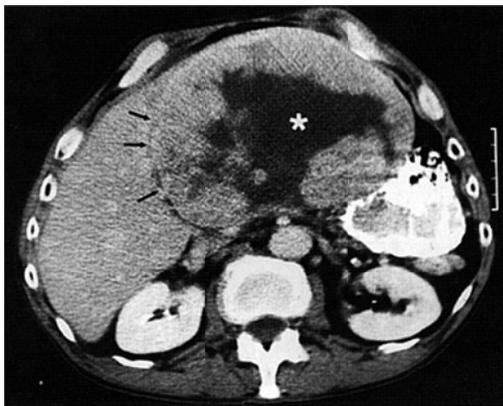
15. Paciente masculino, 72 anos, é admitido na Unidade de Emergência por confusão mental há um dia. Apresenta-se em mal estado geral, moderadamente desidratado, corado, eupnêico, afebril, desorientado têmporo-especialmente. PA: 100 x 60 mmHg, FC: 104 bpm, FR: 16 irm. Tumor de 4 cm em base de língua à direita, tumor frio, endurecido, aderido a planos profundos de 6 cm em região cervical direita. Sem outras alterações ao exame físico. Exames complementares: Cálcio total: 15,0 mg/dL, uréia: 80 mg/dL, creatinina: 2,0 mg/dL, albumina: 3,3 g/dL, fósforo: 5,0 mg/dL. Além de hidratação intravenosa vigorosa, qual a conduta?

- a. Dexametasona.
- b. Hidroclorotiazida.
- c. Alendronato.
- d. Zoledronato.

16. Paciente masculino, 68 anos, refere polaciúria e hesitação urinária há um mês. Toque retal: Próstata aumentada para 60g, fibroelástica, sem nódulos. Sem outras alterações ao exame físico. PSA total: 5,0 ng/mL. PSA livre: 1,4 ng/mL. Qual a conduta?

- a. Doxazosina.
- b. Radioterapia.
- c. Ressecção transuretral da próstata.
- d. Prostatectomia radical.

17. Paciente masculino, 61 anos, refere astenia e plenitude pós-prandial há 3 semanas, acompanhada por dor em peso e aumento de volume em hipocôndrio direito. Nega febre, inapetência, tosse, alteração de hábitos intestinal ou alimentar, sangramento cutâneo ou mucoso, transfusões sanguíneas. Nega doenças crônicas ou uso de medicamentos, tabagismo ou etilismo. Ao exame apresenta-se em regular estado geral, afebril, anictérico, orientado temporo-especialmente. Ginecomastia, telangiectasias em tórax e eritema palmar. Abdômen: Abaulamento em hipocôndrio direito, fígado palpável a quatro cm RCD, borda romba, indolor à palpação. TC abdômen superior:



Qual a conduta ?

- a. Alfa-feto proteína.
- b. Biópsia percutânea.
- c. Endoscopia digestiva alta.
- d. Dosagem CEA

18. Paciente de 25 anos, com diagnóstico de asma desde a infância. Após período de remissão da doença entre os 12 e 18 anos, voltou a ter crises de asma, com tosse, chiado e dispnéia frequentes. Iniciou tratamento com corticóide inalado (beclometasona 400 mcg 2x/dia). Na última consulta, refere que há 3 meses tem apresentado crises de dispnéia, sibilos e tosse 3 ou 4 vezes por semana, e precisa fazer inalações com salbutamol para obter melhora dos sintomas. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, eupnéico, SpO₂ 95% em ar ambiente, ausculta pulmonar sem anormalidades. Em relação ao controle da doença e conduta terapêutica, assinale a alternativa **correta**:

a Paciente com asma brônquica parcialmente controlada. Conduta: checar adesão ao tratamento e técnica de aplicação das medicações. Manter a beclometasona na mesma dose, iniciar anti-IgE (omalizumabe) e usar como medicação de resgate salbutamol spray ao invés das inalações.

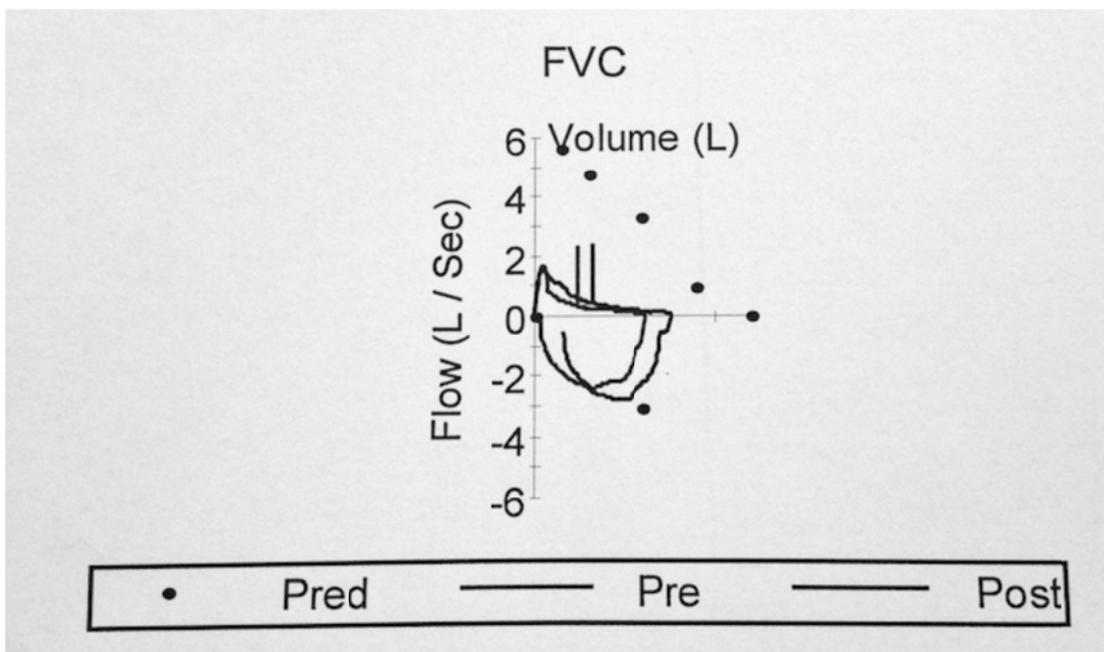
b Paciente em exacerbação da asma brônquica. Conduta: corticoesteróide sistêmico (por exemplo prednisona por via oral). Iniciar beta-2 agonista de longa duração e fazer um curso breve (5-7 dias) de antibióticos.

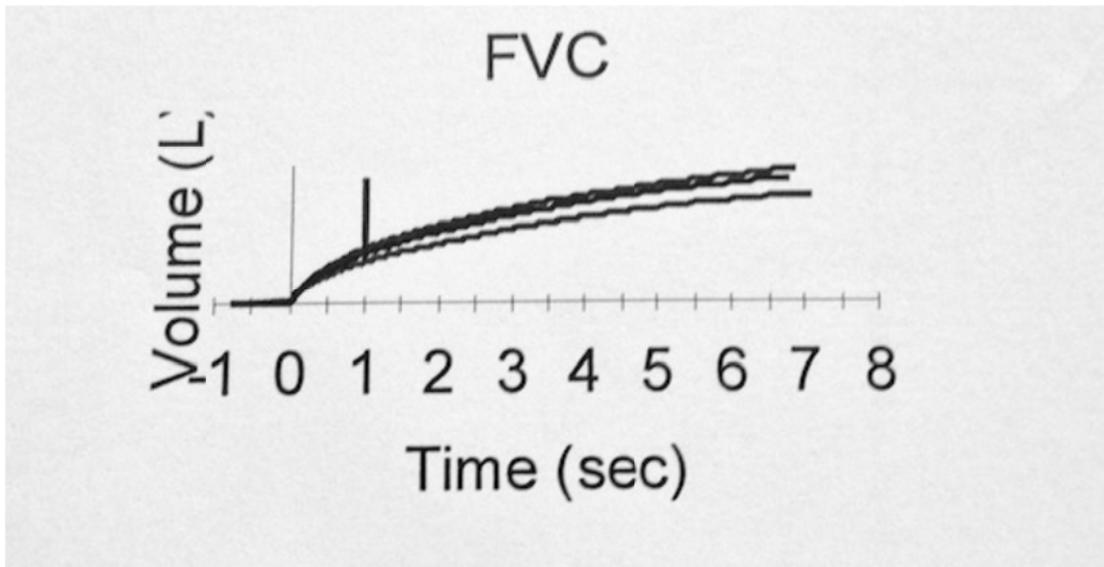
c Paciente com asma brônquica parcialmente controlada. Conduta: checar adesão ao tratamento, técnica de aplicação das medicações, fatores desencadeantes e condições associadas (rinite, refluxo gastro-esofágico). Aumentar o corticoesteróide inalado, associar beta-2 agonista de longa duração e manter salbutamol como medicação de resgate .

d Paciente com asma brônquica controlada. Conduta: checar adesão ao tratamento, técnica de aplicação e nível de profilaxia ambiental. Manter as medicações como estão.

19 Espirometria de uma mulher, 71 anos, Peso 59 kg, Altura 1,63 cm, ex-fumante (40 anos/maço), realizada antes e após o uso de broncodilatador (4 doses de salbutamol inalado por spray). Assinale a alternativa que contem a interpretação correta do exame.

---	Pre-Bronch			Post-Bronch		%Chng
	Actual	Pred	%Pred	Actual	%Pred	
----	ESPIROMETRIA ----					
FVC (L)	1,54	2,98	51	1,89	63	+22
FEV1 (L)	0,62	2,25	27	0,81	35	+30
FEV6 (L)	1,46	2,85	51	1,82	63	+24
FEV1/FVC (%)	40	76	52	43	56	+6
FEF 25% (L/sec)	0,49	4,73	10	0,98	20	+100
FEF 75% (L/sec)	0,17	0,96	17	0,26	26	+55
FEF 25-75% (L/sec)	0,25	1,86	13	0,42	22	+68
FEF Max (L/sec)	1,65	5,60	29	2,08	37	+25
FIVC (L)	1,46			1,49		+2
FIF Max (L/sec)	2,40			2,82		+17
PEF (L/min)	99,2			124,9		+25
Expiratory Time (sec)	7,15			6,93		-3
----	VOLUMES PULMONARES					
SVC (L)	1,21	2,98	40	1,21	40	+0
IC (L)	1,15	2,17	52	1,13	52	-1
ERV (L)	0,06	0,81	7	0,09	10	+49





- Distúrbio ventilatório restritivo grave com resposta ao broncodilatador.
- Distúrbio ventilatório misto (obstrutivo grave e restritivo grave) com resposta parcial ao broncodilatador.
- Distúrbio ventilatório obstrutivo grave com resposta de fluxo e volume ao broncodilatador, e CVF reduzida.
- Distúrbio ventilatório obstrutivo grave com resposta parcial ao broncodilatador.

20 .Um paciente internado em unidade de terapia intensiva, recebendo dieta enteral para nefropata (hipocalêmica e baseada no leite), tem o seguinte resultado de gasometria arterial: $\text{pH}=7,467$; $\text{pCO}_2=37\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3=33\text{mEq/l}$; $\text{Na}=153\text{mEq/l}$; $\text{K}=2,3\text{mEq/l}$; $\text{Cl}=90\text{mEq/l}$. Nos últimos três dias de observação, o seu balanço hídrico foi negativo de três litros por dia. Assinale a alternativa correta acerca desse paciente:

- ele tem alcalose metabólica, causada por excesso de cálcio e bicarbonato na dieta além de pouco potássio.
- Ele tem alcalose respiratória, causada por hiperpnéia e desidratação.
- Ele tem alcalose mista, causada pela dieta baseada em leite, excesso de cálcio e pouco potássio além de pouca capacidade de hiperventilação.
- Ele tem alcalose metabólica, causada pela exsoliação resultante do balanço hídrico negativo.

21 Paciente feminina de 49 anos portadora de SIDA. Está recebendo TARV e tem carga viral indetectável com CD4=267/mm³. Nos últimos dias tem tido febre, cefaléia e confusão mental. No dia anterior teve crise convulsiva e no dia do atendimento está desorientada têmporo-espacialmente com sério distúrbio de memória. Não há sinais de irritação meníngea, déficits motores localizados ou paralisias de pares cranianos no exame neurológico. O que deve ser feito no pronto socorro?

- a. Requisitar a tomografia de crânio e administrar ceftriaxona, dexametasona e acyclovir.
- b. Se a tomografia permitir, realizar a punção liquórica e aguardar o resultado do exame do líquido, antes de tratar.
- c. Requisitar uma ressonância nuclear magnética, eletroencefalografia e tratar com acyclovir.
- d. Requisitar uma ressonância nuclear magnética, eletroencefalografia e tratar com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol

22. Paciente masculino de 83 anos tem febre de dois meses de duração. Nas últimas cinco semanas tomou antibióticos e antitérmicos receitados em pronto-socorros até cinco dias antes da internação, com melhora da febre durante o uso. Uma semana atrás apresentou um exantema, caracterizado por: máculas, pápulas e vesículas no tronco e membros. Nas palmas das mãos houve uma descamação lamelar e, nos pés, tem petéquias. Não há alteração da ausculta pulmonar e cardíaca. Há plaquetopenia, leucocitose e anemia normocrômica/normocítica, além de discreta elevação de AST/ALT. Foram feitos diversos exames sorológicos, culturas e uma tomografia abdominal, que revelou aumento homogêneo do baço e fígado. O diagnóstico continua obscuro. Assinale o correto:

- a. Trata-se de Febre de Origem Indeterminada clássica, deve-se solicitar a ecocardiografia, novas hemoculturas e o FDG-PET.
- b. Deve se tratar de endocardite, pois há, pelo menos, três critérios: febre, hepatoesplenomegalia e eventos vasculares.
- c. Trata-se de síndrome de DRESS, deve ser feita a biópsia de pele, em que se observa a dermatite neutrofilica.
- d. Trata-se de uma farmacodermia e o paciente deve receber prednisona, além de um betalactâmico.

23 .Paciente feminina de 49 anos realizou uma cirurgia bariátrica há três meses. Desde a cirurgia teve perda ponderal acentuada e nas últimas semanas tem febre baixa e diária. Uma tomografia abdominal mostrou linfonodos retroperitoneais, que foram biopsiados e foram encontrados bacilos álcool-ácido resistentes. Algumas semanas depois de receber tratamento de tuberculose (RIPE) apresentou: tontura, marcha atáxica, nistagmo, e perda de sensibilidade tátil. A Bilirrubina direta e as aminotransferases estavam aumentadas (mais de cinco vezes) e o RNI=1,2. Assinale o correto:

- a. A paciente tem encefalopatia hepática, causada pelo tratamento da tuberculose, que deve ser suspenso imediatamente.
- b. A paciente tem deficiência de tiamina e piridoxina, o tratamento da tuberculose deve ser substituído por estreptomomicina, etambutol e levofloxacina.
- c. Trata-se de síndrome de Korsakoff, resultante da cirurgia bariátrica.
- d. A paciente deve ter, além da tuberculose, outra doença infecciosa que cause linfonodomegalia e que não está sendo tratada com o esquema RIPE.

24. Paciente feminina, 56 anos tem infecção pelo Vírus C da hepatite, tratada sem sucesso. Foi trazida por familiares, pois tem confusão mental e tremores, além de aumento do volume abdominal. No pronto-socorro foi puncionado o abdome que mostrou 1340 neutrófilos no líquido ascítico. O GASA é de 1,2. No primeiro dia de internação teve 350ml de diurese. O que deve ser feito?

- a. Puncionar após 48 horas para confirmar o resultado da citologia do líquido ascítico e ser tratada de encefalopatia hepática
- b. Tratar com ceftriaxona, prescrever albumina e realizar paracentese evacuadora.
- c. Hidratar com Soro fisiológico em fase rápida, seguido de diuréticos de alça.
- d. Tratar com ciprofloxacina, manitol e neomicina

25. Paciente masculino de 67 anos tem a valva aórtica substituída por prótese biológica após perfuração valvular por endocardite, que ocorreu no quarto dia de tratamento. No pós operatório tem ortopnéia, edema de MMII e taquicardia. Voltou a ter febre e está no 15º dia de tratamento com Ampicilina+Sulbactam e Gentamicina. A ecocardiografia revelou um fluxo sanguíneo paraprotético leve, sem vegetações nos folhetos valvares. O que deve ser feito?

- a. Trocar a Ampicilina+Sulbactam por Vancomicina, acrescentar Rifampicina e manter a Gentamicina.
- b. Substituir a prótese valvar com urgência
- c. Tratar com Oxacilina, gentamicina e Ceftriaxona.
- d. Manter Ampicilina+Sulbactam e gentamicina e acrescentar Anfotericina B

26. Paciente feminina de 39 anos tem cefaléia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico está consciente, orientada e com sinais de irritação meníngea. Foi feita a punção liquórica não precedida por tomografia de crâneo. O líquido estava turvo e mostrou: Glicorraquia = 2 mg/dl, proteinorraquia de 345 mg/dl e pleiocitose polimorfonuclear. A bacterioscopia do líquido mostrou diplococos Gram positivos. Assinale o correto:

- a. A punção liquórica deveria ter sido precedida de tomografia de crâneo para afastar o risco de hérnia cerebral interna.
- b. Deve ser tratada com ceftriaxona por dez dias e dexametasona por 72 horas.
- c. Deve ser tratada com Vancomicina e dexametasona.
- d. Deve ser tratada com Ampicilina e dexametasona

27. Paciente masculino de 45 anos tem febre e tosse, que já dura uma semana. No início de sua doença havia hiperemia conjuntival e discreta coriza. Exame físico: FR=32 irrm, FC=144/min, SaO2=91%, PA=80x60 mmHg. Há estertores crepitantes, mais intensos na base do pulmão direito. Assinale o correto:

- a. Trata-se de sepse grave, o paciente deve ser expandido através de linha de acesso central, rapidamente e receber Sulfametoxazol+Trimetoprima
- b. Trata-se de sepse grave, o paciente deve ser expandido rapidamente através de veia periférica calibrosa e tratado com Ceftriaxona + Azitromicina.
- c. Trata-se de sepse, deve ser instalado um cateter nasal de O2, expandido com volume elevado de cristalóides parenteral e administrado dexametasona
- d. Trata-se de sepse grave, deve ser instalado droga vasopressora e expansão com cristalóide parenteral.

28. Paciente feminina, 34 anos, portadora de SIDA tem o seguinte perfil lipídico: Colesterol total=258 mg/dl, HDL=23 mg/dl, LDL=140 mg/dl, Triglicérides= 335 mg/dl. Já havia sido incentivada à prática de exercícios físicos, dieta apropriada e abandono do tabagismo, mas não consegue aderir. É hipertensa, tratada e tem PA de 145x95 mmHg. O risco cardiovascular em dez anos foi estimado em 13,2%. Ele usa TARV e tem carga viral indetectável. Assinale o correto:

- a. O risco de evento cardiovascular, conforme estimado nesse caso é intermediário, mas o fato do paciente ter SIDA o coloca na categoria de alto risco.
- b. O paciente é candidato a suspensão estruturada da TARV devido ao alto risco cardiovascular.
- c. Há risco de pancreatite nesse caso e o paciente deve receber ciprofibrato.
- d. A meta de LDL-C para este paciente deve ser abaixo de 100 mg/dl

29- Paciente masculino, 67 anos, obeso e hipertenso, é admitido com história de adinamia progressiva há 3 meses, associada à edema de membros inferiores progressivo, dispnéia progressiva e rouquidão. Na emergência: sonolento, porém orientado no tempo e espaço, desidratado, descorado, FC=48bpm, FR= 36 ipm, PA= 102x88 mmHg, SatO₂=93% em ar ambiente, Taxilar=35°C, pulsos finos com extremidades frias. Edema difuso, até face, pouco compressivo. Bulhas rítmicas, hipofonéticas, com sopro sistólico panfocal. Urina 1 com nitrito ++, leucoesterase +, 48 leuco/campo, 12 hemácias/campo. Na=130 mEq/L, K=4,6 mEq/L, TSH= 91,07 uUI/ml, T4L=0,22 ng/dL. Hemograma: Leuco=16.780 mm³ (11% bastão, 64% segmentado, 15%linfócitos), Hb= 10,8 g/dL, Plaqueta=138.000/mm³. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a. T3 10 mcg EV de 24/24h e levotiroxina 50mcg VO de 24/24h; aquecimento com manta térmica; expansão volêmica.
- b. Levotioxina 500mcg (EV) seguido de levotiroxina 200 mcg (VO) de 24/24h; ecocardiografia; hidrocortisona 50mg (EV 6/6h).
- c. Levotiroxina (50 mcg EV) seguido de levotiroxina (50 mcg VO de 24/24h); tiamina (300mg EV 8/8h); eletrocardiograma.
- d. T3 (10 mcg EV de 8/8h) e levotiroxina (100 mcg VO de 24/24h); aquecimento com NaCl 0,9% à 37°C; marcapasso transvenoso

30 Paciente feminina, 23 anos sem antecedentes prévios é atendida em convulsão tônico clônico generalizada. O médico tomou as precauções necessárias, iniciou a contagem de tempo e administrou midazolam endovenoso. Não houve melhora após cinco minutos e ele voltou a administrar o benzodiazepínico. Mesmo após a segunda dose não cessou a crise. O que deve ser feito?

- a. Administrar Hidantal na dose de 5mg/kg diluído em 250 ml de soro fisiológico em 30 minutos
- b. Administrar Hidantal na dose de 50mg/min, dose total de 20mg/kg de peso
- c. Administrar Tiopental na dose de 200mg/kg de peso
- d. Administrar Haloperidol na dose de inicial de 50mg, até o máximo de 500mg/d

31. Paciente masculino de 45 anos de idade, antecedente de ingestão de bebida alcoólica diária (2-3 cervejas / dia), mas parou totalmente há 8 meses, sem comorbidades prévias. Assintomático e exame físico sem alterações. Sorologia reagente para hepatite C, carga viral do vírus da hepatite C= 1.000.596 UI / ml, ALT= 30 U/L (valor de referência < 50 U/L), AST= 42 U/L (valor de referência < 33 U/L), genótipo do vírus da hepatite C: 3a. Ultra-som de abdômen: sinais de hepatopatia crônica e esplenomegalia moderada, endoscopia digestiva alta: varizes de esôfago de fino calibre, sem sinal da cor vermelha. Exames laboratoriais: albumina: 3,9 g/dL; hemoglobina: 14,3 g/dL; plaquetas: 79.000 cells/mm³; bilirrubina: 0.8mg/dL; 1.02; RNI: 1,2. Qual a conduta mais apropriada?

- a. Seguimento clínico, pois o tratamento medicamentoso com interferon peguilado está contra-indicado pela presença de cirrose
- b. O tratamento medicamentoso recomendado é interferon peguilado associado aribavirina e inibidor de protease de primeira geração (boceprevir ou telaprevir)
- c. Iniciar tratamento com inibidor de protease de primeira geração (boceprevir ou telaprevir) e ribavirina, uma vez que o uso de interferon peguilado está contra-indicado
- d. Iniciar tratamento com interferon peguilado e ribavirina.

32. Paciente masculino de 40 anos, procedente de Jaguariúna (SP), procurou o pronto socorro com história de febre há cinco dias acompanhada de aparecimento de exantema centrífugo e icterícia há três dias. Evoluiu com torpor e sufusões hemorrágicas no último dia. Referia pescaria há 10 dias no Rio Jaguari tendo tido contato com carrapatos. É correto afirmar:

- a. A droga de escolha para o tratamento da febre maculosa brasileira é a doxiciclina ou como alternativa o cloranfenicol.
- b. Na febre maculosa brasileira o substrato anátomo-patológico consiste na formação de granulomas.
- c. Na febre maculosa brasileira, a ocorrência de manifestações hemorrágicas é precoce em geral nos três primeiros dias do início das manifestações clínicas.
- d. As riquetsias são microorganismos extracelulares de fácil cultivo em meios de cultura habituais.

33. Paciente masculino, 25 anos, previamente hígido, refere dor de forte intensidade há dois dias, inicialmente em perna, mas que progrediu para todo membro inferior direito, acompanhada de diminuição de sensibilidade local. O quadro é acompanhado de vários picos febris ao dia, variando entre 38,5 e 39°C. Sem outras queixas. Nega comorbidades. Vítima de trauma corto-contuso (enxada) na perna direita há três dias. Ao exame físico paciente encontra-se febril (38,7°C) e toxemiado. Membro inferior direito com edema +++/4+ e eritema intenso em toda sua extensão, com algumas áreas de equimose e necrose; nota-se crepitação à palpação da perna. Este paciente será corretamente tratado com qual esquema terapêutico?

- a. Penicilina cristalina 4 milhões UI 4x4 horas + metronidazol 500mg 6x6 horas
- b. Oxacilina 2g 6x6 horas + amicacina 500mg 12x12 horas
- c. Vancomicina 1g 12x12 horas + cefotaxima 2g 6x6 horas
- d. Ampicilina-sulbactam 3g 6x6 horas + clindamicina 900mg 8x8 horas.

34 Paciente masculino, 50 anos, portador de cirrose hepática acompanhado pela gastrocirurgia. Admitido no Pronto Socorro com hemorragia digestiva alta. Ao exame físico apresenta-se descorada, pulso=120bpm, Pressão Arterial= 110 x 70 mmHg, Peso= 80 Kg. Ao hemograma – Hb= 5,0 g/dL; Leucócitos (GB)= $5,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ e contagem de plaquetas= $60 \times 10^3/\text{mm}^3$. Ao coagulograma: TP (RNI)=3,0 ; TTPA (R)= 1,9; dosagem de fibrinogênio= 110mg/dL.Quanto a conduta de suporte transfusional imediato, assinale a alternativa **correta**:

- a. Concentrado Hemácias Fenotipado (CHF) 3U; Plasma Fresco Congelado (PFC) 800mL dose de ataque; Crioprecipitado 8U;
- b. Concentrado Hemácias Standard (CHS) 3U; Plasma Fresco Congelado (PFC) 800mL dose de ataque, avaliando necessidade de manutenção das transfusões de PFC.
- c. Concentrado de Hemácias Standard (CHS) 4U; Plasma Fresco congelado (PFC) 400mL dose de ataque; Crioprecipitado 8U.
- d. Concentrado de Hemácias Leucodepletado/Desleucocitado (Filtrado) 4U; Plasma Fresco congelado (PFC) 600mL dose de ataque; Concentrado de Plaquetas Leucodepletado/Desleucocitado (Filtrado) (CPD) 8U.

35. Paciente masculino, 24 anos, vem à consulta porque sua filha de 3 meses foi diagnosticada com traço falciforme no exame de triagem neonatal. A mãe da criança já foi avaliada por hematologista e tem eletroforese de hemoglobina normal. O paciente é assintomático. Exame físico: sem alterações. Hemograma: Hemácias 4.72 milhões, Hb 14.3g/dL, Ht 40.0%, VCM 85fL, HCM 29pg, CHCM 35g/dL, RDW 17%, leucócitos 6690 sem desvio à esquerda, plaquetas 196000, reticulócitos 5.9%. A hipótese diagnóstica provável é:

- a. Traço falciforme
- b. Anemia falciforme
- c. S-beta talassemia
- d. Hemoglobinopatia SC

36. Paciente masculino, 64 anos, apresenta cansaço progressivo há 6 meses. Refere febre baixa não medida intermitente e perda de peso de 5kg nesse período, pois tem se sentido saciado com menos comida do que antes. Exame físico: descorado ++/4+, anictérico, afebril, IMC 20.5kg/m². Abdome flácido, indolor, com baço palpável a 4cm do rebordo costal. Hemograma: Hemácias 3.2 milhões, Hb 9.3g/dL, Ht 28%, VCM 87fL, HCM 29pg, leucócitos 21320 (mielócitos 6%, metamielócitos 4%, bastonetes 10%, segmentados 52%, linfócitos 10%, monócitos 6%, eosinófilos 8%, basófilos 4%), plaquetas 496000. Presença de três eritroblastos em 100 leucócitos, discreta poiquilocitose com dacriócitos. A hipótese diagnóstica é:

- a. Adenocarcinoma de estômago
- b. Linfomanã-Hodgkin
- c. Mielofibrose primária
- d. Salmonelose septicêmica prolongada

37. Paciente masculino, 19 anos, portador de talassemia beta maior em programa regular de transfusão desde o primeiro ano de vida. Vem ao ambulatório de transfusão com queixa de fraqueza, e apresenta glicemia capilar de 220 mg/dL, Hb 8.2g/dL, Ht 24.6%. Decide-se por infundir quatro concentrados de hemácias em seis horas. Exames adicionais: ferritina sérica 2520 ng/mL, ferro sérico 121 µg/dL, capacidade total de ligação ao ferro 200 µg/dL, glicemia de jejum 161 mg/dL. É **correto** afirmar:

- a. É necessário elucidar a causa da sobrecarga de ferro com pesquisa de mutação genética para hemocromatose primária.
- b. A sobrecarga de ferro causou complicação cujo tratamento deve incluir o monitoramento da HbA1c nesse paciente.
- c. O paciente tem indicação de receber concentrados de hemácias irradiados.
- d. Não há risco de o paciente apresentar hipocalcemia sintomática após as transfusões.

38. Paciente masculino, 35 anos, queixa-se de disfunção erétil, fadiga, dor retroesternal ao se alimentar há 3 meses, acompanhados de escurecimento da urina. Há um mês, passou a apresentar dor e aumento progressivo do volume abdominal. Exame físico: descorado ++/4+, icterício +/4+, abdome globoso, flácido, com fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito, submacicez móvel presente. Exames: Hemácias 2.5 milhões, Hb 8.2 g/dL, Ht 24.7%, VCM 98fL, HCM 32pg, leucócitos 5200, plaquetas 115000, reticulócitos 8%, LDH 840 U/L, bilirrubina total 3.5mg/dL com indireta de 2.7mg/dL. Ultrassonografia de abdome: ascite moderada, hepatomegalia moderada, trombose de veia hepática. O exame complementar que confirma a principal hipótese diagnóstica é:

- a. Dosagem de porfobilinogêniourinário
- b. Citometria de fluxo para CD59 no sangue periférico
- c. Endoscopia digestiva alta com biópsia
- d. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

39. Paciente masculino, 64 anos, cirrose hepática criptogênica, Child-Pugh A. Chegou com tomografia computadorizada abdominal dinâmica, mostrando dois nódulos hepáticos, hipervascularizados, medindo 20 mm de diâmetro em lobo direito (S6) e outro de 25 mm em lobo esquerdo (S2) com trombo vascularizado em veia porta esquerda. Exames laboratoriais: bilirrubina total de 1,2 mg/dL (VR= 1,0 mg/dL), RNI de 1,2 (VR=1,0), albumina sérica de 3,6 mg/dL (VR= 3,5 mg/dL), contagem de plaquetas de 80.000/mm³ (VR= 150.000/mm³), creatinina sérica normal, alfafetoproteína de 850 ng/mL (VR=10 ng/mL). Endoscopia digestiva alta com varizes de fino calibre, sem sinal da cor-vermelha. A melhor conduta para esse paciente seria:

- a. Transplante hepático.
- b. Ressecção cirúrgica.
- c. Sorafenibe.
- d. Quimioembolização.

40. Paciente masculino, 20 anos, tinha a seguinte sorologia para hepatite B: HBsAg positivo, HBeAg positivo, Anti-HBe negativo, Anti-HBc total positivo, Anti-HBs negativo. As enzimas hepáticas eram normais e a função hepática era preservada. Ultrassonografia de abdome sem alterações. A carga do vírus B era 1.000.000 UI/mL. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, analise o caso e assinale a alternativa **correta**:

- a. O paciente tem hepatite crônica inativa, mas precisa realizar tratamento, pois a carga viral é alta. A medicação de escolha é tenofovir.
- b. O paciente está na fase de imunotolerância e apesar da carga viral alta, não tem indicação de tratamento no momento, pois as enzimas hepáticas estão normais.
- c. O paciente tem hepatite crônica ativa e precisa de tratamento, devido à positividade do antígeno E. A medicação de escolha é o entecavir.
- d. O paciente tem hepatite crônica com mutação pre-core e não precisa de tratamento no momento, pois as enzimas hepáticas estão normais.

41. Paciente masculino, 65 anos, aposentado. Refere que está com os olhos amarelados há três meses, urina escura, coceira no corpo e fezes esbranquiçadas. Emagrecimento (perda de 4 kg) sem ingerir bebidas alcoólicas há mais de 20 anos. Nega febre, dor abdominal, náuseas, transfusão sanguínea e drogadição. Exame físico: bom estado geral, afebril, normocorado, icterico (4+/4). Abdomen plano, simétrico, levemente doloroso à palpação profunda. Exames laboratoriais: Sorologia negativa para hepatite B e C, alanina aminotransferase (ALT) = 20 U/L (VR < 40), aspartatoaminotransferase (AST) = 30 U/L (VR < 40), bilirrubina total = 22 mg/dL (VR=1,0), fosfatase alcalina (FA) = 400 U/L (VR=40 – 129), gamaglutamiltranspeptidase = 380 U/L (VR < 60) e Ca 19.9 de 2000 U/mL (VR=30). Em relação a este caso, podemos classificar a icterícia como:

- a. Colestática por obstrução do ducto biliar.
- b. Hepática por redução do transporte.
- c. Hepática por redução da conjugação.
- d. Colestática por redução da secreção canalicular.

42. Paciente feminina, 30 anos, com história de queimação retroesternal três vezes por semana há dois anos e episódios mensais de regurgitação. Seu médico fez o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Com relação à DRGE é **correto** afirmar:

- a. A DRGE é uma doença potencialmente curável com o tratamento clínico.
- b. A maior parte dos portadores de DRGE apresenta erosões esofágicas ao exame endoscópico.
- c. Não há correlação entre piora dos sintomas e aparecimento do esôfago de Barrett.
- d. pHmetria esofágica é indispensável para o diagnóstico da DRGE.

43. Paciente feminina, 38 anos, relata sintomas de epigastralgia em queimação e plenitude gástrica pós-prandial há três anos. A endoscopia digestiva alta mostrou esôfago, estômago e duodeno de aspecto normal. A pesquisa da infecção pelo *Helicobacter pylori* foi positiva pelo teste da urease. A partir desses dados, foi estabelecido o diagnóstico de dispepsia funcional. Assinale a alternativa **correta** para essa paciente:

- a. Com a erradicação da infecção pelo *H. pylori* ela tem mais de 75% de probabilidade de cura dos seus sintomas.
- b. Ela deve ser acompanhada com endoscopias anuais, considerando o risco aumentado de câncer gástrico na dispepsia funcional.
- c. O tratamento inicial deve ser feito com ranitidina, que tem efeitos superiores aos do omeprazol no alívio da epigastralgia em pacientes com dispepsia funcional.
- d. Além dos sintomas dispépticos, essa paciente pode apresentar ansiedade e sintomas de refluxo gastroesofágico, já que estas comorbidades são freqüentes na dispepsia funcional.

44. Paciente refere constipação intestinal há mais de dez anos, com frequência de uma evacuação por semana, com fezes "em cíbalos". Assinale a alternativa **correta**:

- a. Se também apresentar dor abdominal que melhora com a evacuação, o diagnóstico pode ser síndrome do intestino irritável com constipação.
- b. Com essa baixa frequência de evacuações, o aumento de fibras na dieta não trará nenhuma melhora da constipação.
- c. Se tiver menos que 25 anos de idade, deve-se iniciar o tratamento com bisacodil.
- d. Considerando-se a epidemiologia da constipação intestinal, o paciente descrito acima deve ser do sexo masculino.

45. Paciente masculino, 30 anos, procurou o ambulatório relatando aumento da frequência e diminuição da consistência das evacuações nos últimos três meses. Referia estar há um mês com cólicas abdominais, fezes amolecidas com sangue e muco, em torno de 10 evacuações diárias, com tenesmo, evacuações noturnas e febre não medida. Referia ainda perda de peso ponderal de quatro kg neste período, e aparecimento de artralgias em joelho e tornozelo direito, sem limitação de movimentos. Ao exame, apresentava-se com abdômen difusamente doloroso com ruídos hidro aéreos presentes, descompressão brusca indolor. PA:100 x 60 mmHg e FC:110 bpm com discreta hiperemia e aumento de temperatura em joelho e tornozelo direito, sem sinais de derrame articular. Exame perianal sem alterações. Toque retal doloroso, sem sangue na luva, sem massas palpáveis. Exames laboratoriais: Hb: 10,5 g/dL (padrão hipo/micro); leucograma com 9600 leucócitos, sem desvio à esquerda; VHS: 98 mm. Colonoscopia: mucosa do reto ao ceco difusamente hiperemiada, friável, granular, com erosões e ulcerações superficiais recobertas por fibrina em reto e cólon sigmóide. Biópsia: inflamação crônica intensamente ativa com infiltrado leucocitário comprometendo a mucosa, diminuição das células caliciformes e abscessos de criptas. Em relação ao caso podemos afirmar que:

- a. Retocolite ulcerativa inespecífica é o diagnóstico mais provável pela presença de pancolite com comprometimento do reto, lesões contínuas, presença de abscessos em criptas, lesão restrita à mucosa.
- b. Doença de Crohn é o diagnóstico mais provável, pela presença de lesões contínuas, presença de abscessos em criptas e lesão restrita à mucosa .
- c. Pelos exames apresentados não é possível determinar o diagnóstico, necessitando de um exame de enterorressonância.
- d. Pelo quadro apresentado a introdução de corticóide não está indicada inicialmente.

46. Paciente feminina. 28 anos com antecedente de hipertireoidismo de diagnóstico há três meses, em uso de Propiltiuracil desde então, procura o serviço médico por aparecimento de icterícia progressiva há 10 dias, associado a inapetência, cansaço e náuseas. Nega febre, dor abdominal, tosse ou diarreia. Nega uso de bebidas alcoólicas nos últimos anos, nega viagens recentes ou uso de outras medicações. No exame físico apresenta-se consciente e orientada, ictérica, sem tremores, sem teleangectasias em pele. Abdome plano e flácido, sem ascite, fígado palpável com borda romba 3cm abaixo do rebordo costal direito, de superfície lisa. Baço não palpável. Exames mostram sorologias de hepatite A, B e C negativas; AST: 432 U/l (VR < 40); ALT: 317 U/l (VR < 40); Fosfatase alcalina: 122 U/l (VR < 104); GamaGT: 179 U/l (VR < 50); Bilirrubina total 13,6 mg/dl (VR < 1,2) com predomínio de bilirrubina direta; RNI 3,7 (VR < 1,25); Proteína total 6,2 g/dl, albumina 3,3 g/dl (VR > 3,5); gamaglobulina 1,8 g/dl (VR < 2,1), FAN positivo com título 1/40, anticorpo antimitocôndria negativo e anticorpo anti músculo liso negativo. Ultrassom abdominal com fígado aumentado com borda romba, sem alteração de vias biliares e sinais de cirrose, sem ascite, sem esplenomegalia. Com estas informações, qual a hipótese diagnóstica e proposta terapêutica adequada para o caso acima?

- a. Trata-se de hepatite aguda grave, provavelmente por toxicidade pelo propiltiuracil, devendo-se suspender a medicação e manter observação clínica.
- b. Trata-se de provável quadro de hepatite autoimune, devendo-se iniciar rapidamente tratamento com corticoide, associado ou não à azatioprina.
- c. Trata-se de hepatite fulminante provavelmente por toxicidade pelo propiltiuracil, devendo-se suspender a medicação e indicar transplante de fígado.
- d. Trata-se de hepatite fulminante provavelmente por hepatite autoimune, devendo-se indicar transplante de fígado e iniciar corticoide enquanto aguarda o transplante.

47. Em relação ao Nódulo Pulmonar Solitário, assinale a alternativa **correta**:

- a. Nódulo pulmonar tem até 2 cm de diâmetro. Lesões com mais de 2 cm são consideradas massas pulmonares. Nódulos pulmonares podem ser lesões benignas ou malignas. Massas sempre são lesões malignas.
- b. São características morfológicas de malignidade: lesão espiculada; margens mal definidas, lobuladas ou irregulares, com distorção dos vasos adjacentes; cavidade central com parede grossa e irregular; broncograma aéreo.
- c. Os padrões de calcificação encontrados em nódulos pulmonares malignos são: calcificação difusa quase completa; calcificação central ou laminar; calcificação em “pipoca”.
- d. Nódulo Pulmonar Solitário tem até 1 cm de diâmetro, nunca é visualizado no Raio X de tórax e somente pode ser avaliado na tomografia computadorizada (TC). A retirada do nódulo por toracotomia é o procedimento recomendado para diagnóstico e tratamento.

48. Paciente feminino, 27 anos de idade atendida num serviço especializado com história de edemas recorrentes em diferentes partes do corpo, com duração de três dias cada, desde os oito anos de idade. Nega dor local ou sinais flogísticos. Nega urticária. Ao ser questionada refere ter tido alguns episódios de dores abdominais com intensidade variável. Nega apendicectomia. Teve aumento da frequência dos episódios com uso de anticoncepcional oral combinado. Filha única relata ter tia e prima com quadro de edemas recorrentes semelhantes. Trazia exames laboratoriais: C3, C4 e quantidade e função do inibidor de C1q esterase normais, resultado este confirmado após nova repetição. Tentativa terapêutica profilática com oito semanas de anti-H1 de segunda geração em altas doses sem melhora do quadro. A troca do ACO combinado por outro de progesterona provocou melhora importante. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a. Angioedema hereditário tipo I
- b. Angioedema hereditário tipo II
- c. Angioedema hereditário com inibidor de C1 normal
- d. Angioedema adquirido histaminérgico

49. Paciente masculino, 53 anos, advogado. Comparece à consulta em unidade básica de saúde com dor lombar há tres meses, que piora à noite, associada à fadiga e insônia. Atribui os sintomas ao seu ritmo de trabalho profissional. O exame físico especial do sistema osteomuscular foi inespecífico. Qual deve ser a sua abordagem?

- a. Prescrever sintomáticos e investigar causas de lombalgia persistente;
- b. Orientar a redução do ritmo de trabalho, repouso e prescrever analgésico;
- c. Prescrever AINH considerando tratar-se de lombalgia osteomuscular;
- d. Fisioterapia, calor local e sessões de acupuntura.

50- Paciente masculino, 37 anos, foi trazido por amigos do trabalho ao pronto-socorro (PS) com relato de ter sido encontrado ao solo há duas horas, com urina nas vestes e ferimento corto-contuso em língua. Estava sonolento e não se lembrava do que ocorreu. Não tem antecedentes patológicos. Ontem fez uso moderado de álcool, e relata privação de sono na última semana. No momento da avaliação, encontra-se bem, um pouco sonolento. Ao exame neurológico, possui força muscular grau V em todos os membros, reflexos tendíneos, pares cranianos e marcha normal, e ausência de sinais meníngeos. Sua glicemia e PA estão normais. Você deve recomendar:

- a. TC crânio e prescrição de droga antiepilética;
- b. Observação e repouso domiciliares, orientações gerais;
- c. Eletroencefalograma e prescrição de droga antiepilética;
- d. Observação hospitalar por 24h, TC crânio ambulatorial.

