

RESIDÊNCIA MÉDICA
Endoscopia



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



FACULDADE DE MEDICINA

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL COREME/FM Nº 04/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120 questões** de múltipla escolha, divididas em **Prova I (100 questões)** e **Prova II (20 questões)**, compostas da raiz da questão e de quatro alternativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**.
6. Duração da prova: **6h00**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE VALORES LABORATORIAIS NORMAIS

<p>LISTA DE ABREVIACÕES</p> <p>AA – ar ambiente AAS – ácido acetilsalicílico BCF – batimentos cardíacos fetais bpm – batimentos por minuto BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros Cr – creatinina DUM – data da última menstruação FC – frequência cardíaca FR – frequência respiratória Hb – hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – hematócrito IMC – índice de massa corpórea ipm – incursões por minuto IC_{95%} – intervalo de confiança de 95% MV – murmúrios vesiculares IRT – tripsina imunoreativa neonatal mmHg – milímetros de mercúrio MMII - membros inferiores P – pulso PA – pressão arterial PEEP – Pressão expiratória final positiva PSA - antígeno prostático específico PO – Pós-operatório pO₂ – pressão parcial de O₂ pCO₂ – pressão parcial de CO₂ PS – Pronto-Socorro RHZE - R(rifampicina), H(isoniazida), Z(pirazinamida) e E(etambutol) RN – Recém-nascido Sat - saturação Sat O₂ – saturação de oxigênio TEC – tempo de enchimento capilar Temp. – temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante U – ureia UTI – Unidade de Terapia Intensiva TTGO – teste de tolerância a glicose oral UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – velocidade de Hemossedimentação</p> <p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-nascido= 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</p> <p>Sangue (bioquímica e hormônios):</p> <p>Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l Cloretos = 98 - 106 mEq/l Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22-322 ng/mL mulheres: 10-291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL mulheres: 60-180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dl ou 0,81 a 1,55 mmol/l Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl HDL: superior a 40 mg/dL para homens superior a 50 mg/dL para mulheres Lactato = 5 – 15 mg/dl Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl Potássio = 3,5-5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl PSA < 4 ng/mL Sódio = 135-145 mEq/L TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL Ureia = 10 a 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma):</p> <p>Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> <p>Gasometria Arterial:</p> <p>pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100mmHg pCO₂ = 35 a 45mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃ = 22 a 28 mEq/L SatO₂ > 95%</p> <p>Líquor (punção lombar):</p> <p>Células até 4/mm³ Lactato até 20mg/dL Proteína até</p>
--	--

Endoscopia – Prova I**Cirurgia Básica****01**

Homem de 65 anos queixa-se de dor progressiva ao mastigar há 4 meses, com piora no último mês. Atualmente consegue apenas ingerir alimentos pastosos. Neste período, procurou o pronto-socorro duas vezes para controle da dor. Em uso de dipirona e morfina de horário, com melhora parcial. Perda de 8 kg desde o início dos sintomas. Antecedentes: tabagista ativo, 80 anos. maço; etilista. Nega outras comorbidades. Os achados do exame clínico são mostrados abaixo.



Caso a biópsia da lesão confirme a hipótese diagnóstica mais provável, selecione a alternativa que contém os exames complementares que seriam indicados e o tratamento recomendado para este caso.

- (A) O principal exame a ser solicitado é a tomografia cervical. O tratamento de escolha é quimioterapia.
- (B) Não são necessários exames complementares. A conduta recomendada para o caso é a eliminação de fatores de risco, como o tabagismo.
- (C) Devem ser solicitados nasofibrolaringoscopia, endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada de face, pescoço e tórax. O tratamento de escolha é cirúrgico.
- (D) Deve-ser realizar pesquisa de HPV e tomografia computadorizada cervical. O tratamento de escolha pode ser cirúrgico ou radioterapia.

02

Mulher de 83 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes, apresentava lesão de 0,4 cm em região malar direita, há 6 meses. Foi submetida à biópsia excisional, com o seguinte resultado anatomo-patológico:

Tipo histológico – melanoma extensivo superficial. Margens cirúrgicas periféricas e profunda – coincidentes com a lesão. Espessura máxima (Breslow): 1,9 mm. Não foram detectadas ulceração, microsatelítose, invasão angiolinfática, invasão perineural e regressão.

Considerando o resultado da biópsia, selecione a alternativa com a conduta recomendada.

- (A) Embora tenha indicação de ampliação de margens e esvaziamento cervical, devido à idade avançada e à presença de comorbidades, o melhor tratamento a ser realizado é a radioterapia.
- (B) Deve-se realizar a ampliação de margens em 1 a 2 cm, associada à pesquisa de linfonodo sentinel.
- (C) Está indicada a ampliação de margens em 1 cm, associada ao esvaziamento cervical.
- (D) Não é necessária nenhuma conduta adicional no momento, uma vez que a lesão já foi totalmente ressecada, porém, pelo alto risco, a paciente deve realizar seguimento oncológico a cada 12 meses para avaliar presença de recidivas ou novas lesões.

03

Assinale a alternativa que faz referência a estruturas que pertencem exclusivamente à supraglote.

- (A) Bandas ventriculares, valécula e epiglote.
- (B) Aritenoide, área pós-cricoide e ádito laríngeo.
- (C) Prega vocal, ventrículo e pecíolo da epiglote.
- (D) Prega ariepiglótica, aritenoide e banda ventricular.

04

Sobre a epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço, assinale a alternativa correta.

- (A) Os indivíduos do sexo masculino são os mais afetados e o câncer de boca é o tipo mais prevalente na população brasileira, cuja incidência ainda é crescente mesmo com a conscientização da população quanto aos fatores de risco.
- (B) O HPV tem comprovada relação na carcinogênese dos tumores da orofaringe e já é o principal fator etiológico envolvido na gênese dos tumores dessa topografia em todo o mundo.
- (C) O tabagismo e o etilismo ainda são os fatores de risco mais preponderantes e o combate a esses maus hábitos não deve ser incentivado durante o tratamento, para que o paciente não apresente quadro de abstinência que possa atrasar ou interromper a terapêutica.
- (D) As mulheres são preferencialmente acometidas pelo câncer da nasofaringe que não tem relação com o tabagismo e o etilismo, menos frequentes na parcela da população com este histórico.

05

Mulher de 43 anos apresenta história com 6 meses de evolução: cansaço, dores musculares difusas, irritação, choro fácil, palpitações, tremores de extremidades e aumento do hábito intestinal.

Os familiares também notaram emagrecimento e impressão de aumento de volume na região anterior do pescoço. Exame clínico: bom estado geral, corada, eupneica, não agitada FC 100 bpm, PA 120x80 mmHg. Exoftalmo e *lid lag* positivos. Aumento difuso cervical anterior com apagamento da fúrcula e dos contornos dos músculos esternocleidomastoideos. À palpação, glândula tireoide aumentada difusamente em cerca de 3 vezes o tamanho normal, móvel à deglutição, sem nódulos caracterizáveis.

Assinale a alternativa que contém o diagnóstico clínico provável e a conduta recomendada.

- (A) Tireotoxicose em bário difuso. Introduzir beta bloqueador ou similar para controle da manifestação periférica do hipertireoidismo e medicamento anti-tireoidiano; prosseguir investigação com exames laboratoriais (hormônios tireoidianos, anticorpos anti-tireoidianos, TRAB) e exames de imagem.
- (B) Doença de Graves com hipertireoidismo descompensado; a paciente encontra-se em tempestade tireotóxica. Internar para tratamento clínico urgente com medicação anti-tireoidiana para evitar possíveis eventos decorrentes da taquiarritmia cardíaca.
- (C) Hipertireoidismo em doença de Plummer. Internar para tratamento definitivo com radioiodoterapia ou com tratamento operatório.
- (D) Tireotoxicose em doença de Graves. Prosseguir a investigação com USG, cintilografia com Tecnécio e os seguintes exames laboratoriais: T4 livre, TSH e anticorpo anti-receptor de TSH, anticorpo anti-peroxidase, anticorpo anti-tireoglobulina, hemograma completo, função renal e hepática; devido ao risco de falsear os resultados, o tratamento clínico apenas poderá ser iniciado após a coleta dos exames.

06

Mulher de 53 anos, ex-tabagista e ex-estilista, com cessação dos hábitos há mais de 30 anos. Há 8 anos foi submetida a tratamento cirúrgico de condrossarcoma de baixo grau em cabeça do fêmur. Queixa-se de aumento do volume cervical anterior há 8 meses e de disfagia (engasgos) para alimentos sólidos há cerca de 3 meses. Exame clínico: aumento discreto de volume cervical anterior; à palpação, múltiplos nódulos em ambos os lobos tireoidianos, nódulos dominantes à esquerda e não se palpa o limite inferior do lobo esquerdo, mesmo com a deglutição; pequeno desvio da traqueia para a direita. Ultrassonografia de tireoide: volume total estimado em 60 cm³; nódulos em ambos os lobos; N1 à direita em terço médio medindo 2,5x1,5x1,7 cm; N2 à esquerda em terço inferior medindo 6,5x4,6x3,4 cm com pequena insinuação ao mediastino. Puncão aspirativa por agulha fina: N1 nódulo à direita – Bethesda II; N2 nódulo à esquerda – Bethesda IV. Endoscopia digestiva alta: sem alterações significativas.

Quanto à condução do caso, escolha a alternativa correta.

- (A) A paciente não é candidata para o tratamento cirúrgico devido ao antecedente oncológico. Tem indicação para tratamento alternativo com ablação térmica por rádio frequência ou laser.
- (B) A paciente é candidata para o tratamento cirúrgico devido ao bário com volume superior a 30 cm³ e aos sintomas de compressão. Prosseguir a investigação da disfagia com pHmetria, manometria esofágica e RX contrastado do esôfago, do estômago e do duodeno.
- (C) A paciente é candidata para o tratamento cirúrgico. Tem como indicações: bário com componente mergulhante, compressão extrínseca sintomática da via aerodigestória superior e suspeita para malignidade.
- (D) Ainda não se pode decidir o tipo de tratamento – se clínico, cirúrgico ou alternativo. Prosseguir a investigação com teste molecular genético em citologia de tireoide.

07

Mulher de 38 anos, sem antecedentes de morbidade, professora, 3 gestações com partos normais. Achado de exame de rotina: nódulo 1,2 cm em lobo direito da tireoide. Ultrassonografia: sólido, muito hipoeogênico, contornos irregulares e com focos ecogênicos de permeio sugerindo microcalcificações, sem linfonodos atípicos. Puncão aspirativa por agulha fina: Bethesda V. Exames laboratoriais: T4 livre normal e TSH 6,5 (0,40–5,0), níveis de auto-anticorpos TPO e anti-tireoglobulina positivos e muito elevados.

Assinale a alternativa com a conduta mais indicada.

- (A) Vigilância ativa com terapia de supressão hormonal.
- (B) Tratamento cirúrgico com tireoidectomia total.
- (C) Tratamento cirúrgico com tireoidectomia parcial incluindo lobo direito e istmo, e linfadenectomia cervical recorrencial à direita.
- (D) Tratamento com ablação química por etanol ou térmica por rádio frequência ou laser.

Texto para as questões 08 e 09

Homem de 60 anos é portador de carcinoma de borda anterolateral à direita da língua, com extensão para a face ventral e o assoalho adjacentes e metástases para linfonodos cervicais.

No intra-operatório, foram identificados linfonodos suspeitos em: região submentoniana abaulando os músculos milo-hioídes, loja submandibular direita, na junção entre a veia jugular interna direita e o nervo espinal acessório, entre o osso hioíde e a cartilagem cricoide à direita e em borda posterior do músculo esternocleidomastoideo direito, logo acima do osso da clavícula. Não foi ressecada nenhuma estrutura nobre do pescoço.

08

Com relação aos reparos anatômicos e ao caso citado, selecione a alternativa correta.

- (A) Os reparos anatômicos para o limite inferior do nível III pode ser tanto o músculo omo-hioide como o plano da cartilagem cricoide.
- (B) O reparo anatômico para o limite superior do esvaziamento cervical será o ventre anterior do músculo digástrico.
- (C) O paciente apresenta linfonodos suspeitos nos níveis I, II, IV e V à direita e nível IB à esquerda.
- (D) O estadiamento do pescoço é N2a.

09

Quanto ao esvaziamento cervical realizado, assinale a alternativa correta.

- (A) O tipo de esvaziamento indicado é o seletivo eletivo.
- (B) O nível IV direito não precisa ser incluído no esvaziamento nesse caso.
- (C) O nível do nervo espinal acessório deve ser poupado do esvaziamento devido ao alto risco de déficit motor do músculo trapézio.
- (D) O esvaziamento cervical que foi realizado é o radical modificado à direita.

10

Homem de 64 anos queixa-se de aumento de volume cervical em hemiface esquerda na região pré-auricular há 6 anos. Apresentou PAAF com o diagnóstico de lesão formada por grande quantidade de conteúdo cístico, rica em células oxifílicas dispostas em lençóis e achados suspeitos para cistoadenoma papilífero linfomatoso.

Quanto à hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) É mais frequente em mulheres na menopausa e é caracterizado por bilateralidade.
- (B) É uma neoplasia benigna de glândulas salivares também conhecida como tumor de Warthin.
- (C) Por sua localização ser mais frequente em polo inferior, o risco de compressão do nervo facial e de seus ramos é mínimo.
- (D) Por apresentar achados histopatológicos muito típicos, não consta em diagnóstico diferencial para outras lesões.

11

Sobre o papel do HPV na carcinogênese do câncer de orofaringe, assinale a alternativa correta.

- (A) Tem prognóstico semelhante ao dos tumores relacionados ao tabagismo.
- (B) Deve ser tratado preferencialmente com quimioterapia e radioterapia por apresentar melhor resposta a estas modalidades de tratamento.
- (C) Apresenta incidência aumentada, especialmente nos indivíduos jovens, mesmo nos não tabagistas.

- (D) A má higiene oral é a principal condição associada à proliferação do vírus.

12

Sobre as lesões precursoras do câncer da boca, assinale a alternativa correta.

- (A) As leucoplasias têm uma alta taxa de malignização e devem ser rapidamente removidas.
- (B) Cessar o tabagismo não diminui a incidência dessas lesões.
- (C) As eritroplasias são mais raras, porém tem maiores taxas de malignização.
- (D) A queilite actínica dos lábios pode ser tratada com crioterapia, devido às baixíssimas taxas de malignidade associadas.

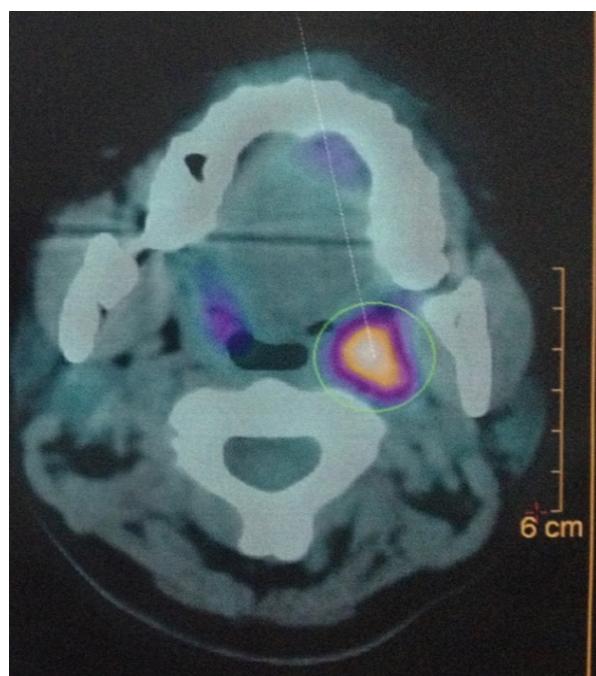
13

Lactente de 3 meses é encaminhado para avaliação devido a um nódulo cervical à direita. Paciente saudável, que apresenta desenvolvimento adequado para a fase e crescimento satisfatório. Ao exame clínico, há nódulo palpável em nível II à direita, junto ao músculo esternocleidomastoideo, endurecido, pouco móvel, medindo aproximadamente 2 cm. A mãe traz ultrassonografia cervical que descreve lesão nodular em músculo esternocleidomastoideo, achado compatível com *fibromatosis colli*. Qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada neste momento?

- (A) Torcicolo congênito; fisioterapia.
- (B) Torcicolo congênito; ressecção cirúrgica da fibrose.
- (C) Linfonodomegalia reacional; seguimento.
- (D) Cisto branquial; ressecção cirúrgica aos 2 anos de idade.

14

Na investigação diagnóstica de um paciente com metástase cervical de carcinoma epidermoide sem lesão primária evidente foi realizado o exame abaixo.



Selecione a alternativa que melhor descreve o exame e o seu achado.

- (A) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação fisiológica em orofaringe.
- (B) Ressonância magnética em T2 com gadolíneo, imagens sugestivas de tumor primário em orofaringe a esquerda.
- (C) Tomografia computadorizada com contrate, imagem sugestiva de metástase em linfonodo retrofaríngeo.
- (D) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons com captação sugestiva de tumor primário em loja amigdaliana esquerda.

15

Paciente de 25 anos com queixa de pirose e de regurgitação de longa data. A endoscopia digestiva alta demonstra esofagite grau Los Angeles B, sem hérnia de hiato. Ao exame clínico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC: 31 kg/m². Após uso de esomeprazol em dose otimizada, apresentou melhora dos sintomas.

Com relação ao caso, assinale a melhor alternativa.

- (A) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável e o paciente deverá ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
- (B) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável e o paciente deverá realizar medidas comportamentais (dieta e perda de peso) como início do tratamento.
- (C) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, havendo indicação formal para cirurgia bariátrica.
- (D) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado e existe indicação formal para tratamento endoscópico como ponte para tratamento cirúrgico.

16

Mulher de 18 anos, com queixa de regurgitação e disfagia baixa há 2 anos, atualmente ingerindo somente alimentos pastosos, vem sendo acompanhada em ambulatório psiquiátrico com suspeita de distúrbio alimentar. Ao exame clínico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC: 20,2 kg/m². Após uso de omeprazol, não houve melhora dos sintomas. A endoscopia digestiva alta demonstra esofagite grau Los Angeles A, com pequena hérnia de hiato. No estudo radiológico contrastado, apresenta esôfago com estase e discreto grau de dilatação, com presença de ondas terciárias; manometria esofágica evidencia ausência de relaxamento do esfínter esofágico inferior com aperistalse de corpo esofágico. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento recomendado?

- (A) Megaesôfago; cardiomiotomia com fundoplicatura.
- (B) Bulimia; otimização de medicação psiquiátrica.
- (C) Megaesôfago; dilatação esofágica e aplicação de toxina botulínica.
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico; otimização do tratamento clínico.

17

Paciente de 60 anos, tabagista e etilista há 30 anos, durante exames de seguimento da doença do refluxo, realizou uma endoscopia digestiva alta com visualização de lesão a 36 cm da arcada dentária superior (ADS), com 1,0 cm de extensão, plana, ulcerada, associada ao esôfago de Barrett de 2 cm de extensão; a biópsia da lesão confirmou adenocarcinoma tipo difuso, indiferenciado. Realizados exames de estadiamento (tomografia computadorizada, PET-TC e ecoendoscopia), que demonstraram provável estadiamento cT2N1M0.

Qual o melhor tratamento para este paciente?

- (A) Neodjuvânci seguido de gastrectomia total com esofagectomia distal e linfadenectomia.
- (B) Neodjuvânci seguido de esofagectomia subtotal com gastrectomia polar e linfadenectomia.
- (C) Radioterapia e quimioterapia exclusivamente.
- (D) Esofagectomia subtotal com gastrectomia polar e linfadenectomia.

18

Paciente de 75 anos, portador de carcinoma espinocelular de terço médio do esôfago, submetido ao tratamento neoadjuvante com quimioradioterapia. Está no sexto pós-operatório de esofagectomia por toracoscopia e anastomose cervical. Após uma crise de tosse, apresentou abaulamento na região cervical com enfisema supraclavicular, com alteração de voz, sem dispneia. Solicitada radiografia de tórax sem evidências de pneumotórax, somente presença de pequeno pneumomediastino.

Qual a melhor hipótese diagnóstica e o exame a ser solicitado?

- (A) Hematoma cervical; endoscopia de urgência.
- (B) Pneumomediastino residual; tomografia computadorizada de tórax.
- (C) Fistula traqueal; broncoscopia.
- (D) Fistula da anastomose cervical; tomografia computadorizada de pescoço e tórax.

19

Homem de 65 anos tem hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2 controladas e se queixa de epigastralgia e emagrecimento de 6 kg nos últimos 6 meses. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão úlcero-infiltrativa avançada de 6 cm de diâmetro, em pequena curvatura de antro, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia de tórax, abdome e pelve descreveu somente a lesão na parede gástrica e negativa para metástases. Foi submetido à gastrectomia, porém o cirurgião considerou o tratamento R2. De acordo com a *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), 8^a edição, na classificação R para doença residual, o que significa R2?

- (A) Tumor microscópico dentro de uma margem de 1 mm.
- (B) Tumor microscópico dentro de uma margem de 2 mm.
- (C) Tumor visível macroscopicamente nas margens.
- (D) Sem tumor residual macroscópico.

20

Mulher de 20 anos, sem comorbidades, várias crises de dor, distensão abdominal e vômitos. Exame clínico mostra várias pequenas manchas escurecidas em lábios e palma das mãos. A história familiar aponta pai e irmão com manchas semelhantes. Endoscopia digestiva alta mostra lesão volumosa pediculada na 3^a porção duodenal. Anatomopatológico: hamartoma. Tomografia de tórax, abdome e pelve descreve uma lesão de 7 cm de diâmetro dentro do duodeno, próximo ao ângulo de Treitz, com dilatação do delgado à montante, sugerindo crises de intossucepção.

Diante deste quadro, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Síndrome de polipose juvenil.
- (B) Síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) HNPCC ou síndrome de Lynch.
- (D) Neurofibromatose.

21

Mulher de 65 anos apresentou recentemente episódio de pancreatite aguda leve. Exame de ressonância magnética identificou um cisto que mede 3,5 cm, localizado na cabeça do pâncreas e que se comunica com ducto pancreático principal, que está dilatado, medindo até 7 mm.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, dentre as opções abaixo, qual melhor conduta para esta paciente?

- (A) Ultrassonografia endoscópica.
- (B) Repetir a ressonância magnética em um ano.
- (C) Ultrassonografia endoscópica com alcoolização do cisto.
- (D) PET-CT com FDG (glicose marcada com radiofármaco).

22

Homem de 72 anos, em 8º dia de pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia com reconstrução em alça única à *Child*, apresenta vômitos em grande quantidade, com aspecto bilioso e resíduos alimentares sólidos. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Obstrução da anastomose gastrojejunal.
- (B) Hérnia interna.
- (C) Gastroparesia.
- (D) Pancreatite aguda.

23

Homem de 60 anos, com achado incidental na vesícula biliar de uma lesão hipoecogênica, sem sombra acústica posterior, fixa, porém restrita à mucosa da vesícula, compatível com pólipo. A lesão mede 15 mm.

Qual a melhor conduta neste momento?

- (A) Colecistectomia.
- (B) Colecistectomia com ressecção ampliada do leito hepático e linfadenectomia do hilo hepático.
- (C) Colangiografia endoscópica.
- (D) Ultrassonografia endoscópica com punção biópsia.

24

Homem de 54 anos, com diagnóstico de colangiocarcinoma intra-hepático de 8,7 cm em lobo direito, é submetido à hepatectomia direita, à linfadenectomia hilar e à drenagem da cavidade sem intercorrências. Apresentou boa evolução, até que, no 3º dia pós-operatório, o dreno abdominal mostrou-se com secreção levemente esverdeada e aumento do volume (150 mL). Mantém-se estável, sem drogas vasoativas e afebril. Ao exame clínico, abdome flácido e indolor.

Os exames laboratoriais mostraram leucócitos de 10.300/mm³ e discreta elevação da proteína C-reativa. A dosagem sérica de bilirrubina é de 0,7 mg/dL e a do dreno abdominal de 3,2 mg/dL.

Com relação ao caso, é correto afirmar que:

- (A) o paciente por definição não possui fistula biliar pós-hepatectomia.
- (B) o paciente tem fistula biliar grau C, devendo ser indicada reabordagem cirúrgica para limpeza da cavidade abdominal.
- (C) o paciente tem fistula biliar grau A, devendo ser mantida a observação clínica.
- (D) está indicada drenagem da cavidade por radiologia intervencionista e introdução de antibioticoterapia de amplo espectro.

25

Homem de 61 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por uso de álcool (3 cervejas/dia por 27 anos; parou há 3 anos), está em acompanhamento com clínico. Em ultrassonografia de abdome foi evidenciado nódulo periférico de 4 cm em segmento 6. Realizou tomografia de abdome com contraste que mostrou lesão hipervasicular no segmento 6 medindo 4,1 cm, comclareamento rápido do meio de contraste.

Exames laboratoriais: hemoglobina = 11,7 g/dL, plaquetas = 110.000/mm³, bilirrubinas totais = 1,2 mg/dL, bilirrubina direta = 0,9 mg/dL, creatinina = 1,0 mg/dL, albumina = 3,5 g/dL, tempo de protrombina = 88% (INR = 1,2), sódio = 137 mEq/L, alfafetoproteína = 343 ng/mL. Child-Pugh = A6, Model of End-Stage Liver Disease (MELD) = 9. Endoscopia digestiva alta com gastrite moderada de antrô.

Com base nos dados clínicos e laboratoriais, qual o melhor tratamento para o paciente?

- (A) Quimioembolização arterial.
- (B) Radiofrequência do nódulo hepático.
- (C) Encaminhamento para transplante de fígado.
- (D) Hepatectomia (ressecção regrada do segmento 6).

26

Mulher de 59 anos é portadora de hipertensão arterial controlada com medicação e *diabetes mellitus* tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais há 15 anos. Atualmente com peso de 120 kg e IMC 45 kg/m². Realiza suas atividades diárias com limitações devido ao peso.

Faz seguimento clínico regular, com falha terapêutica após múltiplos tratamentos com medicação e dieta.

Qual a melhor opção terapêutica para o tratamento da obesidade neste caso?

- (A) Incrementar o tratamento da diabetes com o uso de insulina.
- (B) Indicar cirurgia bariátrica.
- (C) Manter o seguimento clínico, pois é uma forma refratária de obesidade.
- (D) Manter o tratamento clínico com implementação de dieta altamente restritiva.

27

Paciente de 42 anos, submetida à Gastrectomia Vertical há 1 ano para tratamento de obesidade grave, evoluindo com perda expressiva de peso. Há 6 meses com queixa recorrente de vômitos pós-alimentares, pirose, regurgitação e tosse noturna, com impacto na sua qualidade de vida. Realizou endoscopia digestiva alta com diagnóstico de esofagite erosiva grau C. Vem mantendo uso contínuo de inibidor de bomba de próton em alta dose. A avaliação radiológica com estudo contrastado evidenciou estreitamento na transição entre corpo e antro do estômago.

A conduta recomendada neste momento é:

- (A) trocar o tipo de Inibidor de Bomba de Próton.
- (B) manter dieta líquida para facilitar o esvaziamento gástrico.
- (C) solicitar pHmetria esofágica de 24 horas para confirmação do refluxo gastroesofágico.
- (D) indicar cirurgia revisional com conversão para gastroplastia com derivação em Y de Roux (Bypass Gástrico).

28

Homem de 47 anos, IMC 55 kg/m², submetido a Bypass Gástrico em Y de Roux há 8 dias, retorna na consulta ambulatorial com mal-estar, dor abdominal e taquicardia. Realizou tomografia computadorizada de abdome com achado de fístula na anastomose gastrojejunal com coleção bem delimitada adjacente ao estômago excluso, com volume estimado em 20 mL. Após hidratação venosa e antibioticoterapia, o paciente referiu melhora dos sintomas, com FC = 90 bpm e PA = 120x75 mmHg.

Assinale a melhor conduta para o tratamento da fístula neste momento.

- (A) Laparotomia exploradora para limpeza da cavidade e sutura da fístula do estômago excluso.
- (B) Endoscopia para avaliação da fístula e tratamento associado.
- (C) Drenagem da coleção guiada por ultrassonografia.
- (D) Lavagem da cavidade e fechamento da fístula por via laparoscópica.

29

Mulher de 74 anos apresenta-se com dor abdominal em flanco esquerdo/fossa ilíaca esquerda (FIE) de forte intensidade, inicialmente leve, com piora importante há 24 horas. Ao exame clínico tem T 37,8°C, FC 100 bpm, dor à palpação difusa do abdome com descompressão positiva em FIE.

Como proceder à investigação diagnóstica?

- (A) Tomografia computadorizada de abdome.
- (B) Colonoscopia com preparo retrógrado.
- (C) Colografia por tomografia (colonoscopia virtual).
- (D) Laparoscopia diagnóstica.

30

Homem de 72 anos apresenta adenocarcinoma de cólon ascendente com 5 cm de diâmetro, sem invasão de órgãos adjacentes ou linfonodomegalias no território de drenagem linfonodal. Não apresenta metástases aos exames de estadiamento. Exames laboratoriais mostram CEA 6,5 mg/dL e Hb = 7,0 g/dL.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se iniciar a reposição de ferro por via oral por duas semanas antes da cirurgia.
- (B) Está indicado o tratamento neoadjuvante para reduzir a recidiva local.
- (C) A colectomia segmentar com ligadura dos vasos côlicos direitos e ramo direito da cólica média é o tratamento cirúrgico de escolha.
- (D) A ligadura da veia mesentérica superior é o primeiro passo da linfadenectomia na cirurgia oncológica dessa região.

31

Menina com 1 mês de idade apresenta massa suprarrenal à esquerda de 4 cm na ultrassonografia de abdome. Tomografia detecta massa sólida com calcificações na loja suprarrenal, deslocando o rim direito inferolateralmente sem distorção pielocalcial. Presença de metástases hepáticas. O exame clínico revela múltiplos nódulos subcutâneos.

Qual é a alternativa correta quanto ao provável diagnóstico?

- (A) Tumor de Wilms.
- (B) Feocromocitoma.
- (C) Carcinoma de suprarrenal.
- (D) Neuroblastoma.

32

Recém-nascido do sexo masculino apresenta tumoração cística no assoalho da boca que dificulta a succção. Também apresenta lesões semelhantes nas regiões cervical e submandibular. Qual é o diagnóstico provável?

- (A) Malformação linfática.
- (B) Linfoma.
- (C) Língua presa.
- (D) Rânula.

33

Menino, na segunda semana de vida, logo após a mamada começa a apresentar vômitos alimentares, não corados de bile e em jato. Apesar dos vômitos intensos, a criança apresenta apetite voraz. Ao exame do abdome, observam-se ondas peristálticas no epigástrico e estrutura sólida de cerca de 1,5 cm, arredondada e bem delimitada, palpável em quadrante superior direito.

Qual é a alternativa correta quanto ao provável diagnóstico?

- (A) Estenose hipertrófica de piloro.
- (B) Duplicação gástrica.
- (C) Pâncreas anular.
- (D) Refluxo gastroesofágico.

34

Criança com 2 anos apresenta enterorragia maciça e choque hipovolêmico. Depois de administrados solução fisiológica e concentrado de hemácias, o quadro se estabiliza. Após recuperação hemodinâmica, foi realizada ultrassonografia de abdome, sem alterações. Como poderá ser feita a confirmação diagnóstica desta patologia?

- (A) Mielograma.
- (B) Mapeamento isotópico com tecnécio.
- (C) Realização de endoscopia digestiva alta.
- (D) Realização de tomografia e ressonância magnética de abdome.

35

Neonato com 4 dias de vida apresenta vômitos biliosos, distensão abdominal e radiografia de abdome com padrão obstrutivo. Foi operado, sendo identificada atresia intestinal.

Qual procedimento é obrigatório durante o ato cirúrgico de qualquer atresia intestinal?

- (A) Realização de ostomias.
- (B) Avaliação de possíveis obstruções distais.
- (C) Ressecção do coto proximal dilatado.
- (D) Apendicectomia.

36

Neonato, idade gestacional de 36 semanas, apresenta salivação aerada abundante nas primeiras horas de vida e crises de tosse com queda de saturação na oximetria de pulso. Assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Atresia de coanas.
- (B) Hérnia diafragmática congênita.
- (C) Atresia de esôfago.
- (D) Malformação adenomatoide cística.

37

Menino de 7 anos, previamente hígido, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de dor abdominal de início há 2 dias, com piora progressiva e vômitos.

Ao exame clínico, encontrava-se em regular estado geral, subfebril (T: 37,7°C) e com sinais de irritação peritoneal mais localizada em quadrante inferior direito. Foi avaliado pelo cirurgião, que indicou tratamento cirúrgico com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. No intra-operatório, foi identificado moderado volume de secreção turva na cavidade, porém sem sinais inflamatórios ou outras alterações no apêndice cecal ressecado.

Com base no quadro clínico e nos achados cirúrgicos, assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Gastroenterocolite aguda.
- (B) Peritonite bacteriana espontânea.
- (C) Diverticulite de Meckel.
- (D) Duplicação de apêndice.

38

Lactente masculino, com 9 meses de idade, apresenta segundo episódio de infecção do trato urinário. Ao exame clínico, encontra-se em bom estado geral, com jato urinário adequado e função renal preservada (dosagem de ureia e creatinina séricas normais). Durante a internação para tratamento da infecção, foi solicitada ultrassonografia das vias urinárias, que evidenciou hidronefrose moderada à direita.

Qual a alternativa que descreve corretamente o diagnóstico mais provável?

- (A) Estenose de junção ureterovesical direita.
- (B) Displasia renal direita.
- (C) Estenose de junção ureteropéllica direita.
- (D) Válvula de uretra posterior.

39

Neonato a termo, no 2º dia de vida, apresenta vômitos biliosos desde o nascimento.

Assinale a alternativa que contém duas possíveis hipóteses diagnósticas compatíveis com a apresentação clínica em questão.

- (A) Atresia de esôfago com fístula distal e megacôlon congênito.
- (B) Estenose hipertrófica de piloro e atresia ileal.
- (C) Membrana antral e peritonite meconial.
- (D) Suboclusão duodenal e atresia jejunal.

40

Adolescente de 14 anos com história de dor no testículo direito há 8 horas, associado a edema e hiperemia da parede do escroto. Devido à impossibilidade de realizar ultrassonografia com doppler de emergência, optou-se por realizar exploração cirúrgica. Achado intra-operatório na imagem apresentada.

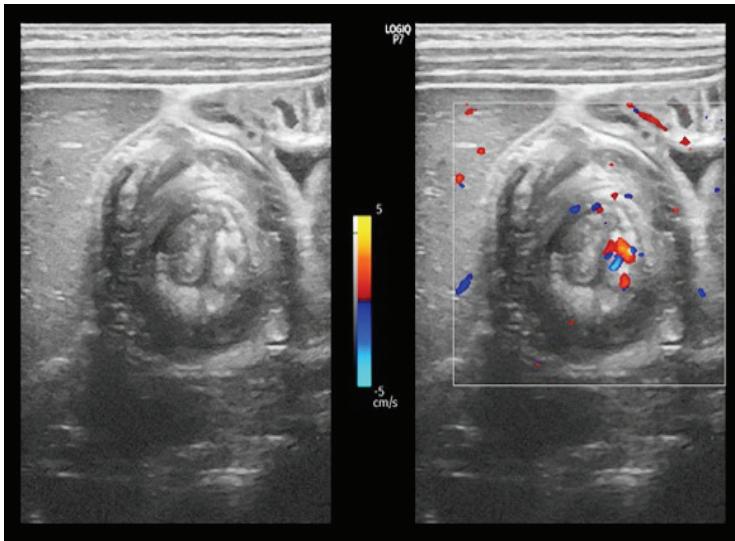


Assinale a alternativa correta em relação à hipótese diagnóstica e o tratamento recomendado.

- (A) Torção de hidártide de Morgagni (apêndice testicular); exerese da lesão.
- (B) Teratoma do testículo; orquiectomia parcial e estadiamento com tomografia de abdome e tórax, e dosagem de marcadores tumorais.
- (C) Cisto de epidídimo; abertura e marsupialização do cisto.
- (D) Teratoma do testículo; orquiectomia total e estadiamento com tomografia de abdome e tórax, e dosagem de marcadores tumorais.

41

Lactente do sexo feminino de 8 meses de vida, sem comorbidades e eutrófica, iniciou há 4 dias quadro de dor abdominal em cólica associada à distensão progressiva. Há 2 dias está apresentando vômitos, hipoatividade e febre. Apresentou também 2 episódios de enterorragia com muco associado nas últimas evacuações. Após avaliação clínica, realizou ultrassonografia, sendo indicada cirurgia de urgência, onde foi observado o achado mostrado a seguir (imagens apresentadas).



Assinale a alternativa correta em relação ao caso clínico descrito acima.

- (A) O diagnóstico é de enterocolite e a cirurgia foi desnecessária nesse caso.
- (B) O diagnóstico é de invaginação intestinal, o diagnóstico de linfoma intestinal como causa da invaginação é importante nessa faixa etária do paciente e deve ser afastado.
- (C) Um exame de enema opaco estaria indicado nesse caso, a fim de confirmar o diagnóstico e realizar a redução incruenta da invaginação.
- (D) O diagnóstico é de invaginação intestinal, a redução cruenta está indicada devido ao tempo de evolução associado à clínica de hipoatividade, de febre e de enterorragia.

42

Lactente de 2 anos, sexo feminino, previamente hígida e sem comorbidades, é levada ao pronto-socorro infantil com história de evacuações com sangue há 1 dia. Pais negam antecedentes familiares de doenças intestinais. Ao exame clínico, observa-se lesão escurecida, prolapsada através da borda anal, que apresenta base pedunculada junto à mucosa do reto anterior (imagens apresentadas).





Assinale a alternativa CORRETA em relação ao diagnóstico mais provável e ao tratamento recomendado.

- (A) Pólio hamartomatoso; exerese para confirmação histopatológica e seguimento ambulatorial.
- (B) Pólio adenomatoso; exerese para confirmação histopatológica e alta sem necessidade de seguimento.
- (C) Pólio hamartomatoso; exerese para confirmação histopatológica e seguimento ambulatorial.
- (D) Adenocarcinoma; exerese para confirmação diagnóstica e quimioterapia neoadjuvante para programação de ressecção.
- (E) Hemangioma intestinal; exerese para confirmação diagnóstica e alta sem necessidade de seguimento.

43

Criança de 3 anos, previamente hígida, apresenta aumento do volume abdominal em flanco esquerdo, associado à dor abdominal e presença de varicocele à esquerda. Foi submetida à investigação com exame de imagem que evidenciou volumosa massa renal esquerda com aspecto sugestivo de nefroblastoma (tumor de Wilms).

Assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de varicocele pode ser um sinal de obstrução da veia renal por um trombo tumoral.
- (B) A presença de varicocele não tem relação com nefroblastoma.
- (C) A presença de trombo tumoral tem pouca importância para o planejamento cirúrgico do nefroblastoma.
- (D) A presença de trombo tumoral tem pouca importância no estadiamento do nefroblastoma.

44

Lactente masculino, com 2 meses de idade, está apresentando icterícia, colúria e acolia fecal desde a segunda semana de vida. Nasceu a termo, sem antecedentes pré-natais relevantes. Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 3º dia de vida.

Ao exame clínico: bom estado geral, icterico, pesando 4,4 kg. O exame abdominal evidencia fígado endurecido palpável a 3 cm do rebordo costal direito e baço palpável na altura do rebordo costal esquerdo.

Exames laboratoriais: TGO = 89 U/L; TGP = 73 U/L; GamaGT = 284 U/L; Bilirrubina total = 7,9 mg/dL; Bilirrubina direta = 7,1 mg/dL; INR = 1,2.

Assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Hepatite neonatal.
- (B) Icterícia fisiológica.
- (C) Atresia de vias biliares.
- (D) Fibrose hepática congênita.

45

Com relação ao atendimento de pacientes queimados, fase aguda, em qual situação o cálculo de volume a ser infundido para reposição volêmica, baseado na fórmula de Parkland, sofre alterações?

- (A) Queimaduras de primeiro grau em área superior a 50% da superfície corpórea.
- (B) Queimaduras associadas a trauma crânio-encefálico.
- (C) Queimaduras associadas a trauma torácico.
- (D) Queimaduras de segundo e terceiro graus acometendo mais de 50% da superfície corpórea.

46

A cicatrização das feridas é estudada desde a antiguidade. Quais parâmetros definidos há mais de 2000 anos continuam sendo válidos ainda atualmente?

- (A) Remoção de corpos estranhos e proteção da área cruenta.
- (B) Tratamento dos ferimentos com líquidos quentes.
- (C) Não fechamento primário de feridas abertas.
- (D) Uso de pressão negativa sobre a ferida.

47

Quais eventos citados abaixo ocorrem na fase inflamatória da cicatrização e qual a sequência cronológica correta?

- (A) Vasodilatação; migração de macrófagos; liberação de fibronectina.
- (B) Vasoconstrição; vasodilatação; aumento de permeabilidade vascular.
- (C) Migração de plaquetas; migração de fibroblastos; produção de colágeno.
- (D) Vasodilatação; síntese de ácido hialurônico; adesão de neutrófilos.

48

Mulher tem uma ferida de cerca de 4 cm em área plana da face, região da bochecha. Indica-se enxertia de pele para a reparação do ferimento.

Assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de enxerto de pele parcial fornece ao enxerto maior retração primária (imediatamente após sua retirada) e menor retração secundária (retração cicatricial).
- (B) O uso de pele parcial do couro cabeludo é contraindicado por levar consigo os folículos pilosos e aumentar o risco de hipertricose na região.
- (C) A escolha da área doadora deve levar em consideração a localização e a proximidade com a área receptora para fins de qualidade final do resultado.
- (D) A imobilidade da pele enxertada deve ser garantida para que ocorra nutrição por embebição plasmática nas primeiras 24 horas.

49

A viabilidade de um retalho com componente cutâneo pode ser clinicamente avaliada por meio do teste de digitopressão. Assinale a alternativa que indica os achados clínicos observados quando há dificuldade no retorno venoso.

- (A) Retalho pálido com reenchimento capilar normal.
- (B) Retalho frio com reenchimento capilar preservado.
- (C) Retalho normotérmico com reenchimento capilar lento.
- (D) Retalho de coloração violácea com reenchimento capilar acelerado.

50

Paciente vítima de coice de cavalo dá entrada na sala de emergência consciente, com intenso sangramento oral e nasal. Após aspiração, observa-se que o sangramento é ativo e se origina na região maxilar. Tamponamento anterior sem sucesso. O trauma é localizado na região nasomaxilar, no terço médio da face, preservando o terço inferior da face. Além das medidas sistêmicas a serem adotadas, qual conduta recomendada em caso de instabilidade hemodinâmica?

- (A) Arteriografia e embolização de vasos maxilares de urgência.
- (B) Passagem de sonda de Foley por via nasal e insuflação do balão com tração.
- (C) Injeção de hemostático tópico por via endonasal.
- (D) Ligadura de artérias carótidas externas.

Clínica Médica**51**

Mulher de 55 anos refere asma de difícil controle iniciada na adolescência, com várias internações pelas crises asmáticas desencadeadas principalmente por sinusites e poluentes ambientais. É portadora de hipertensão arterial há 10 anos e teve um episódio de acidente vascular cerebral há cinco anos. Recentemente passou a apresentar artrite em pequenas articulações, além de parestesias progressivas nos membros superiores e inferiores. Exame clínico: PA 140x95 mmHg, FC 100 bpm, IMC 28, ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar com sibilos inspiratórios. Neurológico: compatível com quadro de mononeurite múltipla. Exames laboratoriais: Hb 13,3 g/dL, Ht 40%, leucócitos 12.800/mm³ (neutrófilos 55%, linfócitos 15%, eosinófilos 25%, monócitos 5%), VHS 65 mm, PCR 8,2 mg/dL, glicose 105 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL, TGO/TGP normais, FAN 1/160 pontilhado fino, fator reumatoide 40, urina I normal. Espirometria: distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo, moderado; tomografia dos seios da face: espessamento do revestimento mucoso dos seios maxilares e etmoidais. Radiografia de tórax: normal.

Após confirmação da principal hipótese diagnóstica, além de corticoide sistêmico, o tratamento a ser instituído é:

- (A) rituximabe.
- (B) ciclofosfamida.
- (C) azatioprina.
- (D) ciclosporina.

52

Homem de 36 anos com febre e mialgia de início abrupto há três dias. Há dois dias com cefaleia importante e dor em região retro-orbitária. Exame clínico: PA 120x80 mmHg, FC 76 bpm e leve exantema eritematoso em tórax, sem outras alterações.

O exame que deve ser solicitado é:

- (A) hemocultura.
- (B) quimiocitológico de liquor.
- (C) antígeno NS1.
- (D) VDRL.

53

Homem de 42 anos, com antecedente de retocolite ulcerativa em uso regular de Adalimumabe há dois anos, com melhora substancial do quadro intestinal. Refere screening negativo para infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* na ocasião. Procura ambulatório com quadro de dor lombar por cerca de quatro meses, febre não aferida e perda de peso não quantificada. Refere uso de diversos antibióticos, com melhora parcial do quadro, mas não sabe referir os nomes. Tomografia apresentada na imagem.



A principal hipótese diagnóstica etiológica é:

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Mycobacterium tuberculosis*.
- (C) *Escherichia coli*.
- (D) *Enterococcus faecalis*.

54

Homem de 43 anos, em programa de hemodiálise através de cateter de longa permanência em veia jugular interna direita há 6 meses, interna por suspeita de infecção. Está hemodinamicamente estável, em uso de ceftazidima e vancomicina, sem sinais de embolização séptica ou tunelite.

Hemoculturas do cateter e periférica demonstram crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina, com 8 e 12 horas de tempo de crescimento, respectivamente.

Além de suspender a ceftazidima, a conduta mais adequada é:

- (A) trocar vancomicina por oxacilina e associar lockterapia com oxacilina.
- (B) manter vancomicina e associar lockterapia com vancomicina.
- (C) trocar vancomicina por cefazolina e retirar o cateter.
- (D) manter vancomicina e retirar o cateter.

55

Mulher de 32 anos, com leucemia mieloide aguda, portadora de cateter de longa permanência, realizou quimioterapia há três semanas e apresenta contagem absoluta de neutrófilos de 350 células/mm³. Evoluiu com quadro de febre e choque. As duas amostras de hemoculturas coletadas estão positivas para cocos Gram-positivos, catalase negativo e coagulase negativo. A amostra de sangue retirada do cateter positivou com intervalo de tempo de 10 horas e, a do sangue periférico, com intervalo de 11 horas.

O agente etiológico mais provável é:

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Staphylococcus epidermidis*.
- (C) *Enterococcus faecalis*.
- (D) *Streptococcus viridans*.

56

Homem de 23 anos, natural e procedente de São Paulo (SP), estudante. Procura serviço de medicina de viagem em hospital universitário para orientação de viagem para Anavilhas (Uariní-AM), por 15 dias, para turismo ecológico.

Com relação à profilaxia de malária, segundo o Ministério da Saúde, qual é a melhor conduta?

- (A) Doxiciclina 100 mg uma vez ao dia. Iniciar 1–2 dias antes de entrar na área de risco; manter por 28 dias após retorno.
- (B) Mefloquina semanalmente ao entrar na área de risco; repetir em até uma semana após retorno.
- (C) Atovaquone/proguanil uma vez ao dia. Iniciar 1–2 dias antes de entrar na área de risco; manter por sete dias após retorno.
- (D) Não há indicação de profilaxia para malária em território nacional em situações habituais.

57

Homem de 62 anos, com doença renal crônica dialítica, com resultado de teste tuberculínico realizado com resultado de 9 mm.

A conduta adequada é:

- (A) repetir o teste em oito semanas.
- (B) iniciar rifampicina.
- (C) iniciar esquema RIPE.
- (D) não tratar.

58

Considere as situações clínicas abaixo:

I	Baixa probabilidade pré-teste de tromboembolismo pulmonar em pronto-socorro.
II	Acompanhamento ambulatorial de COVID-19.
III	Avaliar indicação de anticoagulação em COVID-19 hospitalizado.
IV	Suspeita de tromboembolismo pulmonar em paciente hospitalizado com sepse.
V	Suspeita de coagulação intravascular disseminada.

São indicações para dosagem de D-dímero sérico:

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

59

Mulher de 61 anos é internada em unidade de terapia intensiva devido ao choque séptico de foco pulmonar e lesão renal aguda em hemodiálise veno-venosa contínua, com anticoagulação regional baseada em citrato trissódico 4%, há 24 horas. Nas últimas três horas, os valores de pressão do filtro mostram-se em elevação de 100 para 120 mmHg e os valores de cálcio pós-filtro e cálcio sistêmico são, respectivamente, 2,11 (VR = 1,0–1,4 mg/dL) e 4,51 mg/dL (VR = 4,4–5,2 mg/dL).

A conduta mais adequada é:

- (A) manter infusão de citrato e associar heparina não fracionada.
- (B) trocar citrato por heparina não fracionada.
- (C) aumentar a infusão do citrato.
- (D) suspender citrato e manter sem anticoagulação regional.

Texto para as questões 60 e 61

Homem de 54 anos, portador de cirrose alcoólica, foi internado por diminuição de volume urinário, piora de edema e ascite há três dias. Estava em uso de furosemida e espironolactona, mas parou há cinco dias, após quadro de disenteria e vômitos tratados com medicamentos que não sabe o nome. Exame clínico: regular estado geral, sonolento, mas com discurso adequado quando estimulado. PA 108X64 mmHg, FC 104 bpm, FR 18 ipm, SpO₂ 90% (ar ambiente). Exame cardíaco normal e pulmões com estertores finos e diminuição de murmúrio em bases. Presença de ascite importante e edema ++/4+ de membros inferiores. Exames do ambulatório: Ur 28 mg/dL, Cr 1 mg/dL. Foi passada sonda vesical, com saída de 100 mL e coletados exames: Ur 98 mg/dL, Cr 4 mg/dL, Na⁺ 144 mEq/L, Cr urinária 0,5 g/L, Na⁺ urinário 36 mEq/L.

60

O valor da fração de excreção de sódio deste paciente, em porcentagem, é de, aproximadamente:

- (A) 0,2.
- (B) 0,3.
- (C) 2,0.
- (D) 3,0.

61

A próxima conduta mais adequada no manejo deste paciente é:

- (A) furosemida.
- (B) albumina.
- (C) terlipressina.
- (D) soro fisiológico.

62

Mulher de 60 anos vem para avaliação de fratura de coluna, sem história de trauma. Há muitos anos não vai a médicos e não toma medicações. Além da dor no local da fratura, queixa-se apenas de fraqueza há dois meses. Ao exame clínico, notam-se mucosas decoradas. Exames: hemoglobina 10,4 g/dL, VCM 84 fL, HCM 30 pg, albumina 4,0 g/dL, paratormônio 110 pg/mL (VR 10 a 65) e cálcio sérico 8,2 mg/dL (VR 8,8 a 10,4).

O exame que mais provavelmente identificará a doença de base é:

- (A) mapeamento de paratireoide.
- (B) creatinina sérica.
- (C) eletroforese de proteínas.
- (D) tomografia de pescoço.

63

Mulher de 64 anos faz acompanhamento ambulatorial por nefropatia diabética. Evolui com prurido importante associado à anorexia, náuseas, vômitos e dispepsia. Exames: ureia 220 mg/dL, Na⁺ 135 mEq/L, K⁺ 5,6 mEq/L, HCO₃⁻ 16 mEq/L, Cl⁻ 110 mEq/L, glicemias 350 mg/dL. A(s) conduta(s) mais apropriada(s) é(são):

- (A) bicarbonato e furosemida.
- (B) hidratação endovenosa e beta-agonista.
- (C) terapia substitutiva renal.
- (D) hidratação endovenosa e insulina.

64

Homem de 78 anos, há 10 anos diabético, hipertenso e portador de gota. Foi submetido à cateterismo eletivo com implante de *stent*. Durante a internação, apresentou crise de gota e recebeu anti-inflamatório não hormonal, colchicina e allopurinol. Teve alta sete dias após o procedimento. Creatinina de base 1,4 mg/dL e na alta 1,6 mg/dL. No retorno ambulatorial, 20 dias após a alta, os exames apresentam: K⁺ = 5,9 mEq/L, ureia = 90 mg/dL e creatinina 4,0 mg/dL.

A causa mais provável da insuficiência renal é:

- (A) embolia arterial de colesterol.
- (B) progressão da nefropatia diabética.
- (C) nefropatia relacionada ao contraste.
- (D) necrose tubular aguda pelo AINE.

65

Mulher de 58 anos, previamente saudável, às 9h da manhã apresentou quadro de vertigem súbita, com sensação de lateropulsão para a esquerda e dificuldade de fala. Chega ao PS às 11h30. Exame clínico: PA 170x100 mmHg, FC 112 bpm, com ritmo cardíaco irregular e glicemia capilar 98 mg/dL. NIHSS = 3. Hemiataxia esquerda, nistagmo horizonto-rotatório para a direita, pupilas anisocóricas com miose à esquerda, leve disartria e reflexo nauseoso abolido à esquerda. TC de crânio normal. AngioTC arterial de vasos cerebrais e intracranianos: oclusão em segmento V4 da artéria vertebral esquerda.

A melhor conduta é:

- (A) anticoagulação.
- (B) trombólise
- (C) trombectomia.
- (D) antiagregante.

66

Homem de 34 anos, sem comorbidades conhecidas, sem uso contínuo de medicações, dá entrada no PS com queda palpebral, visão dupla e fraqueza nos quatro membros, iniciada há oito horas. Exame neurológico: ptose bilateral assimétrica, pupilas midriáticas e tetraparesia com reflexos diminuídos e força grau II em MMSS e grau III em MMII. Gasometria de entrada: pH 7,27, pO₂ 58, pCO₂ 54, BIC 26. Foi encaminhado para a UTI e colocado em ventilação mecânica invasiva.

O melhor tratamento é:

- (A) imunoglobulina humana.
- (B) metilprednisolona em pulsoterapia.
- (C) antitoxina para clostridium.
- (D) piridostigmina.

67

Homem de 52 anos procura atendimento com queixa de dor em coluna, de início súbito e forte intensidade, há dois dias. Durante a investigação, foi realizada a ressonância nuclear magnética que é apresentada na imagem.



É mais provável que este paciente também apresente alteração de sensibilidade em:

- (A) 1º quirodáctilo.
- (B) clavícula.
- (C) mamilo.
- (D) umbigo.

68

Mulher de 24 anos vem ao pronto-socorro com queixa de cefaleia iniciada após parto cesárea, ocorrido há uma semana. A cefaleia caracteriza-se por peso holocraniano e nucal, que surge quando a paciente se senta ou se levanta, e melhora rapidamente ao deitar-se. Nega febre ou sintomas sistêmicos. Exame neurológico normal.

O exame com maior probabilidade de chegar ao diagnóstico é:

- (A) angiotomografia arterial de crânio.
- (B) ressonância magnética de crânio.
- (C) punção lombar.
- (D) angioressonância venosa de crânio.

69

Homem de 32 anos, há cinco dias com tontura, desequilíbrio, dificuldade para deambular e diplopia, inicialmente flutuante, que se tornou fixa. Há três dias apresenta formigamento nas mãos e piora importante da marcha. Nega comorbidades e refere episódio de diarreia por três dias, há aproximadamente 20 dias. Exame clínico: consciente e orientado, fala e linguagem preservadas; força muscular normal globalmente, reflexos tendinosos profundos abolidos, reflexo cutâneo-plantar em flexão e reflexos cutâneo-abdominais presentes e simétricos; sensibilidade superficial sem alterações e hipopallestesia distal nos quatro membros, ataxia axial e apendicular presente, com piora ao fechar os olhos; impossibilidade de ficar em pé, mesmo com olhos abertos, oftalmoparesia completa, com semiptose bilateral e reflexos pupilares normais.

- A alteração mais provável de ser encontrada nos exames é:
- hiperproteinorraquia com celularidade normal no exame do liquor.
 - resposta eletrodecremental à estimulação repetitiva em baixa frequência em eletroneuromiografia.
 - hipersinal nas sequências de T2 e FLAIR em cordões posterior e lateral na ressonância magnética de coluna cervical e torácica.
 - elevação de creatinofosfoquinase (CPK) acima de 10 vezes o valor da normalidade.

70

Homem de 58 anos vem com queixa de tremor há dois anos. Refere que o tremor acometeu inicialmente a mão esquerda e depois a mão direita. Tem depressão, em melhora com tratamento antidepressivo. Exame neurológico: tremor em mãos, assimétrico, em flexão-pronação, de grande amplitude e baixa frequência pior à esquerda, observado em repouso e durante a marcha. Melhora em postura antigravitária. Nota-se fácies hipomímica e bradicinesia.

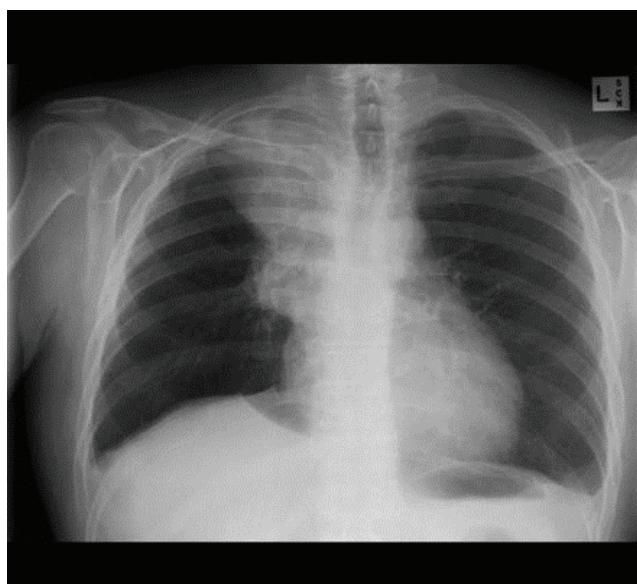
É provável que este paciente apresente:

- quedas frequentes e alterações nos movimentos oculares verticais.
- atrofia do mesencéfalo na ressonância magnética.
- manifestação precoce de anosmia e alucinações visuais.
- transtorno comportamental do sono REM antes dessas queixas.

71

Homem de 67 anos, tabagista de 50 anos-maço, hipertenso, dislipidêmico com colocação de stent em coronária há cerca de dois anos. Faz uso de aspirina, losartana e atorvastatina. Relata tosse seca ocasional, cuja intensificação associa a uso de vacina para COVID-19 há um mês. Há duas semanas tem tido fraqueza progressiva, em particular para subir escadas, porém, nota que ocasionalmente apresenta recuperação da força após uma contração mantida da perna. Queixa-se também de diminuição de ingestão alimentar secundária a xerostomia. Exame clínico: paraparesia de predomínio crural, com força grau IV em membros inferiores, simétrica e hiporreflexia.

Radiografia de tórax é mostrada.



As hipóteses diagnósticas mais prováveis são:

- miastenia gravis; timoma.
- síndrome de Eaton-Lambert; câncer de pulmão.
- síndrome de Guillain-Barré secundária à vacina; câncer de pulmão.
- dermatopolimiosite; linfoma

72

Homem de 67 anos foi submetido à colonoscopia com achado de lesão vegetante, subestenosante, ocupando cerca de 70% da luz da região do retossísmoide e intrasponível ao aparelho. Anátomo-patológico confirma adenocarcinoma. Foi indicada retossísmoidectomia.

Os exames a serem realizados para estadiamento são:

- tomografia de tórax, abdômen e pelve; dosagem de CEA.
- tomografia por emissão de pósitrons; dosagem de CEA.
- tomografia de tórax, abdômen e pelve; colonoscopia após cirurgia.
- tomografia por emissão de pósitrons; ressonância de crânio.

73

Durante uma consulta de rotina de um paciente de 50 anos, assintomático, foi encontrado um gânglio supraclavicular esquerdo de 3 cm, endurecido.

A investigação inicial deve ser direcionada para o seguinte conjunto de órgãos:

- rins, gônadas e estômago.
- estômago, fígado e pâncreas.
- fígado, vesícula e esôfago.
- pulmão, fígado e esôfago.

74

Homem de 23 anos, com diagnóstico de tumor não seminomatoso de testículo, metastático para linfonodos retroperitoneais, fígado e pulmão. Iniciou, há duas semanas, o segundo ciclo de tratamento com bleomicina, cisplatina e etoposídeo. Procura atendimento de emergência com quadro de febre há um dia e odinofagia. Exame clínico: FR 26 ipm; FC 127 bpm; T 38,5°C; PA 80x60 mmHg; tempo de enchimento capilar de cinco segundos; port-o-cath com bom aspecto; restante normal. O melhor esquema antibiótico a ser iniciado empiricamente é:

- meropenem.
- meropenem e linezolid.
- piperacilina-tazobactam.
- vancomicina e piperacilina-tazobactam.

75

Mulher de 72 anos portadora de câncer de pâncreas localmente avançado. Queixa-se de dor em faixa no andar superior do abdômen, em piora progressiva e sem melhora com quimioterapia. Encontra-se em ECOG 2. Está em uso de dipirona 1g e tramadol 50 mg 6/6h.

A próxima conduta mais adequada para controle álgico é:

(A) trocar tramadol por fentanil transdérmico e associar clorpromazina.
 (B) trocar dipirona por ibuprofeno e indicar radioterapia.
 (C) trocar tramadol por morfina e associar gabapentina.
 (D) associar gabapentina e indicar alcoolização do plexo celíaco.

Texto para as questões 76 e 77

Mulher de 58 anos tabagista de 90 anos-maço vem com história de tosse persistente e hemoptise. Não faz uso de nenhuma medicação. Exame clínico: consciente e orientada, tempo de enchimento capilar de 3s, corada e hidratada, sem edema. PA 112x76 mmHg, FC 74 bpm, FR 18 ipm, SpO₂ 95% em ar ambiente, glicemia capilar 104 mg/dL. Restante sem alterações. Radiografia de tórax: massa espiculada de 6 cm peri-hilar direita. Exames laboratoriais: Hb 11.4 g/dL; Plaquetas 247.000/mm³; Cr 0.73 mg/dL; U 24 mg/dL; Na⁺ 119 mEq/L; K⁺ 4.2 mEq/L. Exame de urina: osmolalidade urinária 500 mOsm/L.

76

A conduta inicial mais adequada para a hiponatremia é:

- (A) restrição hídrica.
 (B) furosemida.
 (C) solução de NaCl 3%.
 (D) soro fisiológico.
-

77

O tipo histológico mais provável neste caso é:

- (A) lepídico.
 (B) adenocarcinoma.
 (C) carcinoma epidermoide.
 (D) carcinoma de pequenas células.
-

78

Homem de 65 anos, hipertenso, com história de ronco frequente que incomoda a esposa, apresenta escala de sonolência de Epworth de 8 (normal até 10). Traz exame de polissonografia no retorno de sua consulta, que revelou índice de apneia e hipopneia de 54 eventos por hora.

Quanto ao uso de CPAP para este paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Está indicado para reduzir a incidência de infarto agudo do miocárdio.
 (B) Está indicado para reduzir a incidência de acidente vascular encefálico.
 (C) Está indicado para melhorar a qualidade de vida.
 (D) Não está indicado para este paciente.
-

79

Homem de 23 anos, em acompanhamento ambulatorial por asma há um ano. Atualmente está em uso de beta-2 agonista de ação curta de resgate. Nos últimos dois meses, tem tido crises quatro vezes por semana e acordado à noite, em crise, uma ou duas vezes por mês.

É tabagista de cinco anos-maço e conseguiu diminuir o uso para quatro cigarros/dia. O exame clínico da consulta de hoje é normal.

De acordo com a versão 2022 da *Global Initiative for Asthma* (GINA), a terapia de escolha para este paciente é:

- (A) Dose baixa de corticoide inalatório-formoterol como manutenção e resgate.
 (B) Dose baixa de corticoide inalatório-formoterol para alívio dos sintomas.
 (C) Dose média de corticoide inalatório diária e beta-2 agonista de ação curta de resgate.
 (D) Dose média de corticoide inalatório-formoterol para alívio dos sintomas.
-

80

Dois homens de 58 anos, ambos ex-tabagistas de 80 anos-maço, procuram atendimento por dispneia progressiva há um ano. Nenhum dos pacientes apresenta queixa de piora recente dos sintomas. Ao exame clínico, o paciente 1 apresenta cianose evidente, estase jugular, diminuição difusa de murmúrio vesicular e edema de membros inferiores. O paciente 2 tem cianose discreta, diminuição difusa de murmúrio vesicular e não tem edemas.

Quando comparado ao paciente 1, o paciente 2 tem maior probabilidade de apresentar valores mais elevados de:

- (A) hemoglobina.
 (B) pressão de artéria pulmonar.
 (C) pressão arterial de oxigênio.
 (D) bicarbonato.
-

81

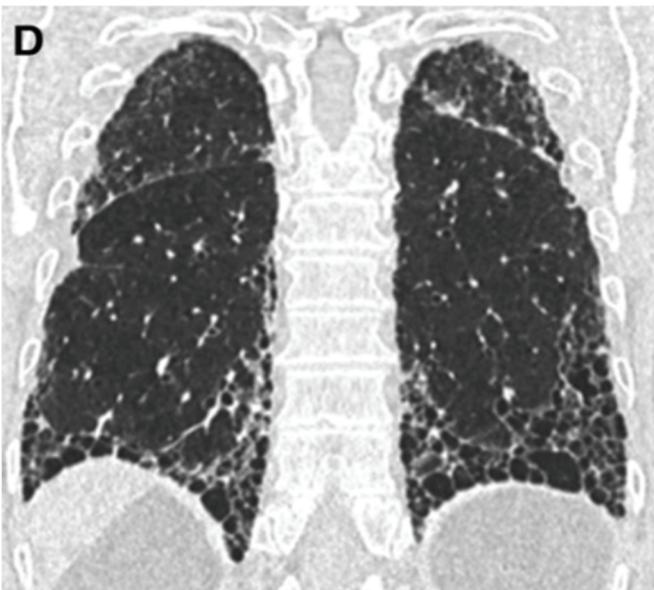
Mulher de 50 anos, internada por dispneia. Relata dispneia progressiva há cerca de dois anos, com piora há uma semana. Nega febre ou expectoração purulenta. É ex-tabagista de 20 anos-maço, tendo parado há dois anos. Exame clínico: IMC 34 kg/m², PA 140x94 mmHg, FC 98 bpm, FR 24 ipm, SpO₂ 86%. Corada, hidratada, acianótica. Estase jugular presente. Coração com bulhas rítmicas, hiperfones de B2 e sem sopros. Pulmões com diminuição dos murmúrios vesiculares difusamente. Abdômen normal e edema +/4+ de membros inferiores. Gasometria arterial em ar ambiente: pH 7,38 mmHg, pCO₂ 50 mmHg, PaO₂ 64, Sat O₂ 86%, HCO₃⁻ 28 mEq/L. Realizou recentemente uma prova de função pulmonar que mostrou CVF de 72% e VEF1/CVF de 84%.

A medida com maior probabilidade de contribuir com o tratamento de longo prazo desta paciente é:

- (A) oxigênio.
 (B) CPAP.
 (C) anticoagulante.
 (D) corticoide + Beta2 inalatório de longa duração.
-

82

Homem de 78 anos com antecedente de AVC isquêmico há 12 anos, ex-tabagista de 50 anos-maço, vem com dispneia há oito meses. Exame clínico: PA 120x70 mmHg; FC 86 bpm; FR 22 ipm; SpO₂ 92% em ar ambiente. Estertores finos, em velcro, nas bases. Restante normal. A imagem da tomografia de tórax é apresentada.



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) enfisema.
- (B) pneumonite por hipersensibilidade.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) bronquiectasia.

83

Mulher de 58 anos iniciou, há seis meses, quadro de dispneia progressiva aos esforços. O marido cria pássaros no domicílio há muitos anos e há mofo na parede do quarto onde dormem. Antecedente: infecção urinária de repetição, em uso de nitrofurantoína há dois meses. Nega tabagismo. Exame clínico: estertores finos discretos em bases pulmonares. Tomografia de tórax: infiltrado em vidro-fosco difuso, com algumas bronquiectasias e bronquiolectasias de tração.

A conduta mais apropriada neste momento é:

- (A) suspender a nitrofurantoína.
- (B) introduzir pirfenidona ou nintedanibe.
- (C) introduzir metilprednisolona 1g iv por cinco dias.
- (D) Afastar-se das exposições ambientais.

84

Homem de 58 anos, tabagista, vem com queixa de dispneia há seis meses. Exame clínico: PA 120x70 mmHg; FC 82 bpm; FR 20 ipm; SpO₂ 93%. Auscultação pulmonar normal. Parte da prova de função pulmonar é mostrada na tabela apresentada.

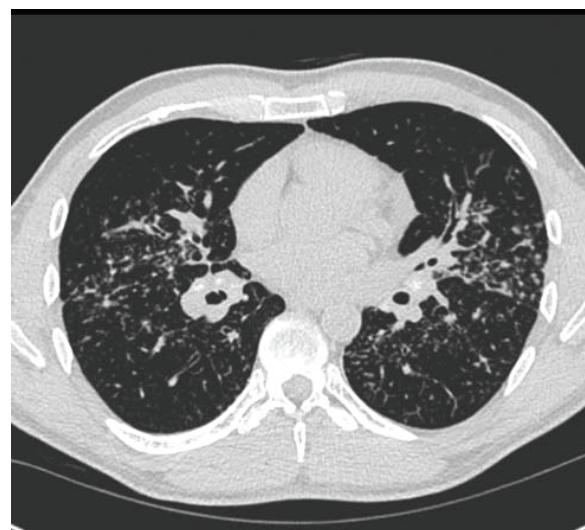
	Valor do paciente	Limite inferior da normalidade	% do predito
CVF	2 L	2,4 L	83
VEF1	1 L	1,8 L	55
VEF1 pós-broncodilatador	1,05 L	-	-
VEF1/CVF	50%	70%	-
CPT	5 L	4,8 L	-

A causa mais provável da dispneia do paciente é:

- (A) DPOC.
- (B) DPOC associada à fibrose pulmonar.
- (C) asma associada à obesidade.
- (D) asma grave.

85

Homem de 44 anos, três meses com artralgias difusas, fadiga, perda ponderal de 5 kg e alguns episódios de febre não aferida e sudorese noturna. Foi realizada biópsia pulmonar que mostrou granuloma sem necrose, vasos normais e pesquisa de micro-organismos negativa. PET/CT apresentou hipercaptação em linfonodos mediastinais. A tomografia de tórax é apresentada.



A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) micose sistêmica.
- (B) tuberculose.
- (C) sarcoidose.
- (D) scar cell carcinoma.

86

Homem de 35 anos apresentou, há cinco dias, coriza clara e mialgia, evoluindo para dispneia e febre. Nega passado de problemas respiratórios. Exceto pela febre, seu exame clínico é normal. Após andar 20 metros, a saturação de O₂ cai de 96% para 88%, sem que a ausculta pulmonar se modifique. Radiografia de tórax normal.

É mais provável encontrar alteração no seguinte exame:

- (A) ecocardiograma.
- (B) difusão de monóxido de carbono.
- (C) VEF₁ / CVF₁.
- (D) cintilografia pulmonar.

87

Homem de 21 anos vem para avaliação para prática de esportes. É assintomático e sem limitação física no exercício. Nega palpitação, síncope, pré-síncope, dispneia ou dor precordial. Refere broncoespasmo induzido por exercício e faz uso de formoterol-budesonida preventivo. Nega uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Nega história familiar de doenças cardíacas ou morte súbita. Exame clínico normal.

Qual exame deve ser solicitado?

- (A) Teste ergométrico.
- (B) Ecocardiograma.
- (C) Espirometria.
- (D) Nenhum.

88

O melhor critério para rastreamento de uma determinada doença na população é:

- (A) alta prevalência e baixa letalidade.
- (B) tratamento eficaz na fase assintomática.
- (C) exame de baixa complexidade e baixo custo.
- (D) exame sem risco elevado de "incidentalomas".

89

Mulher de 55 anos, assintomática, sem doenças conhecidas ou uso de medicações, fez check-up pela empresa. O exame clínico é normal. O único exame alterado é um CA 19-9 elevado (1,5 vezes o limite superior). Ela pesquisa na internet e apresenta-se para consulta demonstrando bastante preocupação.

A conduta mais adequada é:

- (A) solicitar ressonância ou ultrassom de vias biliares.
- (B) repetir o exame em três meses.
- (C) solicitar tomografia de abdômen e colonoscopia.
- (D) não prosseguir na investigação de neoplasia.

90

Mulher de 52 anos realiza colonoscopia para rastreio de câncer de colôn. Sem antecedentes familiares da doença. Exame mostra lesão polipoide de 1,5 cm em colôn transverso. Realizado mucosectomia; exame anatopatológico revela tratar-se de um pólipo serrilhado com atipias de baixo grau.

A colonoscopia deve ser repetida em:

- (A) um ano.
- (B) três anos.
- (C) cinco anos.
- (D) sete anos.

91

Homem de 50 anos vem para consulta de rotina. É assintomático e o exame clínico é normal. Está muito preocupado com dois casos de câncer na família. O pai teve câncer de esôfago e o tio materno teve câncer de rim.

A conduta mais adequada é:

- (A) pedir tomografia de abdômen e colonoscopia.
- (B) pedir endoscopia digestiva alta e tomografia de abdômen.
- (C) pedir endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
- (D) não rastrear nenhum destes dois cânceres.

92

Mulher de 53 anos vem para consulta de rotina. É solteira, sem filhos e, há cinco anos, mudou-se para a casa de uma senhora idosa, onde tem trabalhado como cuidadora e dama de companhia. Nas horas de folga assiste TV aberta.

Conta que é animada para fazer as coisas e, nas últimas duas semanas, sentiu tristeza em dois dias da semana, sem motivo aparente. A recomendação mais adequada é:

- (A) conversar com a idosa que mora com ela.
- (B) encaminhar para avaliação por psiquiatra.
- (C) perguntar sobre sono, autoestima e ideação suicida.
- (D) não prosseguir na investigação de depressão.

Texto para as questões 94 e 94

Mulher de 28 anos, sem doenças prévias, há dois meses apresenta artralgia de grandes e pequenas articulações, tosse seca, edema de face e de membros inferiores e cansaço aos esforços habituais. Exame clínico: descorada +/4+, icterica +/4+, PA 138x92 mmHg, FC 96 bpm, FR 14 ipm. Edema de face, sem estase jugular. Pulmões com murmúrio vesicular diminuído em bases, coração e abdômen sem alterações. Exames: Hb 10 g/dL, VCM 98 fL, HCM 30 pg, leucócitos 5.500/mm³, plaquetas 100.000/mm³, Ur 38 mg/dL, Cr 0,9 mg/dL, proteínas totais 5 g/dL, albumina 3 g/dL, bilirrubina direta 0,3 mg/dL, bilirrubina indireta 2 mg/dL, haptoglobina < 10 mg/dL, urina 1 com proteína +++, 2 leucócitos e 1 eritrócito por campo, proteinúria de 24 horas de 2,8 g/L (volume total 1.500 mL), FAN 1/160 (pontilhado grosso). Durante a investigação, foi confirmado derrame pleural bilateral, que foi punctionado, tendo sido realizada uma biópsia renal.

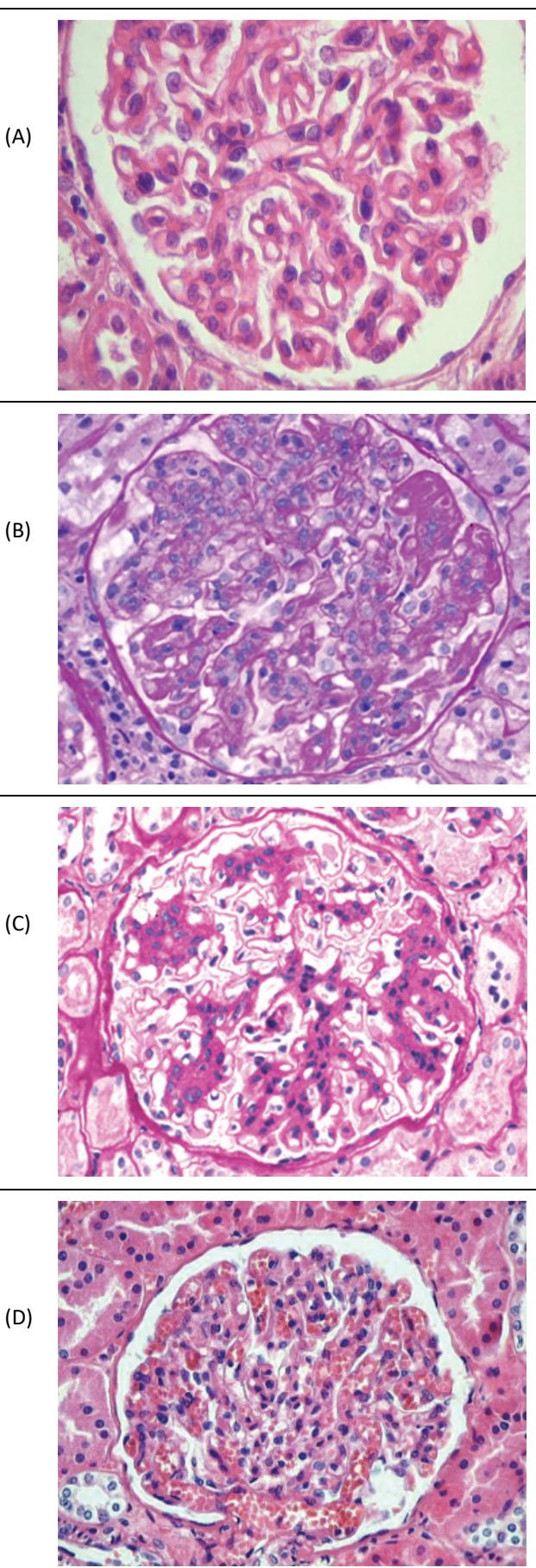
93

A análise do líquido pleural tem maior probabilidade de apresentar:

- (A) adenosina deaminase 80 U/L.
- (B) proteína total 1,5 g/dL.
- (C) pleocitose neutrofílica.
- (D) pleocitose linfocítica.

94

Qual a imagem que tem a maior probabilidade de representar o achado da biópsia renal desta paciente?

**95**

Homem de 58 anos refere estar sentindo fraqueza muscular dos quadríceps e dos flexores profundos dos dedos das mãos há seis meses. Na ocasião, tinha sido submetido à biópsia muscular do músculo vasto lateral, que evidenciou presença de infiltrado inflamatório linfomononuclear na região endomisial e, laboratorialmente, aumento de creatinofosfoquinase. Foi feita pulsoterapia de corticoide e mantida a prednisona 1 mg/kg de peso por dia. A fraqueza melhorou inicialmente, mas, após dois meses, veio a piorar. A CPK normalizou.

A melhor conduta para a fraqueza é:

- (A) investigar e tratar câncer oculto.
- (B) associar ciclofosfamida.
- (C) reduzir corticoide.
- (D) pulsoterapia de corticoide.

96

Mulher de 53 anos, há 30 anos com lúpus eritematoso sistêmico, há cinco anos foi submetida a transplante renal. Em uso crônico de imunossupressores, insuficiência renal não dialítica e sem glicocorticoides. Há três semanas, está com febre baixa e joelho esquerdo edemaciado.

Exames: ureia 89 mg/dL, creatinina 2,0 mg/dL, VHS 65 mm/1ª hora, PCR 15 mg/dL e ácido úrico 10 mg/dL, com hemograma e sedimento urinário sem alterações e complemento normal. Feita artrocentese: GRAM ausente e culturas negativas.

Qual o próximo passo?

- (A) Esquema básico para tuberculose.
- (B) Biópsia de sinóvia.
- (C) Anfotericina B.
- (D) Galactomanana sérica.

97

Mulher de 71 anos, com diagnóstico recente de arterite de células gigantes em uso de prednisona 60 mg/dia. Nega fraturas prévias ou tratamento prévio para osteoporose. Refere quatro quedas da própria altura no último ano. Antecedente de hipertensão arterial, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia. Antecedente familiar: mãe teve fratura femoral aos 62 anos.

Exames laboratoriais (hemograma, função hepática e renal): normais.

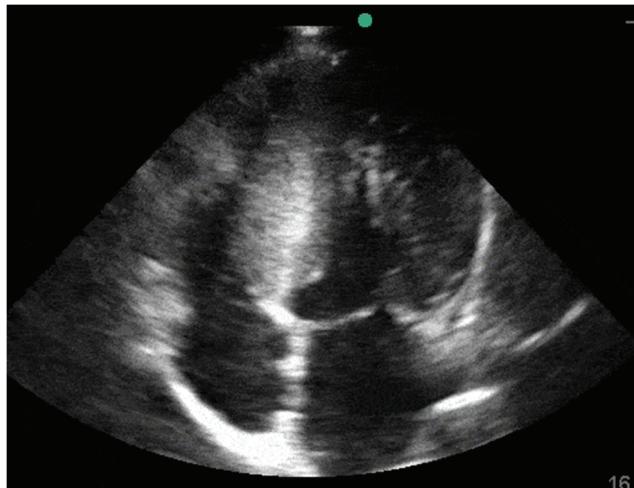
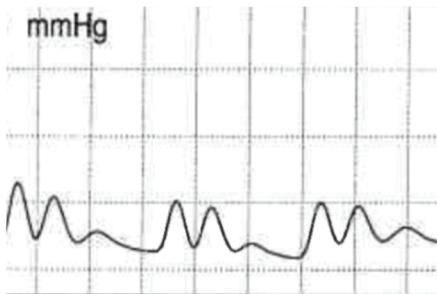
Densitometria óssea: coluna lombar t-score de -2,4; colo do fêmur t-score de -2,1; fêmur total t-score de -2,2.

Além da suplementação de cálcio e de vitamina D, qual é a melhor conduta?

- (A) Troca da hidroclorotiazida por enalapril.
- (B) Prescrição de bisfosfonato.
- (C) Dosagem de CTX e bioimpedância de corpo inteiro.
- (D) Não é necessária conduta adicional.

98

Homem de 72 anos, previamente hipertenso, com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Foi levado à sala de emergência por conta de hipotensão. Apesar de 1.000 mL de cristaloide, foi iniciada noradrenalina por manutenção da instabilidade hemodinâmica. Está recebendo ceftriaxona e azitromicina. No dia seguinte, apesar de doses crescentes de vasopressor, o paciente estava com PA 80x50 mmHg, com FC 107 bpm e com má perfusão periférica. O traçado da pressão arterial invasiva e a ultrassonografia à beira do leito são apresentados.



A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) trocar antibióticos.
- (B) associar dobutamina.
- (C) infundir ringer lactato.
- (D) iniciar hidrocortisona.

99

Mulher de 66 anos está internada na UTI, em tratamento de pneumonia bacteriana. Ficou em ventilação mecânica por três dias e foi extubada às 10 horas da manhã. Por volta das 16h, apresentou episódio de agitação – com tentativa de sair do leito e de retirar a monitorização e a sonda vesical de demora –, controlado pela equipe de enfermagem com contenção verbal. Exame clínico: PA 180 x110 mmHg, FC 120 bpm, TAX 36,9°C, FR 26 ipm. Pronuncia palavras incompreensíveis. Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar com estertores finos bibasais. Abdome com dor à palpação de baixo ventre.

A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) administrar haloperidol intramuscular.
- (B) administrar dexmedetomidina endovenosa.
- (C) administrar morfina endovenosa.
- (D) retirar sonda vesical de demora.

100

Homem de 32 anos, 100 kg, é admitido na UTI às 18h, após politrauma. Foi submetido à fixação de fratura de fêmur e de pelve. Recebeu seis unidades de concentrados de hemácias, plasmas frescos congelados e plaquetas.

Oito horas após a admissão, recebe fentanil 50 mcg/h, propofol 150 mg/h, em RASS -2; mantém PAM 65 mmHg com noradrenalina 1 mcg/kg/min e vasopressina 0,03 U/min; em ventilação mecânica (PCV), FR 22 ipm, FiO₂ 35%, PEEP 6 cmH₂O, ΔP 10 cmH₂O, VC 8 mL/kg, SpO₂ 95%; diurese 50 mL; balanço hídrico acumulado 7.000 mL (800 mL desde a admissão).

Exames: Hb 7,5 g/dL; plaquetas 80.000/mm³; INR 1,2; leucócitos 25.630/mm³; Cr 2,0 mg/dL; Ur 88 mg/dL; Na⁺ 138 mEq/L, Cl⁻ 110 mEq/L, K⁺ 5,2 mEq/L, Ca²⁺ 1,15 mmol/L; pH 7,18, PaO₂ 95 mmHg; PaCO₂ 32 mmHg; HCO₃⁻ 10 mEq/L; lactato 28 mg/dL.

Qual a melhor conduta neste momento?

- (A) Aumentar frequência respiratória e bicarbonato de sódio 100 mEq.
- (B) Indicar terapia substitutiva renal contínua.
- (C) Realizar teste de estresse com furosemida 100 mg.
- (D) Administrar ringer lactato 1000mL e um concentrado de hemácias.

Endoscopia – Prova II

101

Mulher de 45 anos, diabética, insulino-dependente, apresenta queixa clínica de plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos e dor em abdome superior, sintomas esses exacerbados após a ingestão oral de alimentos. A principal suspeita clínica é de gastroparesia (GP) diabética. Dentre as opções abaixo, qual a alternativa apresenta de moderado a elevado nível de evidência diagnóstica?

- (A) O estudo cintilográfico do esvaziamento gástrico com dieta sólida é o teste padrão para a avaliação da GP em pacientes com sintomas do trato GI superior.
- (B) O controle ideal da glicemia é sugerido para reduzir o risco futuro de agravamento da GP.
- (C) O teste de marcadores radiopacos não é sugerido para a avaliação diagnóstica de GP em pacientes com sintomas do trato GI superior.
- (D) O teste respiratório do isótopo estável (^{13}C -Spirulina) é um teste confiável à avaliação da GP em pacientes com sintomas do trato GI superior.

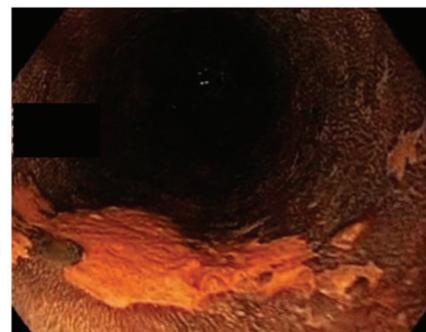
102

Homem de 60 anos com queixa clínica de disfagia progressiva ao longo dos anos para sólidos e líquidos, regurgitação de alimentos não digeridos, dificuldade para eructação, dor retroesternal, azia e perda ponderal de 10 kg em 36 meses. Neste contexto, a hipótese diagnóstica é de acalasia. Assinale a alternativa CORRETA, que corresponde a possíveis achados de exames de manometria.

- (A) No exame de manometria de alta resolução (HRM), no Tipo I da Classificação de Chicago versão 3 (CC-3), a deglutição resulta em alteração significativa na pressurização do esôfago. Pelos critérios CC-3, a acalasia tipo I tem 100% de falha no peristaltismo como indicado por uma integral contrátil distal <100 mmHg.
- (B) No exame de manometria convencional, os achados diagnósticos de acalasia são o relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago e a aperistalse nos 2/3 distais do corpo esofágico.
- (C) No exame de manometria de alta resolução (HRM), no Tipo II da Classificação de Chicago versão 3 (CC-3), a deglutição resulta em pressurização simultânea que abrange o comprimento distal do esôfago. De acordo com os critérios CC-3, a acalasia tipo II tem 100% no peristaltismo e pressurização panesofágica observada em $\geq 20\%$ das deglutições.
- (D) No exame de manometria de alta resolução (HRM), no Tipo III da Classificação de Chicago versão 3 (CC-3), (acalasia espástica), a deglutição resulta em obliteração prematura e, muitas vezes, do lúmen, pelas contrações ou espasmos. Pelos critérios CC-3, a acalasia tipo III apresenta peristaltismo e contrações prematuras (espásticas) com latência distal $< 4,5$ segundos e DCI > 450 mmHg·s·cm, observado em $\geq 20\%$ das deglutições.

103

Homem de 70 anos é portador de esôfago de Barrett com adenocarcinoma esofágico submucoso (T1b) com características de baixo risco (invasão < 500 mm na submucosa [sm1], bem diferenciado e sem invasão linfática). Imagens apresentadas.

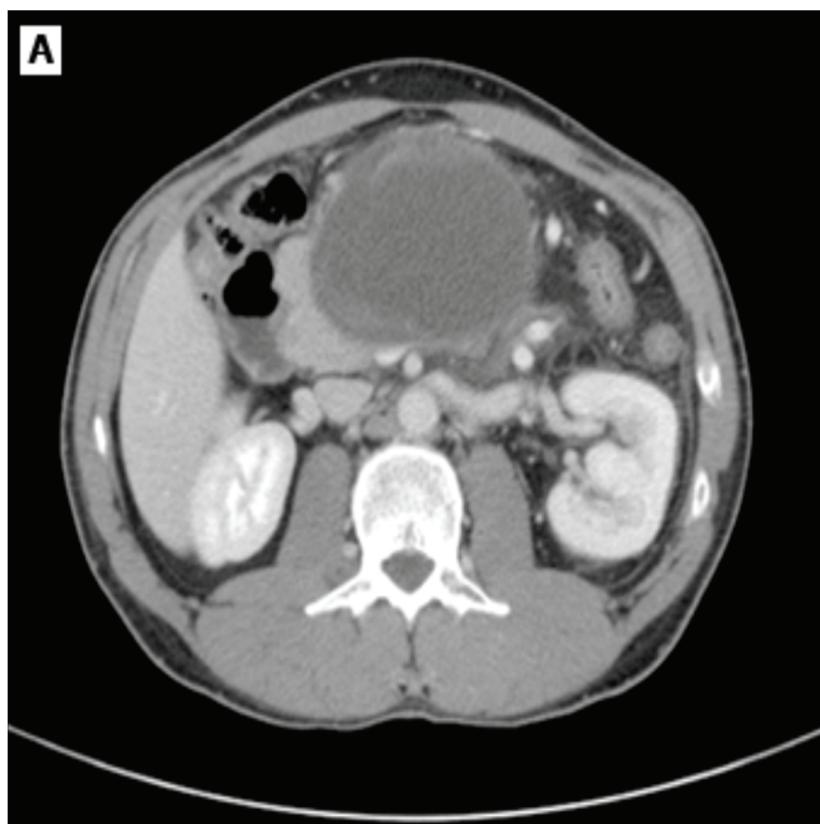


Assinale a alternativa correta.

- (A) A terapia de ablação da mucosa somente deve ser realizada na presença de esôfago de Barrett com nódulo, sem sinais de inflamação e na ausência de anormalidades visíveis.
- (B) Em pacientes com esôfago de Barrett com displasia de baixo grau confirmada, um exame de endoscopia de luz branca com alta definição deve ser realizado dentro de 12 meses, para descartar a presença de uma lesão visível, que deve levar à ressecção endoscópica.
- (C) O tratamento endoscópico do esôfago de Barrett é uma alternativa razoável à esofagectomia em pacientes com adenocarcinoma esofágico submucoso (T1b)
- (D) A terapêutica endoscópica do esôfago de Barrett é o tratamento preferido para pacientes BE sem displasia.

104

Homem de 44 anos com histórico de pancreatite crônica, foi submetido ao exame de tomografia abdominal que evidenciou coleção com fluido heterogêneo com densidade líquida e não líquida, localizada na região do corpo, com parede bem definida que encapsula completamente a coleção de fluidos, e sem a presença de septos internos na cavidade do cisto. Imagem apresentada.



A descrição do achado tomográfico é mais compatível com qual das alternativas abaixo?

- (A) Pseudocisto pancreático.
- (B) Neoplasia cística pancreática.
- (C) Neoplasia intraductal papilar mucinosa.
- (D) *Walled-off* necrose pancreática.

105

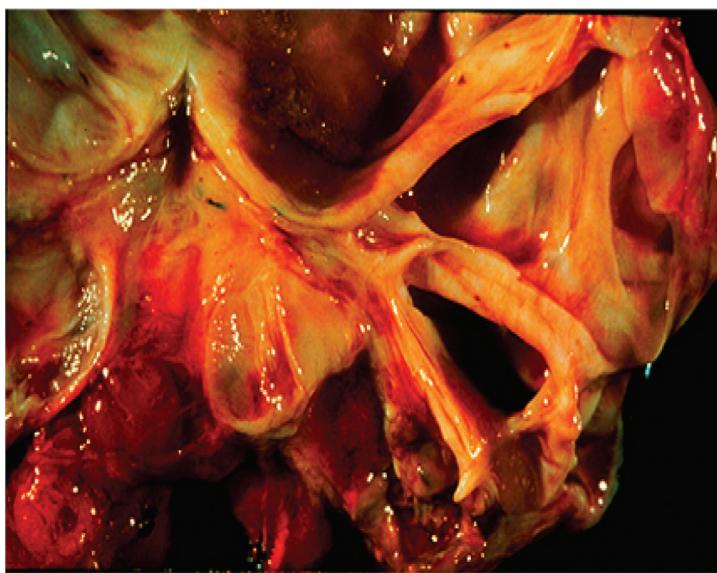
Mulher de 32 anos com histórico de colecistectomia prévia, dá entrada no pronto-socorro com dor prolongada, tipo cólica, no quadrante superior do abdômen, associada a náuseas, vômitos e icterícia. Os exames laboratoriais demonstram elevação nos valores séricos de bilirrubina às custas da fração direta, fosfatase alcalina e gama GT.

Qual é o exame radiológico inicial a ser solicitado?

- (A) Colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (B) Ultrassom endoscópico.
- (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (D) Ultrassom transabdominal.

106

Mulher de 56 anos com neoplasia cística pancreática que exibe atipia celular variável, secreta mucina, apresenta estroma semelhante ao ovário, localiza-se na cauda e não se comunica com o ducto pancreático. Imagem apresentada.

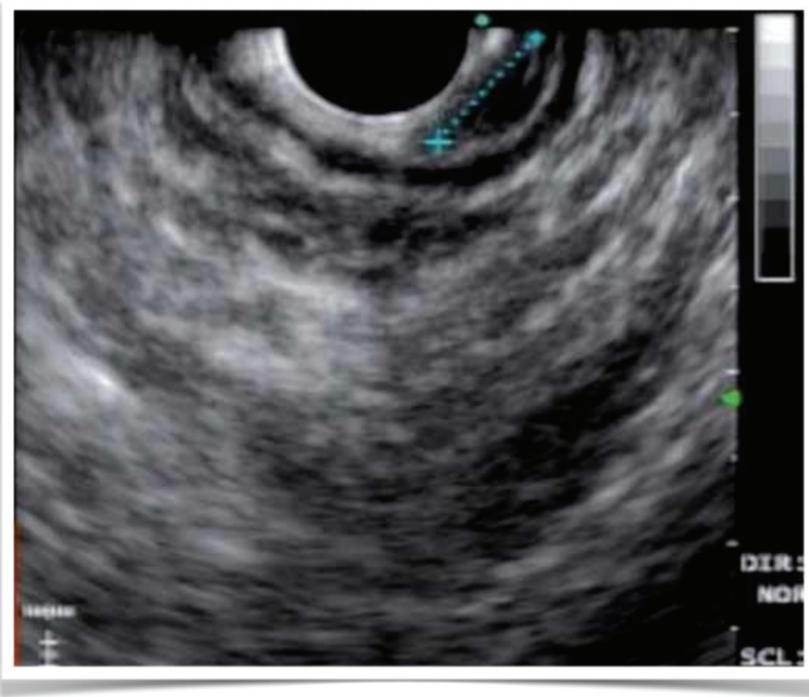


Assinale a alternativa que indica a neoplasia que corresponde ao descritivo.

- (A) Neoplasia serosa.
- (B) Neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPMN).
- (C) Neoplasia cística mucinosa (MCN).
- (D) Neoplasia pseudopapilar sólida (SPN).

107

Homem de 50 anos é submetido ao exame de ultrassonografia endoscópica para avaliar lesão subepitelial, localizada em antro, medindo 10 mm e com borda indistinta. Os achados do exame sugerem que a lesão se origina na terceira camada, é hipoeólica com ecotextura heterogênea, ductos no interior e umbilificação central. Imagem apresentada.

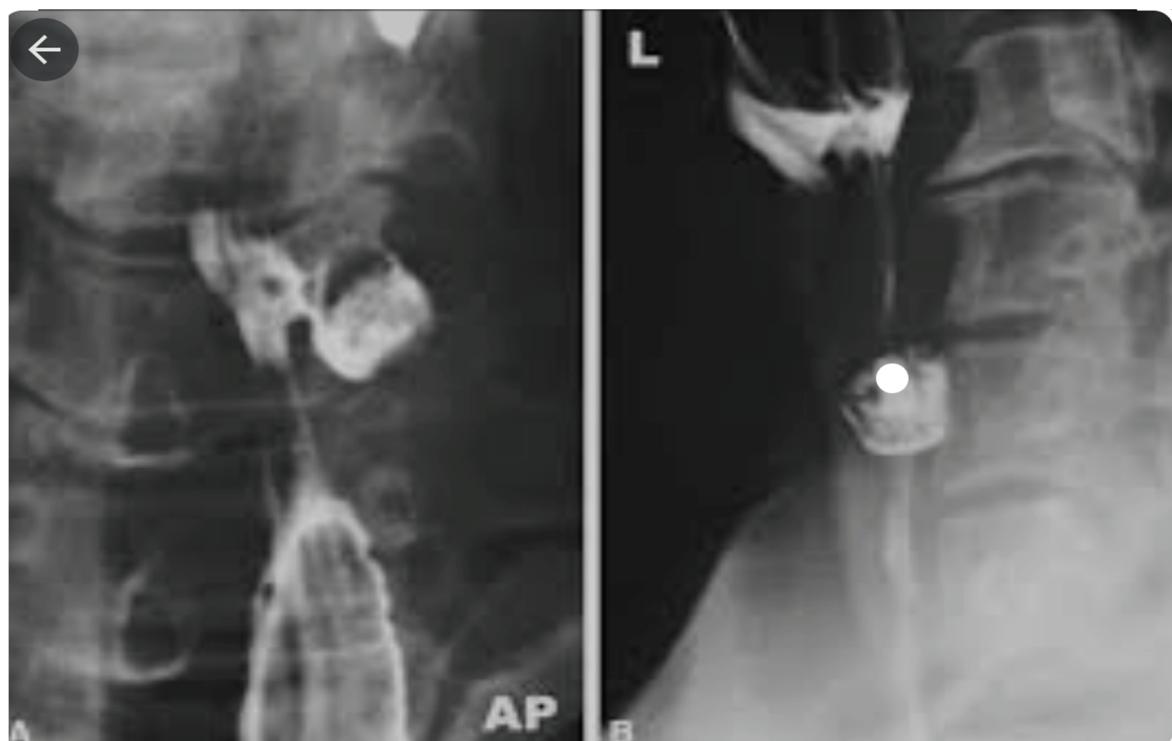


Qual a alternativa que indica a lesão subepitelial que corresponde aos achados?

- (A) Pâncreas ectópico.
- (B) Leiomioma.
- (C) GIST (Tumor estromal gastrointestinal).
- (D) Schwanomma.

108

Homem de 75 anos com queixa clínica de disfagia para sólidos e impactação de alimentos, foi submetido ao exame de endoscopia digestiva alta, que evidenciou uma formação diverticular na parede anterolateral do esôfago cervical, distal ao músculo cricofaríngeo e superior ao músculo longitudinal do esôfago (imagens apresentadas).



Assinale a alternativa que corresponde ao descritivo acima.

- (A) Divertículo de Zenker.
- (B) Divertículo de Killiam-Jamieson.
- (C) Divertículo do esôfago médio.
- (D) Divertículo epifrênico.

109

Mulher de 66 anos foi diagnosticada, através de colonoscopia, com câncer invasivo. Imagem apresentada.

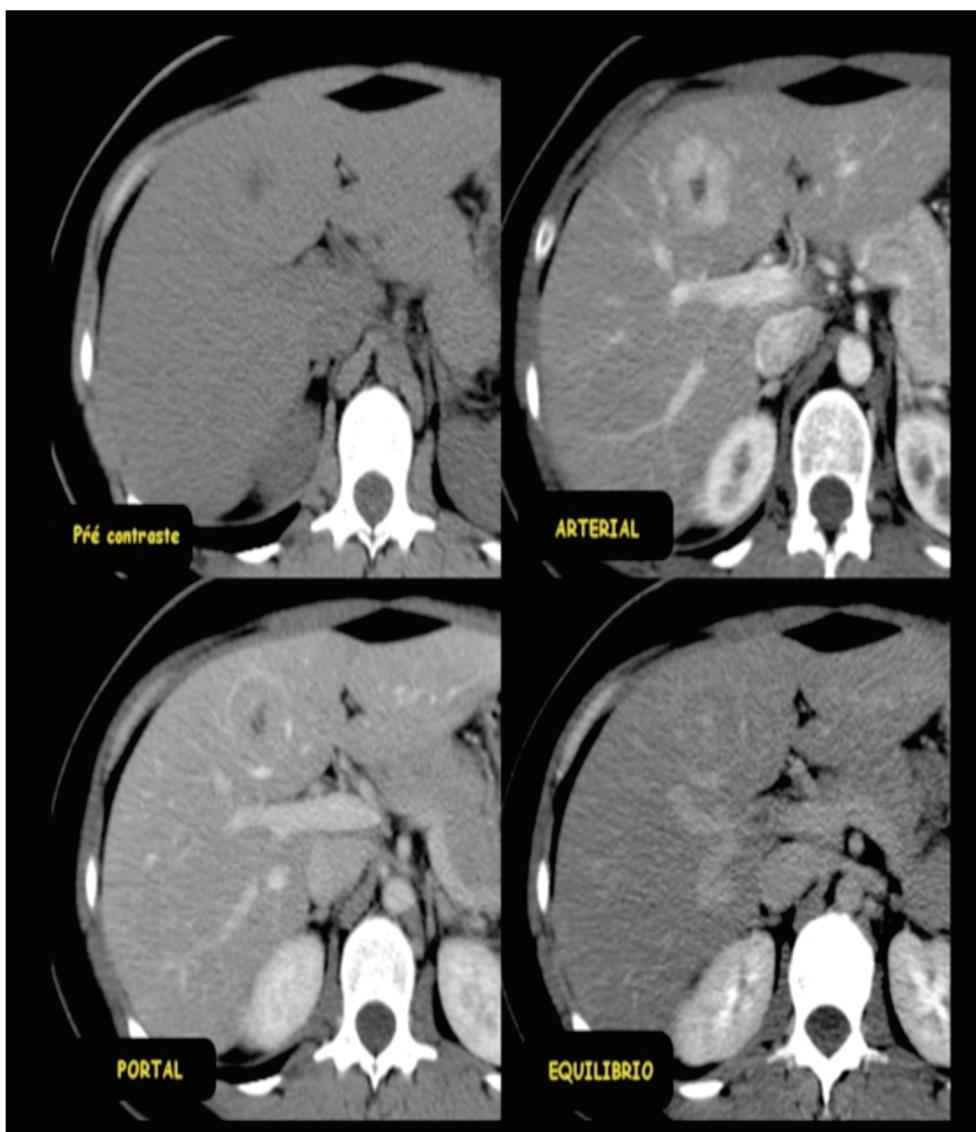


Assinale a alternativa que corresponde à porcentagem do câncer colorretal invasivo sincrônico e à porcentagem de prevalência de adenoma sincrônica.

- (A) 3 a 5%; e 30%.
- (B) 5 a 10%; e 40%.
- (C) 10 a 15%; e 45%.
- (D) 15 a 17%; e 50%.

110

Mulher de 40 anos assintomática, realiza ultrassonografia de abdome que descreve a identificação de lesão hepática única, capsular, menor de 5 cm e com cicatriz fibrovascular central. O estudo complementar com ressonância magnética de abdome com contraste evidenciou formação nodular expansiva hipervascular hepática. Imagens apresentadas.



Os achados são compatíveis com:

- (A) Hemangioma.
- (B) Hiperplasia nodular focal.
- (C) Adenoma hepático.
- (D) Metástase hepática.

111

Mulher de 65 anos tem anemia crônica e episódios recorrentes de melena, sem instabilidade hemodinâmica e com suspeita de hemorragia digestiva média. A hemorragia digestiva média é definida como foco hemorrágico que:

- (A) localiza-se distal à papila maior duodenal e à válvula ileocecal.
- (B) apresenta hipotensão postural e não é um choque hipovolêmico persistente.
- (C) é diretamente relacionada à hipertensão portal segmentar.
- (D) apresenta foco hemorrágico em território irrigado pela artéria mesentérica inferior.

112

Homem de 30 anos com quadro de esquizofrenia descompensada, entra no pronto-socorro com quadro de ingestão de agulhas de costura, há 5 dias. O responsável apresenta uma amostra da agulha que possivelmente foi ingerida, medindo 5 cm de comprimento e 2 mm de espessura. Estava clinicamente assintomático e não apresentou disfagia, sialorreia ou hematêmese. Exame clínico, de difícil colaboração do paciente por estar agitado, aparentemente sem anormalidades.

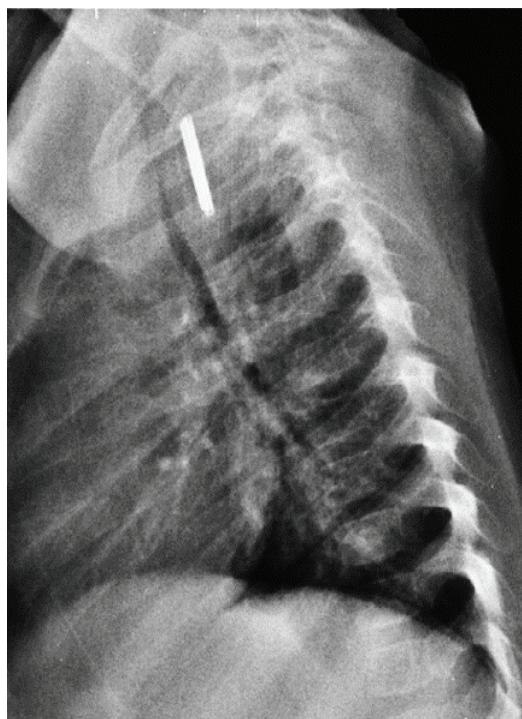
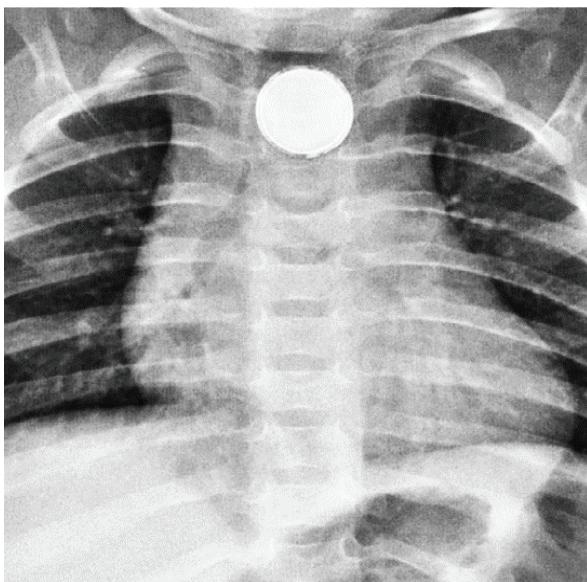
Nas radiografias cervical, torácica e abdominal (em incidências anteroposteriores e perfis), notam-se quatro imagens lineares radiopacas, de 5 cm de comprimento, em suposta localização em esôfago proximal para médio.

Para dar prosseguimento ao diagnóstico, qual exame deve ser realizado?

- (A) Endoscopia digestiva alta com remoção de corpos estranhos do esôfago (diagnóstico e terapêutico).
- (B) Broncoscopia para descartar aspiração.
- (C) RX com contraste iodado.
- (D) Tomografia de tórax com contraste EV e sem contraste VO.

113

Devido à ingestão accidental de bateria de brinquedo, uma criança de 1 ano e 6 meses foi encaminhada ao Pronto-Socorro. A mãe relata que, no momento do acidente, a filha tossiu muito e vomitou, por cerca de 30 segundos, mas sem expelir a bateria. Desde então, mantém-se ativa, sem sialorreia, dispneia ou vômitos recorrentes. Exame clínico: sem anormalidades e oximetria de pulso 99%, em ar ambiente. A mãe teme que a bateria esteja alojada na via aérea, pois soube que a filha da vizinha faleceu por corpo estranho aspirado. RX tórax e abdome realizados. Imagens apresentadas



Qual a melhor conduta?

- (A) Aguardar jejum de 8 horas e realizar endoscopia digestiva alta com sedação.
- (B) Aguardar jejum de 12 horas e realizar endoscopia digestiva alta com anestesia geral.
- (C) Adotar conduta expectante, pois o corpo estranho não é pontiagudo e pode migrar.
- (D) Não aguardar jejum e indicar endoscopia digestiva alta emergencial com anestesia geral.

114

Paciente com cirrose evacuou fezes enegrecidas e muito fétidas e referiu tontura. Veio ao pronto-socorro, onde se constatou melena (ao toque retal), *flapping*, ascite moderada, PA: 100x60 mmHg (em decúbito dorsal horizontal) e 70x40 mmHg (sentado), FC: 60 bpm, FR: 12 ipm, oximetria de pulso com saturação O₂: 93% (ar ambiente). Medica-se diariamente com betabloqueador 40 mg/dia. Subitamente, na sala de emergência, apresenta hematêmese volumosa (aproximadamente 800 mL de sangue vivo), sudorese intensa e inicia quadro de confusão mental, com oximetria de pulso com saturação de O₂ de 83% e PA: 70x50 mmHg (em decúbito dorsal horizontal) e FC: 130 bpm.

Qual a melhor conduta imediata?

- (A) Máscara com nebulização de O₂: 15 L/min e endoscopia digestiva alta emergencial.
 - (B) Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e noradrenalina IV titulada.
 - (C) Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e terlipressina 2 mg IV inicial “em bolus”.
 - (D) Entubação orotraqueal, ventilação mecânica e passar balão de Sengstaken Blakemore.
-

115

Mulher de 25 anos interna no pronto-socorro com ingestão de ácido muriático por tentativa de suicídio, há 4 horas. Apresenta odinofagia, disfagia intensa, dispneia ao repouso e dor abdominal em queimação. Na sala de emergência, paciente intensamente ansiosa, com sialorreia e odinofagia, exame de orofaringe com intenso edema de língua e orofaringe, voz normal, ausculta pulmonar sem anormalidades, dor à palpação abdominal difusa, abdome tenso com manobra de descompressão brusca negativa, FR: 35 ipm, PA: 140x90 mmHg (em decúbito dorsal horizontal), FC: 120 bpm, oximetria de pulso com saturação O₂: 93% (ar ambiente). Medica-se diariamente com sertralina 100 mg/dia.

Qual a melhor conduta?

- (A) Expansão volêmica com cristaloide IV e sonda nasoenteral.
 - (B) RX de esôfago, estômago e duodeno com contraste iodado.
 - (C) Expansão volêmica com cristaloide IV e endoscopia digestiva alta.
 - (D) Tomografia de tórax e abdome com contraste VO e IV antes da endoscopia digestiva alta.
-

116

Homem de 60 anos, com diagnóstico de acalasia tipo 1 pela classificação de Chicago, foi submetido ao tratamento endoscópico pela técnica POEM (miotomia endoscópica por via oral), sem intercorrências. Imagem apresentada.



Em relação ao POEM e à Cardiomiotomia Laparoscópica com Fundoplicatura (“CML+F”), assinale a alternativa correta.

- (A) A ocorrência do refluxo gastroesofágico pós-POEM é observada em mais de 40% dos pacientes.
- (B) A diminuição do índice de Eckardt pós-“CML+F” é superior à observada pós-POEM.
- (C) Os parâmetros do estudo de pHmetria de 24h confirmam um melhor controle do refluxo gastroesofágico no pós-POEM em relação a “CML+F”.
- (D) A disfagia é melhor controlada pela técnica da “CML+F” em relação ao POEM.

Texto para as questões 117 e 118

Mulher de 29 anos refere dor em hipocôndrio direito, associada a náuseas e episódios de vômitos há 3 dias. Sem outras comorbidades ou cirurgias. Ao exame clínico: REG, fácies de dor, abdome doloroso em HD, com Murphy negativo e DB negativo. Apresenta icterícia ++/++++. Exames laboratoriais: leucograma 8900 mm³; BT 4,2 mg/dL; BD 3,7 mg/dL; amilase 101 mg/dL, fosfatase alcalina: 455 U/L. USG abdome: evidência de colelitíase, com colédoco de 12 mm, sem visualização de sombra acústica em via biliar.

117

Qual é o diagnóstico provável?

- (A) Colangite Aguda.
- (B) Síndrome de Mirizzi.
- (C) Coledocolitíase.
- (D) Pancreatite Aguda Biliar.

118

A paciente foi submetida à colangiorenossoscopia que evidenciou via biliar distal com 4 mm de diâmetro e longa, com colédoco médio dilatado de 12 mm e com um cálculo neste local também de 12 mm.

Qual a conduta endoscópica recomendada?

- (A) Papilotomia endoscópica tática, dilatação da papila e varredura com basket.
- (B) Papilotomia endoscópica e litotripsia.
- (C) Papilotomia endoscópica, dilatação da papila e varredura com balão.
- (D) Papilotomia endoscópica e colangioscopia com SpyGlass.

119

Mulher de 60 anos está evoluindo há cerca de 3 semanas com quadro de melena e queda de hemoglobina, com necessidade de repetidas transfusões sanguíneas. É hipertensa, diabética insulino-dependente e apresenta insuficiência renal crônica dialítica. Durante a internação, foi realizada endoscopia digestiva alta 2x, colonoscopia 2x e exames de tomografia de abdome sem esclarecimento diagnóstico. Exame clínico: PA 100x60 mmHg; FC 92 bpm; FR 20 incursões/minuto; extremidades frias; toque retal com presença de melena e sangue vivo.

Qual dos exames abaixo está recomendado?

- (A) Cápsula endoscópica.
- (B) Cintilografia por hemácias marcadas.
- (C) Arteriografia.
- (D) Enteroscopia por balão.

120

Homem de 50 anos é admitido no pronto socorro com história clínica de diarreia aquosa, cefaleia, perda de peso e, ao exame clínico, identificou-se turgor cutâneo diminuído. Na investigação laboratorial identifica-se hipocalemia, acidose, hipocloridria e hipercalcemia. Nos exames de imagem, a tomografia de abdome e a ultrassonografia endoscópica evidenciam lesão hipoecóica, homogêna, bem delimitada em corpo/cauda pancreático, além do envolvimento regional dos linfonodos. Imagem apresentada.



Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Síndrome de Zollinger-Ellison.
- (B) Tríade de Whipple.
- (C) Síndrome de Cushing.
- (D) Síndrome de Verner-Morrison.

