

## CLÍNICA MÉDICA

(CARDIOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA; NEFROLOGIA; ONCOLOGIA CLÍNICA; REUMATOLOGIA; MEDICINA PALIATIVA)

**TIPO 1 – BRANCA**



### SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **50 (cinquenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de prova o cartão de respostas;
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



### TEMPO

- Você dispõe de **3 (três) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas;
- 1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



### NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova;
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões;
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala;
- Usar o sanitário ao término da prova.



### INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal de sala**, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher o cartão de respostas;
- Para o preenchimento do cartão de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul;
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) no cartão de respostas;
- Confira seu cargo, cor e tipo do caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo ou cor ou tipo **diferente** do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal de sala deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala;
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento do seu cartão de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca do cartão de respostas em caso de erro cometido pelo candidato**;
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas;
- A FGV coletará as impressões digitais dos candidatos na lista de presença;
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

**Boa prova!**

## Clínica Médica

### 1

Paciente feminina, 30 anos, sem comorbidades, relata ser sexualmente ativa. Apresenta-se ao pronto-socorro com disúria e polaciúria intensas, sendo este o quarto episódio de infecção do trato urinário (ITU) em sete meses. O último episódio, há apenas 10 dias, foi tratado, com sucesso clínico, com sulfametoxazol-trimetoprim por três dias, baseado em urocultura prévia que isolou *Escherichia coli* sensível ao medicamento.

Ao exame físico, a paciente está hemodinamicamente estável, afebril e sem outras alterações, exceto por dor leve à palpação em hipogástrico. A paciente nunca realizou exames de imagem do trato urinário.

Considerando o quadro clínico, a conduta diagnóstica e terapêutica mais apropriada para esta paciente é

- (A) iniciar o tratamento empírico para cistite aguda e prescrever de imediato a profilaxia antibiótica contínua com nitrofurantoína por seis meses, pois a maioria dos casos em mulheres jovens se deve à reinfeção.
- (B) iniciar o tratamento do episódio agudo, orientar o aumento da ingestão hídrica e a micção pós-coito, e agendar urocultura de controle uma semana após o término do antibiótico para iniciar a profilaxia com metenamina.
- (C) iniciar o tratamento empírico do episódio agudo, solicitar urocultura e agendar avaliação urológica com ultrassonografia renal e vesical, pois o quadro é classicamente definido como recidiva.
- (D) iniciar o tratamento do episódio agudo e a profilaxia antibiótica pós-coito com dose única de antibiótico de amplo espectro, sendo a investigação urológica desnecessária na ausência de hematúria persistente ou uropatia obstrutiva.
- (E) iniciar culturas de sangue e urina e iniciar imediatamente antibióticos de amplo espectro por via endovenosa, pois a paciente está em crise de frequência urinária elevada, o que sugere um quadro de sepse de foco urinário.

### 2

Paciente masculino, 25 anos, procura atendimento com queixa de dor na região epigástrica, saciedade precoce e plenitude pós-prandial, sintomas recorrentes há três meses. Nega perda de peso, disfagia, vômitos ou história familiar de câncer gástrico. O paciente já realizou a pesquisa de *Helicobacter pylori* por teste respiratório com ureia C13, cujo resultado foi negativo.

Considerando a alta suspeita de dispepsia funcional, a conduta terapêutica mais apropriada a ser instituída neste momento é

- (A) encaminhar para avaliação de saúde mental e iniciar o tratamento com um antidepressivo tricíclico (exemplo: amitriptilina), visto que a dispepsia funcional é primariamente uma desordem da interação cérebro-intestino.
- (B) iniciar o tratamento com um pró-cinético (exemplo: domperidona) por um período de quatro a oito semanas, pois a predominância de plenitude pós-prandial e saciedade precoce exige a melhora do esvaziamento gástrico.
- (C) prescrever um inibidor de bomba de prótons (exemplo: omeprazol) em dose plena, uma vez ao dia, por um período de quatro a oito semanas, antes de considerar qualquer outra modalidade terapêutica.
- (D) orientar apenas o aumento da ingestão de fibras e a realização de atividade física regular por dois meses, pois os sintomas leves devem ser manejados inicialmente com mudanças no estilo de vida.
- (E) solicitar uma endoscopia digestiva alta e uma ultrassonografia abdominal para descartar todas as causas orgânicas antes de rotular o quadro como dispepsia funcional.

### 3

Paciente feminina, 45 anos, comparece para um exame de rotina. Ela é eutrófica, nega uso de medicações crônicas e apresenta perfil lipídico normal (triglicerídeos 60 mg/dL). O rastreio laboratorial demonstrou: Glicemia de Jejum de 80 mg/dL em 2025 (e 82 mg/dL em 2024); Hemoglobina Glicada de 5,5% em 2025 (e 5,4% em 2024); Hemoglobina de 12,2; Volume Corpuscular Médio (VCM) de 103 fL e Concentração de Corpuscular Média (CHCM) de 33 g/dL.

Considerando o caso descrito, assinale a afirmativa correta a respeito da melhor interpretação para a discrepância entre a hemoglobina glicada e a glicemia de jejum e da conduta investigativa subsequente.

- (A) A investigação da glicemia deve ser complementada com frutosamina ou albumina glicosilada, mas estes testes são ineficazes na presença de alterações na morfologia eritrocitária, devendo-se solicitar o painel de hemoglobinopatias.
- (B) A hemoglobina glicada 5,5% está falsamente elevada devido ao aumento do VCM, o que sugere um tempo de vida prolongado das hemácias e demanda a investigação de deficiência de B12 ou folato.
- (C) O resultado da hemoglobina glicada confirma o diagnóstico de pré-diabetes, e a glicemia de jejum normal sugere a necessidade de um teste oral de tolerância à glicose.
- (D) A discrepância não é clinicamente relevante, pois ambas as medidas estão na faixa de normalidade; o manejo adequado é apenas aconselhamento nutricional e repetir os exames em um ano.
- (E) A macrocitose e o resultado de hemoglobina glicada de 5,5% sugerem o diagnóstico de hemoglobinopatia, condição que causa subestimação da hemoglobina glicada.

## 4

Paciente masculino, 65 anos, é internado com queixa de parestesia nas extremidades e ataxia progressiva. Há histórico de anemia há 15 anos, inicialmente tratada com ferro oral, mas que evoluiu para anemia macrocítica com Hb 9,0 g/dL, VCM 115 fL e Vitamina B12 sérica indetectável. Uma endoscopia digestiva alta prévia revelou atrofia glandular e palidez da mucosa gástrica, com biópsia mapeada mostrando perda das células parietais no corpo e fundo gástrico. Exames complementares confirmam hipergastrinemia e a presença de anticorpos anti-fator intrínseco. Com base no caso clínico, a conduta indispensável para o manejo contínuo desse paciente é

- (A) iniciar o tratamento de erradicação para *Helicobacter pylori* e prescrever um inibidor de bomba de prótons de uso contínuo, pois isso reverte a hipergastrinemia e controla os sintomas dispépticos.
- (B) realizar suplementação oral de Vitamina B12 e ácido fólico em doses elevadas, que é suficiente para compensar a hipocloridria e a má absorção do fator intrínseco.
- (C) tratar o episódio agudo de anemia perniciosa e realizar o seguimento apenas pela dosagem anual da vitamina B12, sendo baixo o risco de câncer.
- (D) iniciar a reposição parenteral de vitamina B12 por toda a vida e estabelecer um protocolo de vigilância endoscópica regular devido ao risco elevado de neoplasias gástricas.
- (E) prescrever suplementação de ácido clorídrico, uma vez que a correção da hipocloridria gástrica é o fator chave para o tratamento de longo prazo da má absorção de nutrientes.

## 5

Paciente de 68 anos, com câncer de pulmão avançado e metástases ósseas, utiliza morfina oral de liberação controlada há 6 meses para dor crônica, com dose atual de 200 mg/dia. Nas últimas duas semanas, a dor (EVA 9/10) se intensificou, mas o paciente a descreve agora como "queimante" e "espalhada" para além da área das metástases. Além disso, ele relata hipersensibilidade ao toque na pele (alodínia). O aumento da dose de resgate de morfina não alivia, e em alguns momentos, parece piorar o quadro. O paciente está hemodinamicamente estável e a investigação por imagem não detectou nova progressão da doença que justifique a nova dor.

Diante deste quadro clínico, a conduta terapêutica mais apropriada seria

- (A) aumentar a dose basal de morfina em 50% e aumentar a dose de resgate, pois o quadro é compatível com tolerância à opioide, necessitando apenas de maior dose para manter o efeito analgésico.
- (B) associar um anti-inflamatório não esteroide e um corticoide para tratar o componente inflamatório da dor óssea, o que permitirá a redução gradual da dose de morfina.
- (C) realizar a rotação de opioide para metadona ou introduzir um outro analgésico, como gabapentina, visando reduzir a dose total de opioide e reverter a sensibilização central.
- (D) considerar a dor como psicogênica, suspender a morfina por risco de dependência e iniciar o tratamento com antidepressivos tricíclicos e ansiolíticos, reservando os opioides para o tratamento da dor aguda.
- (E) substituir a morfina por um opioide de potência mais baixa, como codeína ou tramadol, para "reiniciar" os receptores opioides, retornando à morfina em dose menor após 7 dias.

## 6

Paciente masculino, 62 anos, tabagista e com história de emagrecimento nos últimos 5 meses, é internado com febre, tosse produtiva e dispneia progressiva. A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada revelam uma consolidação densa no lobo superior direito e atelectasia associada, além de uma massa hilar volumosa que causa estenose brônquica completa. A antibioticoterapia empírica, iniciada há 72 horas, não resultou em melhora clínica significativa.

Diante deste quadro clínico e da falha no tratamento antimicrobiano inicial, o manuseio determinante para a resolução do quadro é

- (A) instituir a desobstrução brônquica imediata por meio de procedimentos broncoscópicos (como laser ou stent) associada à manutenção da antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) intensificar a antibioticoterapia empírica com cobertura para microrganismos multirresistentes, visto que a falha na resposta é o principal indicativo de infecção por flora atípica ou resistente.
- (C) realizar imediatamente a lobectomia do lobo superior direito, pois a retirada do tecido pulmonar não funcional e infectado é a única forma de curar a pneumonia e evitar futuras complicações.
- (D) coletar culturas de escarro e de hemoculturas e aguardar o resultado do antibiograma para ajustar o esquema antimicrobiano.
- (E) iniciar tratamento paliativo com oxigenoterapia e broncodilatadores.

## 7

Paciente masculino, 55 anos, diabético e hipertenso, comparece à emergência referindo dor torácica intensa, em aperto, com irradiação para o membro superior esquerdo, iniciada há 40 minutos. Ao exame físico, apresenta-se pálido, sudoreico e com pressão arterial de 100 por 60 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) inicial revela supradesnívelamento do segmento ST de 3 mm em derivações V2 a V4. O tempo estimado até a chegada ao laboratório de hemodinâmica é de 15 minutos.

Diante deste quadro clínico, a conduta terapêutica imediata mais apropriada é

- (A) iniciar oxigenoterapia e nitroglicerina sublingual para alívio da dor e imediatamente acionar a equipe de cirurgia cardíaca para revascularização miocárdica emergencial.
- (B) administrar de imediato a terapia trombolítica intravenosa (ex: tenecteplase), seguida de heparina, pois o tempo de dor do paciente é inferior a 60 minutos.
- (C) administrar ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel, iniciar a heparinização, e encaminhar o paciente para angioplastia primária (PCI).
- (D) administrar AAS e enoxaparina em dose plena, iniciar o gotejamento de nitroglicerina intravenosa e aguardar a elevação das enzimas cardíacas (Troponina e CK-MB) para confirmar a necrose miocárdica.
- (E) iniciar apenas o AAS, realizar o teste de esforço para avaliar a área de isquemia e, caso o teste seja positivo, encaminhar o paciente para angiotomografia coronariana.

8

Paciente masculino, 70 anos, com história de insuficiência cardíaca e diabetes, é admitido na emergência com quadro de tosse, febre há quatro dias e dispneia progressiva. Uma radiografia de tórax confirma a presença de derrame pleural à esquerda, sendo realizada toracocentese. Os resultados bioquímicos e citológicos do líquido pleural e do soro são:

- Soro: Proteína Total 6,0 g/dL; Desidrogenase Lática (LDH) 200 U/L.
  - Líquido Pleural: Proteína Total 3,5 g/dL; Desidrogenase Lática (LDH) 150 U/L; Glicose 40 mg/dL; Contagem de Leucócitos 10.000 por milímetro cúbico (com predominância de neutrófilos); pH 7,20.
- Diante da análise do caso, a correta classificação do derrame, segundo os critérios de Light, e a principal hipótese diagnóstica que justifica os achados são
- (A) transudato, pois o LDH do líquido pleural está abaixo do limite superior da normalidade sérica, e a etiologia mais provável é a descompensação da insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) exsudato, pois o número de leucócitos (10.000 por milímetro cúbico) é o critério mais forte para classificar o derrame como de origem inflamatória, sendo a etiologia mais provável a tuberculose pleural.
- (C) exsudato, mas o padrão de neutrofilia e glicose reduzida sugere malignidade pleural, o que exige a imediata investigação com pesquisa de células neoplásicas.
- (D) exsudato, visto que a razão proteína pleural/soro e a razão LDH pleural/sérica excedem os valores de corte de Light, sendo o padrão mais compatível com derrame parapneumônico complicado ou empiema;
- (E) transudato, mas a glicose de 40 mg/dL é um achado inespecífico, devendo-se descartar ruptura do esôfago devido ao pH ácido.

9

Paciente masculino, 45 anos, é trazido à emergência por familiares com rebaixamento do nível de consciência, dor abdominal intensa, náuseas e vômitos persistentes. Ele estava participando de uma festa na noite anterior e ingeriu uma quantidade não especificada de bebida alcoólica artesanal. Ao exame, apresenta-se torporoso, taquipneico e com relato de dificuldade visual (“visão turva”). Os resultados dos exames laboratoriais iniciais são:

- Gasometria Arterial: pH 6,95; pCO<sub>2</sub> 15 mmHg; Bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) 5 mEq/L.
- Bioquímica Sérica: Sódio 140 mEq/L; Potássio 4,0 mEq/L; Cloro 100 mEq/L; Glicemaria 110 mg/dL; Ureia 40 mg/dL; Creatinina 1,0 mg/dL.
- Osmolalidade Sérica Calculada: 295 mOsm/kg.

Diante do quadro clínico, assinale a afirmativa correta em relação ao diagnóstico provável e à conduta terapêutica de urgência a ser instituída.

- (A) Cetoacidose alcoólica; o tratamento de primeira linha é a administração de tiamina e solução glicosada, visando restaurar o ciclo de Krebs.
- (B) Acidose lática por choque séptico; a conduta primária deve ser a administração de fluidos e antibioticoterapia de amplo espectro, com o uso de noradrenalina se houver hipotensão refratária.
- (C) Intoxicação por metanol; o tratamento de primeira linha é a administração de fomepizol (ou etanol), havendo indicação de hemodiálise de urgência devido à acidemia grave.
- (D) Intoxicação por etilenoglicol (antifreeze); a conduta é a infusão de bicarbonato de sódio para corrigir o pH e a administração de vitamina B6 (piridoxina).
- (E) Insuficiência renal aguda pré-renal; o tratamento primário consiste na hemodiálise de urgência.

**10**

Paciente feminina, 35 anos, com histórico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em remissão, é internada com febre persistente (picos de 40 graus Celsius) há 15 dias, não responsiva a antibióticos de largo espectro. Refere astenia progressiva e icterícia leve. Ao exame físico, apresenta hepatoesplenomegalia e petéquias.

Os resultados dos exames laboratoriais iniciais mostram:

- Hemograma: Hemoglobina 8,5 g/dL; Plaquetas 50.000 por milímetro cúbico; Leucócitos 2.500 por milímetro cúbico.
- Bioquímica e Coagulação: Bilirrubina Total 3,5 mg/dL; Desidrogenase Lática (LDH) 1.500 U/L; Fibrinogênio 100 mg/dL (valor de referência normal: 200 a 400 mg/dL).
- Marcador Inflamatório: Ferritina Sérica 15.000 ng/mL (valor de referência normal: 10 a 200 ng/mL).

Diante do quadro clínico e laboratorial descrito, o próximo passo para confirmar o diagnóstico da condição é

- (A) determinar a atividade das células T reguladoras e pesquisa de células LE na medula óssea, para descartar reativação do lúpus atípico.
- (B) dosar eletroforese de proteínas séricas e cadeias leves livres, a fim de excluir a possibilidade de amiloidose ou mieloma múltiplo.
- (C) pesquisar de anticorpos anti-DNA e dosagem dos componentes do complemento (C3 e C4), para avaliar a atividade inflamatória e a necessidade de imunossupressão com pulsoterapia.
- (D) determinar a atividade das células Natural Killer (NK) e o nível de sCD25 (receptor alfa da IL-2 solúvel), além da biópsia de medula óssea para pesquisa de hemofagocitose.
- (E) pesquisar mutação do gene V de Leiden e dosagem de antitrombina 3, visando o diagnóstico de coagulopatia intravascular disseminada.

**11**

Paciente feminina, 60 anos, transplantada renal em uso de imunossupressores, é internada com quadro de febre e dor intensa na região torácica. Ao exame físico, apresenta lesões vesiculares agrupadas em base eritematosa, distribuídas em um dermatomo (lesão unilateral e localizada), compatíveis com herpes zoster.

A paciente reside em enfermaria compartilhada com outros pacientes transplantados. A equipe de saúde, incluindo um residente sem histórico de vacinação ou varicela prévia, está prestando assistência.

Com base nas normas de controle de infecção hospitalar e nas características da doença em paciente imunossuprimido, a respeito da conduta de isolamento e das precauções mais adequadas para a paciente e o residente, é correto afirmar que

- (A) a paciente deve ser mantida em isolamento de contato e gotículas, podendo permanecer na enfermaria compartilhada, desde que o residente suscetível continue prestando assistência com o uso de máscara cirúrgica.
- (B) a paciente deve ser transferida para quarto privativo com isolamento de contato e aerossóis (pressão negativa), e o residente suscetível deve ser afastado imediatamente do contato com o paciente e de outros pacientes de risco.
- (C) a paciente pode permanecer em enfermaria compartilhada, pois o herpes zoster é menos contagioso que a varicela. O residente suscetível deve receber imunoglobulina contra Varicela Zoster e manter-se em serviço.
- (D) a paciente deve ter isolamento por contato e ser transferida para quarto privativo, e o residente suscetível deve ser vacinado imediatamente, podendo seguir prestando assistência se for assintomático.
- (E) a paciente necessita apenas de isolamento padrão, pois o herpes zoster localizado em paciente imunossuprimido não oferece risco de disseminação aérea, e a equipe de saúde deve apenas lavar as mãos e usar luvas.

**12**

Paciente feminina, 48 anos, é admitida na emergência com quadro de fraqueza progressiva, fadiga e icterícia há três dias. Nega sangramentos ou comorbidades conhecidas. Ao exame físico, apresenta-se pálida, ictérica (2+/4+), com taquicardia e esplenomegalia discreta.

Os resultados dos exames laboratoriais mostram:

- Hemograma: hemoglobina 6,5 g/dL; volume corpuscular médio (vcm) 95 fL; contagem de reticulócitos corrigida para anemia 5%; plaquetas e leucócitos normais.
- Bioquímica: bilirrubina total 4,0 mg/dL (bilirrubina indireta 3,5 mg/dL); desidrogenase lática (LDH) 800 U/L; haptoglobina indetectável no soro.

Diante desse quadro clínico e laboratorial, o próximo passo para confirmar a etiologia dessa condição é realizar

- (A) teste da antiglobulina direta (TAD ou teste de coombs direto), com o uso de reagentes específicos para IgG e C3d, e pesquisa de esferócito no esfregaço de sangue periférico.
- (B) pesquisa de anticorpos IgM anti-crioglutininas e teste do eloato, para descartar crioglobulinemia e anemia hemolítica por anticorpos frios.
- (C) eletroforese de hemoglobina, teste de falcização e dosagem da glicose seis-fosfato desidrogenase (G6PD), para excluir hemoglobinopatias e defeitos enzimáticos hereditários.
- (D) pesquisa de autoanticorpos (FAN e anti-Dna) e prova cruzada de compatibilidade, a fim de excluir a possibilidade de hemólise induzida por lúpus.
- (E) dosagem sérica de adenosina deaminase (ada) e de ácido metilmalônico, visto que a deficiência da enzima e o acúmulo de ácido sugerem anemia megaloblástica.

**13**

Paciente masculino, 72 anos, comparece à consulta com queixa de fraqueza, cansaço progressivo e dispneia leve aos esforços há vários meses. Nega sangramentos evidentes, mas relata perda de peso não intencional nos últimos seis meses. O hemograma revela anemia microcítica e hipocrônica (hemoglobina 8,0 g/dL; VCM 70 fL; HCM 20 pg).

Valores de Referência Laboratorial:

- ferritina sérica: 20 a 250 ng/mL;
- ferro sérico: 60 a 170 microg/dL;
- capacidade total de ligação do ferro (tbc): 250 a 450 microg/dL;
- índice de saturação de transferrina (ist): 20 a 50%;
- contagem de reticulócitos: 0,5 a 2,0%.

O residente de clínica médica, ciente dos principais exames solicitados, fez a seguinte interpretação correta para o quadro descrito:

- (A) reticulócitos 1,0%; ferritina 8 ng/mL; ferro sérico 30 µg/dL; tbc 500 µg/dL; índice de saturação de transferrina 6%.
- (B) reticulócitos 5,5%; ferritina 300 ng/mL; ferro sérico 150 µg/dL; tbc 350 µg/dL; índice de saturação de transferrina 43%.
- (C) reticulócitos 0,2%; ferritina 180 ng/mL; ferro sérico 40 microg/dL; tbc 200 µg/dL; índice de saturação de transferrina 20%.
- (D) reticulócitos 2,5%; ferritina 200 ng/mL; ferro sérico 80 µg/dL; tbc 300 µg/dL; índice de saturação de transferrina 27%.
- (E) reticulócitos 0,5%; ferritina 40 ng/mL; ferro sérico 100 µg/dL; tbc 450 µg/dL; índice de saturação de transferrina 22%.

**14**

Paciente masculino, 65 anos, diabético tipo 2 e com história de colecistectomia prévia, é admitido com febre intermitente (picos de 39,5 graus Celsius) e calafrios há dez dias. Relata dor constante no hipocôndrio direito, associada a náuseas e perda de peso. Ao exame, está febril, com sensibilidade e hepatomegalia no quadrante superior direito.

Os exames laboratoriais de admissão mostram:

- hemograma: leucocitose de 18.000 por milímetro cúbico, com desvio à esquerda; anemia discreta.
- bioquímica: proteína C reativa 250 mg/L; fosfatase alcalina e gama glutamil transferase três vezes o limite superior da normalidade.
- tomografia computadorizada do abdome: lesão multiloculada de no lobo direito do fígado, com realce periférico em anel após a administração de contraste intravenoso.

O residente de clínica médica, ao analisar os achados, chega à seguinte conclusão correta a respeito do diagnóstico mais provável e a da conduta terapêutica de urgência:

- (A) abscesso hepático amebiano e o tratamento deve ser a administração de metronidazol por via oral, sem necessidade de drenagem, reservando a investigação para ameba para o acompanhamento ambulatorial.
- (B) colangite aguda ascendente grave (charcot atípica) e a terapia de escolha é a antibioticoterapia intravenosa exclusiva com ampicilina sulbactam, reservando a drenagem da via biliar para falha no tratamento clínico após 72 horas.
- (C) hepatocarcinoma necrosado e o tratamento definitivo é a embolização arterial seletiva ou quimioembolização, após estadiamento completo da neoplasia.
- (D) abscesso hepático piogênico e a conduta inicial é a antibioticoterapia empírica intravenosa com ceftriaxona e metronidazol associada à drenagem percutânea imediata guiada por imagem.
- (E) febre de origem obscura por doença de still do adulto e a terapêutica de urgência deve ser a pulsoterapia com glicocorticoides em alta dose, para controle da inflamação sistêmica.

## 15

Paciente feminina, 45 anos, procura a clínica de reumatologia com queixa de fadiga crônica, mialgias difusas, artralgias persistentes em joelhos e mãos, transtornos neuropsiquiátricos e febre baixa intermitente há oito meses.

A investigação laboratorial revela elevação da proteína c reativa, velocidade de hemossedimentação e fator antinuclear (FAN) positivo (padrão pontilhado fino, título 1/320), sem preencher critérios diagnósticos para doença autoimune clássica (como lúpus ou artrite reumatoide).

A paciente relata que se submeteu, há um ano, a um procedimento estético injetável para preenchimento glúteo com “substância modeladora” de origem não especificada. A biópsia do local da injeção mostrou inflamação granulomatosa crônica com histiócitos espumosos e material oleoso livre.

O residente de reumatologia dá a seguinte interpretação correta a respeito do diagnóstico mais provável e da conduta de tratamento inicial:

- (A) síndrome de fadiga crônica, cujo tratamento principal é a terapia cognitivo-comportamental e exercícios graduais, uma vez que a positividade isolada do é inespecífica.
- (B) doença reumática indiferenciada, que exige observação rigorosa e iniciação de hidroxicloroquina caso o quadro sistêmico se agrave ou evolua para uma doença bem definida.
- (C) síndrome de autoimunidade/auto-inflamação induzida por adjuvantes (ASIA), sendo o tratamento ideal a remoção cirúrgica do material injetável (se factível) combinada com imunossupressão para o controle dos sintomas sistêmicos.
- (D) reação de corpo estranho benigna (parafinoma), que é uma complicação puramente local do material injetável, devendo ser tratada apenas com excisão cirúrgica e corticoides injetáveis no local da lesão.
- (E) fibromialgia, que é uma síndrome de dor crônica de origem central, e o tratamento consiste no uso de duloxetina ou pregabalina.

## 16

Paciente do sexo feminino, 75 anos, é trazida ao ambulatório de reumatologia após uma fratura vertebral atraumática (fratura por fragilidade) confirmada por radiografia.

Sua densitometria óssea (DMO) mais recente mostra um T-score de -3,0 na coluna lombar e de -2,5 no colo do fêmur. A paciente possui boa função renal e nunca recebeu tratamento farmacológico para osteoporose.

Considerando as diretrizes para o tratamento da osteoporose, a conduta inicial mais eficaz para redução rápida do risco de novas fraturas é

- (A) prescrever suplementação otimizada de cálcio e vitamina D, iniciando alendronato 70 mg por semana.
- (B) iniciar terapia anabólica com romosozumab (anticorpo anti-esclerostina) ou teriparatida (análogo do PTH), seguida de um agente antirreabsortivo.
- (C) prescrever denosumab 60 mg via subcutânea a cada 6 meses, pois, por ser um potente agente antirreabsortivo.
- (D) iniciar um agente antirreabsortivo, como zoledronato 5 mg intravenoso anualmente, e reservar o tratamento anabólico (como romosozumab) para falha terapêutica ou intolerância ao agente inicial.
- (E) indicar o uso de terapia de reposição hormonal (TRH) na menor dose possível, visto ser a única classe de medicamentos que comprovadamente aumenta a densidade óssea em todos os sítios de medição.

## 17

Homem de 58 anos, diabético tipo 2 há 10 anos, dislipidêmico e ex-tabagista, comparece para reavaliação de pressão arterial. Relata boa adesão às medidas não farmacológicas, com redução de sal na dieta, perda ponderal de 3 kg e prática regular de atividade física. Apresenta as seguintes médias de pressão arterial em consultório: 135 x 85 mmHg em duas consultas distintas, com intervalo de 3 meses entre elas. Exames recentes mostram TFG estimada de 70 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, microalbuminúria positiva e LDL de 115 mg/dL.

De acordo com as diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2025), Europeia (ESC 2024) e Americana (AHA/ACC 2025), a conduta mais apropriada neste momento é

- (A) manter apenas medidas não farmacológicas, com reavaliação em 6 meses.
- (B) iniciar monoterapia anti-hipertensiva, dispensando as medidas não farmacológicas.
- (C) solicitar novos exames laboratoriais e de imagem, como escore de cálcio coronariano, para re-estratificação do risco cardiovascular.
- (D) reavaliar a pressão arterial em domicílio ou solicitar MAPA para confirmar a pré-hipertensão antes de definir o tratamento.
- (E) iniciar tratamento farmacológico, preferencialmente com monoterapia, podendo-se considerar associação de fármacos em baixa dose conforme risco e tolerância.

## 18

Homem de 55 anos, hipertenso recém-diagnosticado, comparece à primeira consulta de seguimento após confirmação de pressão arterial média de 148 x 94 mmHg em duas visitas distintas. É ex-tabagista, com circunferência abdominal aumentada, e refere dieta rica em sódio.

Durante a consulta, o médico discute os exames laboratoriais necessários para a avaliação inicial do quadro.

De acordo com as diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2025), Europeia (ESC 2024) e Americana (AHA/ACC 2025), a avaliação inicial completa do paciente hipertenso é

- (A) glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular e potássio sérico.
- (B) perfil lipídico completo, sódio sérico, albumina urinária ou relação albumina/creatinina e eletrocardiograma de 12 derivações.
- (C) hemograma completo, ácido úrico, TSH e ultrassonografia de abdome.
- (D) hepatograma, gama-GT, potássio e cálcio séricos;
- (E) creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular, potássio e sódio séricos, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico, relação albumina/creatinina urinárias e eletrocardiograma de 12 derivações.

**19**

Homem de 42 anos, sem comorbidades conhecidas, comparece para avaliação de hipertensão arterial resistente diagnosticada há 5 anos e em uso de três fármacos em doses plenas (losartana, anlodipino e hidroclorotiazida), com controle pressórico insatisfatório (média de 160 x 100 mmHg).

Refere fadiga muscular ocasional e câimbras noturnas, sem uso de diuréticos de alça. Ao exame físico, pressão arterial de 162 x 98 mmHg, sem estígmas de Cushing.

Os exames laboratoriais mostram:

- Potássio sérico: 3,2 mEq/L (VN: 3,5–5,0); Sódio sérico: 144 mEq/L; Creatinina: 0,9 mg/dL; TFG estimada: > 90 mL/min/1,73m<sup>2</sup>; Glicemia e perfil lipídico normais.
  - Eletrocardiograma: sinais de hipertrofia ventricular esquerda.
- Considerando o quadro descrito, a conduta diagnóstica mais apropriada é
- (A) intensificar o tratamento anti-hipertensivo com inclusão de espironolactona empírica, sem investigação adicional.
  - (B) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste para avaliar glândulas adrenais.
  - (C) dosar aldosterona plasmática, atividade de renina plasmática e calcular a relação aldosterona/atividade de renina plasmática.
  - (D) reavaliar a adesão medicamentosa e o consumo de sódio antes de qualquer investigação.
  - (E) investigar feocromocitoma com dosagem de metanefrinas urinárias.

**20**

Mulher de 65 anos foi internada na enfermaria de clínica médica para investigação de colúria, acolia fecal e icterícia iniciados há 10 dias. O quadro evoluiu progressivamente, sem dor abdominal e sem febre. Possui antecedente de câncer de cólon tratado cirurgicamente há dois anos, com recidiva e metástases hepáticas diagnosticadas há seis meses. Ao exame físico, encontra-se desnutrida, ictérica e com aumento do volume abdominal.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10,2 g/dL; leucócitos: 6.500/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 180.000/mm<sup>3</sup>.
- AST (TGO): 180 U/L; ALT (TGP): 150 U/L; fosfatase alcalina: 980 U/L; GGT: 740 U/L.
- Bilirrubina total: 18 mg/dL (direta 15 mg/dL); albumina: 2,5 g/dL; INR: 1,6.
- Ultrassonografia abdominal: fígado aumentado e heterogêneo, com múltiplas lesões hiperecogênicas, dilatação das vias biliares intra-hepáticas, ascite moderada e linfonodos periportais aumentados.

Com base nos dados clínicos, laboratoriais e de imagem apresentados, o diagnóstico mais provável para a icterícia observada é

- (A) obstrução biliar por coledocolitíase associada à colangite bacteriana.
- (B) colestase intra-hepática secundária à infiltração metastática hepática e linfonodomegalia periportal.
- (C) colestase extra-hepática causada por tumor de cabeça de pâncreas com compressão da via biliar principal.
- (D) obstrução biliar mecânica por colangiocarcinoma peri-hilar (tumor de Klatskin).
- (E) icterícia obstrutiva por obstrução de vias biliares por parasitose biliar (Ascaris lumbricoides).

**21**

Homem de 32 anos, previamente saudável, procura atendimento médico por icterícia, há 5 dias, associada a fadiga intensa, náuseas e colúria. Refere febre baixa e mialgias na semana anterior, sem dor abdominal importante. Nega uso de álcool ou drogas ilícitas, mas relata uso recente de amoxicilina-clavulanato para infecção respiratória há cerca de 10 dias.

Ao exame físico, encontra-se ictérico, consciente, afebril, com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, sem esplenomegalia ou ascite.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 14,0 g/dL; leucócitos: 7.200/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 210.000/mm<sup>3</sup>.
- AST (TGO): 1.250 U/L; ALT (TGP): 1.480 U/L; fosfatase alcalina: 240 U/L; GGT: 180 U/L.
- Bilirrubina total: 8,2 mg/dL (direta 4,5 mg/dL).
- Albumina: 3,8 g/dL; INR: 1,2.

Considerando os achados clínicos e laboratoriais, os exames complementares mais indicados para confirmar a principal hipótese diagnóstica são

- (A) sorologias para hepatites A, B e C, pois o quadro clínico e o padrão laboratorial sugerem hepatite viral aguda.
- (B) hemoculturas e colangiografia endoscópica, já que o quadro pode corresponder a colangite bacteriana aguda.
- (C) biópsia hepática para avaliação de colestase intra-hepática induzida por amoxicilina-clavulanato.
- (D) dosagem de IgG sérica e pesquisa de autoanticorpos (FAN, anti-LKM e anti-músculo liso), considerando hepatite autoimune como hipótese principal.
- (E) dosagem de ferro sérico, ferritina e saturação de transferrina, devido à suspeita de hemocromatose hereditária em fase inicial.

**22**

Mulher de 63 anos, hipertensa e dislipidêmica, procura avaliação ambulatorial por dor torácica em aperto, desencadeada aos esforços e aliviada pelo repouso, há cerca de três meses.

O eletrocardiograma em repouso mostra alterações inespecíficas do segmento ST-T. A paciente apresenta obesidade grau II e gonartrose bilateral, o que limita a realização de exercício físico. O exame físico é normal, e a troponina de alta sensibilidade é negativa. O ecocardiograma transtorácico evidencia função sistólica preservada e ausência de alterações segmentares de contratilidade.

Com base nas diretrizes atuais da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2024) para doença arterial coronariana crônica, o próximo exame complementar mais indicado é o(a)

- (A) teste ergométrico convencional.
- (B) ressonância magnética cardíaca de estresse.
- (C) angiotomografia de coronárias (CCTA).
- (D) cineangiografia coronária diagnóstica.
- (E) escore de cálcio coronariano (CAC score).

**23**

Paciente do sexo feminino, 28 anos, procura atendimento referindo epistaxes recorrentes desde a infância, com duração superior a 15 minutos, equimoses frequentes sem trauma significativo e menorrhagia desde a menarca. Relata ainda sangramento prolongado após extração dentária há 2 anos, necessitando retorno ao consultório odontológico. Nega uso de medicações anticoagulantes ou antiplaquetárias. Mãe com história semelhante de sangramentos.

Ao exame físico, apresenta equimoses em membros inferiores. Hemograma: hemoglobina 10,8 g/dL, VCM 72 fL, leucócitos 7.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas 198.000/mm<sup>3</sup>. Coagulograma: TP 12 segundos (RNI 1,0), TTPa 38 segundos (controle 28 segundos). Ferritina: 8 ng/mL.

A propedêutica laboratorial para investigação diagnóstica inclui a dosagem de

- (A) fator VIII, dosagem do antígeno do fator de von Willebrand e atividade do cofator de ristocetina.
- (B) fator IX, fator XI e tempo de trombina para exclusão de coagulopatias hereditárias.
- (C) anticoagulante lúpico, anticorpos anticardiolipina e anti-beta-2-glicoproteína I.
- (D) agregação plaquetária com ADP e colágeno, tempo de sangramento e retração do coágulo.
- (E) proteína C, proteína S e antitrombina III para investigação de trombofilias hereditárias.

**24**

Paciente de 52 anos, sexo masculino, procura consulta ambulatorial para avaliação de rotina. Nega comorbidades prévias e uso de medicações. Refere pai hipertenso e avô paterno com história de infarto agudo do miocárdio aos 58 anos. Nega tabagismo, consome bebidas alcoólicas socialmente.

Ao exame físico: peso 88 kg, altura 1,75 m, IMC 28,7 kg/m<sup>2</sup>. Aferição da pressão arterial no consultório, após repouso de 5 minutos, com esfigmomanômetro automático de braço validado, em três medidas com intervalo de 1 minuto: 148/94 mmHg, 146/92 mmHg e 144/90 mmHg. Frequência cardíaca 76 bpm. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos. Exames laboratoriais: glicemia de jejum 102 mg/dL, hemoglobina glicada 5,6%, creatinina 1,0 mg/dL, clearance de creatinina estimado 85 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, potássio 4,2 mEq/L, colesterol total 210 mg/dL, LDL 140 mg/dL, HDL 42 mg/dL, triglicerídeos 160 mg/dL, ácido úrico 6,8 mg/dL. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, sem alterações.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, a conduta apropriada para confirmação diagnóstica e avaliação complementar inclui

- (A) a realização de monitorização ambulatorial da pressão arterial ou monitorização residencial da pressão arterial para confirmar hipertensão arterial estágio 1 e solicitar razão proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria.
- (B) o tratamento anti-hipertensivo imediato com dupla terapia combinada, pois o paciente apresenta hipertensão arterial estágio 3 com necessidade de intervenção urgente.
- (C) agendar retorno em 3 meses com orientações sobre medidas não medicamentosas, pois apresenta pré-hipertensão que não requer confirmação por métodos complementares.
- (D) solicitar ecocardiograma transtorácico, ultrassonografia de carótidas e velocidade de onda de pulso como exames de rotina obrigatórios antes de confirmar o diagnóstico.
- (E) realizar nova medida da pressão arterial após 90 minutos sem atividade física e 60 minutos sem ingestão de alimentos ou cafeína antes de qualquer definição diagnóstica.

25

Um paciente de 60 anos, com hipertensão arterial de longa data, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica (TFG estimada de 45 mL/min), está em tratamento há mais de um ano e relata seguir rigorosamente a prescrição. Seu regime anti-hipertensivo atual, utilizado nas doses máximas toleradas, consiste em

- Losartana (100 mg/dia);
- Anlodipino (10 mg/dia);
- Hidroclorotiazida (25 mg/dia).

A média das três últimas aferições da Pressão Arterial (PA) no consultório, registradas em visitas separadas nos últimos 6 meses, foi de 158 x 98 mmHg.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025, a primeira conduta diante da suspeita de hipertensão resistente neste paciente é

- (A) adicionar um quarto fármaco, iniciando com espironolactona, pois o paciente já está em uso de três classes de medicamentos e tem doença renal crônica.
- (B) iniciar furosemida (40 mg/dia), considerando a doença renal crônica, para otimizar o controle volêmico.
- (C) iniciar imediatamente a investigação etiológica de hipertensão secundária com ultrassonografia com Doppler de artérias renais, dosagem de aldosterona e atividade de renina plasmática.
- (D) acrescentar dapaglifozina ao esquema prévio como principal medida de controle hipertensivo.
- (E) solicitar a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) para confirmar a hipertensão resistente e pesquisar ativamente a pseudo-resistência, com foco na adesão medicamentosa.

26

Paciente do sexo feminino, 24 anos, internada há 10 dias com quadro de febre persistente (temperatura axilar de 39,2°C), astenia intensa, artralgia em mãos e punhos, fotossensibilidade e emagrecimento de 8 kg no último mês.

Ao exame físico: regular estado geral, mucosas descoradas ++/4+, presença de *rash* malar, hepatomegalia a 4 cm do rebordo costal direito, esplenomegalia a 3 cm do rebordo costal esquerdo e linfadenomegalia cervical, axilar e inguinal bilateral, com linfonodos de 1,5 a 2 cm, indolores e móveis. Exames laboratoriais: hemoglobina 7,8 g/dL, VCM 88 fL, leucócitos 2.100/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 1.260/mm<sup>3</sup>, linfócitos 630/mm<sup>3</sup>), plaquetas 88.000/mm<sup>3</sup>. Ferritina 32.000 ng/mL, LDH 1.850 U/L, triglicerídeos 420 mg/dL, fibrinogênio 105 mg/dL, ALT 185 U/L, AST 220 U/L, bilirrubina total 2,8 mg/dL. FAN 1:640 padrão nuclear homogêneo, anti-DNA dupla hélice reagente, complemento C3 35 mg/dL (VR: 90-180), C4 8 mg/dL (VR: 10-40). Sorologias para Epstein-Barr, citomegalovírus e HIV negativas. Mielograma evidencia hiperplasia granulocítica e eritroide com presença de macrófagos realizando hemofagocitose.

A conduta terapêutica mais adequada para esse caso inclui

- (A) prednisona 1 mg/kg/dia por via oral associada a hidroxicloroquina 400 mg/dia e micofenolato de mofetila 2 g/dia como terapia imunossupressora inicial.
- (B) dexametasona 10 mg/m<sup>2</sup> por duas semanas associada a etoposídeo 150 mg/m<sup>2</sup> duas vezes por semana, conforme protocolo.
- (C) imunoglobulina humana intravenosa 2 g/kg em dose única associada a pulsoterapia com metilprednisolona, reservando terapia imunossupressora adicional para refratariedade.
- (D) rituximabe 375 mg/m<sup>2</sup> semanal por 4 semanas associado a ciclofosfamida 500 mg/m<sup>2</sup> quinzenal por seis doses para controle da proliferação linfoide.
- (E) anakinra 100 mg subcutâneo diário associado a corticoterapia em dose plena, visando controle da tempestade de citocinas mediada por interleucina-1.

27

Paciente do sexo masculino, 58 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 18 anos, em uso irregular de metformina e insulina NPH, comparece à consulta referindo distensão abdominal progressiva há 12 meses, com piora significativa nos últimos 6 meses. Relata flatulência excessiva, desconforto abdominal difuso e diarreia aquosa, inicialmente ocasional, evoluindo para 4 a 6 evacuações diárias, sem sangue ou muco. Refere sensação de plenitude pós-prandial precoce desde o início do quadro e episódios recorrentes de vômitos alimentares tardios (4 a 6 horas após refeições). Nega febre ou viagens recentes. Relata perda ponderal não intencional de 7 kg no período.

Ao exame físico: emagrecido, abdômen globoso, distendido, timpânico à percussão, com ruídos hidroaéreos diminuídos, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Exames laboratoriais: hemoglobina 10,2 g/dL, VCM 104 fL, vitamina B12 180 pg/mL (VR: 200-900), ácido fólico 18 ng/mL (VR: 2-20), albumina 3,2 g/dL, hemoglobina glicada 9,8%. Sorologia para doença celíaca (anti-transglutaminase IgA) negativa. Teste de elastase fecal e gordura fecal negativos. Teste respiratório com lactulose: elevação de hidrogênio de 20 ppm acima do basal em 90 minutos, metano 9 ppm. Endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais: mucosa de aspecto normal, histologia sem alterações significativas. Realizado aspirado duodenal durante endoscopia com cultura quantitativa evidenciando  $10^6$  unidades formadoras de colônia/mL, com predomínio de Escherichia coli e Klebsiella.

Assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação diagnóstica e da fisiopatologia subjacente mais prováveis nesse caso.

- (A) Síndrome do intestino irritável com predomínio de diarreia, desencadeada por dismotilidade intestinal secundária ao diabetes mellitus e uso crônico de metformina.
- (B) Supercrescimento bacteriano do intestino delgado secundário a neuropatia autonômica diabética com comprometimento do complexo motor migratório e gastroparesia associada.
- (C) Doença celíaca com sorologia negativa por deficiência seletiva de IgA, cursando com má absorção e alterações da microbiota intestinal.
- (D) Insuficiência pancreática exócrina secundária ao diabetes mellitus de longa data, resultando em má digestão de carboidratos e proliferação bacteriana colônica.
- (E) Giardíase crônica com colonização duodenal, manifestando-se com distensão abdominal, diarreia e deficiência de vitamina B12 por competição parasitária.

28

Mulher de 63 anos comparece à consulta de cardiologia para avaliação de palpitações intermitentes. Relata episódios recorrentes de palpitações irregulares nos últimos dois anos, com duração variável entre 30 minutos e 4 horas, ocorrendo mensalmente.

Durante alguns episódios, realizou eletrocardiograma que documentou fibrilação atrial. Possui smartwatch que registrou múltiplos episódios de frequência cardíaca irregular acima de 120 bpm, durando entre 45 minutos e 5 horas, totalizando aproximadamente 6% do tempo monitorado no último mês.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica controlada com losartana 50 mg/dia, obesidade grau I (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>). Nega diabetes, dislipidemia, insuficiência cardíaca, tabagismo, doença vascular ou eventos tromboembólicos prévios. Não apresenta sangramentos prévios nem contra-indicações à anticoagulação.

Exame físico: frequência cardíaca 76 bpm, ritmo regular; pressão arterial 128/82 mmHg. Exames complementares: eletrocardiograma atual em ritmo sinusal; ecocardiograma transtorácico com átrio esquerdo 32 mL/m<sup>2</sup> (VR até 34), fração de ejeção 62%, sem valvopatias significativas. Calculados os escores: CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 ponto (hipertensão) e HAS-BLED = 1 ponto (hipertensão controlada).

Considerando os achados clínicos e os escores de risco apresentados, a conduta mais apropriada em relação à anticoagulação oral é

- (A) iniciar anticoagulação oral com anticoagulante direto em dose plena, pois qualquer pontuação  $\geq 1$  no CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc já indica benefício na prevenção de AVC.
- (B) iniciar ácido acetilsalicílico em baixa dose, como alternativa segura à anticoagulação oral, diante do risco tromboembólico intermediário.
- (C) iniciar anticoagulação oral com warfarina ajustada para RNI alvo de 2,0 a 3,0, uma vez que a fibrilação atrial está documentada por ECG e há múltiplos episódios recorrentes.
- (D) não iniciar anticoagulação oral no momento, pois a paciente apresenta baixo risco tromboembólico (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 ponto não relacionado ao sexo), devendo ser mantida vigilância clínica e reavaliação periódica.
- (E) indicar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo como alternativa à anticoagulação imediata, uma vez que a paciente já apresenta FA documentada.

**29**

Homem de 58 anos, previamente hipertenso e dislipidêmico, é encaminhado para avaliação cardiológica após diagnóstico recente de fibrilação atrial persistente detectada em exame de rotina. Relata episódios prévios de palpitações leves, mas atualmente encontra-se assintomático, negando dispneia, tontura ou dor torácica. Usa losartana 50 mg/dia e atorvastatina 20 mg/dia. Nega tabagismo, etilismo, diabetes ou cardiopatia estrutural prévia.

Ao exame físico: frequência cardíaca 92 bpm, pressão arterial 126/78 mmHg, ritmo irregular, sem sopros.

Ecocardiograma transtorácico: átrio esquerdo 38 mm, fração de ejeção 62%, sem valvopatias significativas. Função tireoidiana, renal e eletrolítica normais. ECG confirma fibrilação atrial com resposta ventricular média de 90 bpm.

Considerando o quadro clínico e os achados complementares, a conduta inicial mais apropriada no manejo da fibrilação atrial, entre controle de ritmo e controle de frequência, é

- (A) manter controle de frequência com betabloqueador, visto que o paciente está assintomático e com resposta ventricular adequada.
- (B) indicar cardioversão elétrica eletiva após anticoagulação adequada, como tentativa inicial de restabelecimento e manutenção do ritmo sinusal.
- (C) iniciar amiodarona oral para controle de frequência, uma vez que a fibrilação atrial é persistente e pode evoluir para taquicardiomioatria.
- (D) manter conduta expectante sem intervenção farmacológica, pois o paciente encontra-se assintomático e com boa função ventricular.
- (E) iniciar controle de ritmo farmacológico com amiodarona como primeira opção para restauração e manutenção do ritmo sinusal.

**30**

Homem de 67 anos procura o pronto atendimento devido a dois episódios de evacuação de fezes enegrecidas nas últimas 24 horas. Relata discreta náusea e sensação de fraqueza, sem dor abdominal ou hematêmese. Tem histórico de hipertensão arterial e osteoartrose, em uso de losartana e anti-inflamatório não esteroide de forma intermitente. Nega história prévia de anemia.

Ao exame físico: paciente em bom estado geral, consciente, hidratado, pressão arterial 122/76 mmHg, frequência cardíaca 98 bpm, sem sinais de hipotensão ortostática. Abdome flácido, indolor, sem visceromegalias. Toque retal revela fezes escurecidas e pastosas. Hemoglobina atual: 8,5 g/dL (prévia há 3 meses: 13,2 g/dL), ureia 58 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, tempo de protrombina normal.

Considerando o quadro clínico e o manejo inicial apropriado da hemorragia digestiva em paciente hemodinamicamente estável, a conduta mais adequada é

- (A) manter jejum, iniciar infusão venosa de inibidor de bomba de prótons e agendar endoscopia digestiva alta em até 24 horas.
- (B) manter jejum, realizar passagem de sonda nasogástrica em sifonagem e solicitar endoscopia após 48 horas.
- (C) manter jejum, iniciar octreotídeo e antibioticoterapia profilática, além de endoscopia urgente nas próximas 6 horas.
- (D) iniciar metoclopramida para preparo gástrico, liberar dieta após melhora dos sintomas e solicitar endoscopia ambulatorial.
- (E) transfundir concentrado de hemácias e agendar endoscopia após estabilização clínica.

**31**

Homem de 54 anos é levado ao pronto-socorro após episódio de hematemese volumosa há cerca de 30 minutos. Relata história de etilismo crônico e diagnóstico prévio de hepatite C, sem acompanhamento médico regular. Nas últimas semanas notou aumento do volume abdominal e edema em membros inferiores.

Ao exame físico: paciente pálido, sudoreico, consciente, orientado, pressão arterial 94/60 mmHg, frequência cardíaca 112 bpm, saturação de O<sub>2</sub> 97% em ar ambiente. Apresenta circulação colateral abdominal, telangiectasias em tronco e discreta ascite. Toque retal revela melena. Hemoglobina: 8,1 g/dL; plaquetas: 78.000/mm<sup>3</sup>; INR: 1,6; ureia: 68 mg/dL; creatinina: 1,1 mg/dL.

Considerando o quadro clínico e as recomendações atuais, a conduta inicial mais apropriada no manejo da hemorragia digestiva com suspeita de origem varicosa é

- (A) iniciar infusão intravenosa de inibidor de bomba de prótons e solicitar endoscopia digestiva alta nas próximas 24 horas.
- (B) manter jejum, iniciar infusão contínua de octreotídeo, mas adiar antibioticoprofilaxia até confirmação endoscópica.
- (C) manter jejum, iniciar infusão contínua de octreotídeo e antibioticoterapia profilática, além de estabilização hemodinâmica com reposição volêmica criteriosa e endoscopia nas primeiras 12 horas.
- (D) administrar vitamina K e plasma fresco congelado, visando correção do INR e melhora da coagulação.
- (E) realizar passagem de sonda nasogástrica para lavagem gástrica e liberar dieta líquida após estabilização clínica.

**32**

Paciente do sexo feminino, 68 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, procura atendimento dermatológico referindo prurido intenso há aproximadamente 8 meses, predominantemente em membros superiores e inferiores, tronco e região dorsal. Relata que o prurido se intensifica no período noturno, prejudicando significativamente a qualidade do sono. Nega febre, perda ponderal ou sudorese noturna.

História patológica pregressa: rinite alérgica desde a infância. Ao exame físico dermatológico: múltiplas pápulas e nódulos eritematosos, alguns com centro esbranquiçado e bordas hiperpigmentadas, medindo entre 0,5 e 2 cm de diâmetro, distribuídos simetricamente em superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores, face anterior do tronco e região lombar. Observam-se escoriações, crostas hemáticas e áreas de liquenificação sobre algumas lesões. Presença do "sinal da borboleta" no dorso, caracterizado por área relativamente poupada de lesões na região toracolombar mediana de difícil alcance manual. Ausência de lesões em face, palmas e plantas.

Exames laboratoriais: hemoglobina 13,2 g/dL, leucócitos 7.800/mm<sup>3</sup> (eosinófilos 6%, linfócitos 28%, neutrófilos 62%), plaquetas 245.000/mm<sup>3</sup>, ureia 38 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, TGO 28 U/L, TGP 32 U/L, fosfatase alcalina 82 U/L, bilirrubinas totais 0,8 mg/dL, IgE total 680 UI/mL (VR: < 100 UI/mL), TSH 2,1 mUI/L. Biópsia cutânea de lesão nodular: hiperceratose, acantose irregular, discreta espongioses, fibrose dérmica superficial e infiltrado inflamatório perivascular constituído predominantemente por linfócitos e eosinófilos.

Considerando o quadro clínico, os achados laboratoriais e histopatológicos, assinale a afirmativa correta a respeito da hipótese diagnóstica e das características associadas.

- (A) Prurigo crônico nodular, condição caracterizada por prurido persistente por mais de seis semanas com lesões pruriginosas múltiplas, frequentemente associada a diátese atópica em aproximadamente metade dos casos.
- (B) Dermatite atópica do adulto em sua forma prurigoide, com indicação de suspensão imediata de anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora de angiotensina como provável fator causal do prurido.
- (C) Linfoma cutâneo de células T em estágio inicial, sendo a eosinofilia periférica e elevação de ige marcadores diagnósticos patognomônicos desta neoplasia cutânea.
- (D) Urticária crônica espontânea com componente dermatográfico, necessitando investigação para causas autoimunes através de dosagem de anticorpos antitireoidianos e fator antinuclear.
- (E) Líquen plano hipertrófico generalizado, sendo o sinal da borboleta característica específica desta dermatose e indicativo de comprometimento sistêmico associado.

**33**

Paciente do sexo feminino, 32 anos, procura atendimento dermatológico referindo surgimento, há 5 dias, de lesões dolorosas em membros inferiores, precedidas, há duas semanas, por quadro de odinofagia, febre baixa e mal-estar geral, que melhoraram espontaneamente. Relata artralgia em tornozelos e joelhos nos últimos 3 dias, sem edema articular evidente. Nega uso de medicações, exceto contraceptivo oral combinado nos últimos 6 meses. Nega viagens recentes, perda ponderal, sintomas respiratórios persistentes ou alterações do hábito intestinal.

Antecedentes pessoais: asma leve intermitente.

Ao exame físico: bom estado geral, eupneica, temperatura axilar 37,8 °C, frequência cardíaca 88 bpm, pressão arterial 120/75 mmHg. Orofaringe sem alterações no momento do exame.

Exame dermatológico: presença de múltiplos nódulos eritematosos, levemente elevados, quentes e extremamente dolorosos à palpação, medindo entre 2 e 4 cm de diâmetro, localizados bilateralmente em regiões pré-tibiais e face anterior das pernas, sem ulceração ou drenagem. Ausência de lesões em outras topografias. Membros inferiores sem edema ou sinais flogísticos em articulações.

Exames laboratoriais: hemoglobina 13,8 g/dL, leucócitos 10.200/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 68%, linfócitos 24%, eosinófilos 2%), plaquetas 298.000/mm<sup>3</sup>, velocidade de hemossedimentação 48 mm/1<sup>ª</sup> hora, proteína C reativa 32 mg/L (VR: < 5 mg/L). Radiografia de tórax: sem alterações do parênquima pulmonar ou linfonodomegalias hilares.

Considerando o quadro clínico e os achados complementares, assinale a afirmativa correta a respeito da hipótese diagnóstica mais provável e da principal etiologia associada.

- (A) Vasculite cutânea de pequenos vasos induzida por contraceptivo oral, caracterizada por nódulos dolorosos bilaterais em membros inferiores com reação de hipersensibilidade tipo III mediada por imunocomplexos.
- (B) Poliarterite nodosa cutânea, caracterizada por vasculite necrosante de artérias de médio calibre manifestando-se por nódulos subcutâneos dolorosos em membros inferiores com livedo reticular associado.
- (C) Linfoma cutâneo de células B manifestando-se como infiltrados subcutâneos nodulares eritematosos em membros inferiores, com elevação de marcadores inflamatórios inespecíficos sugerindo processo linfoproliferativo.
- (D) Eritema indurado de Bazin, caracterizado por paniculite lobular associada à tuberculose, manifestando-se por nódulos eritematosos em face posterior das pernas com tendência à ulceração e drenagem.
- (E) Eritema nodoso de provável etiologia estreptocócica, caracterizado por paniculite septal sem vasculite, manifestando-se como nódulos eritematosos dolorosos bilaterais em regiões pré-tibiais, precedido por faringite.

34

Paciente do sexo masculino, 28 anos, portador de doença de Crohn diagnosticada há 6 anos, com acometimento ileocolônico, comparece à consulta gastroenterológica referindo piora progressiva da dor abdominal nos últimos 3 meses, associada a diarreia líquida (6-8 evacuações/dia), perda ponderal de 8 kg no período, distensão abdominal e flatulência excessiva. Há 2 meses, desenvolveu drenagem de material fecaloide por orifício cutâneo em flanco direito, adjacente a cicatriz de laparotomia prévia (ressecção ileocecal realizada há 3 anos). Nega febre, mas relata episódios de calafrios noturnos. Em uso irregular de azatioprina 150 mg/dia nos últimos 18 meses, sem outras medicações.

Antecedentes cirúrgicos: ressecção ileocecal com anastomose ileocolônica há 3 anos por estenose fibrótica refratária.

Ao exame físico: emagrecido (IMC 18,5 kg/m<sup>2</sup>), descolorado +/4+, desidratado +/4+. Abdomen: presença de orifício fistuloso em flanco direito drenando secreção fecaloide, com pele perilesional hiperemiada, sem sinais de abscesso palpável. Abdomen difusamente doloroso à palpação, sem defesa ou descompressão brusca dolorosa.

Exames laboratoriais: hemoglobina 9,8 g/dL, VCM 78 fL, leucócitos 12.800/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 76%, linfócitos 18%), plaquetas 485.000/mm<sup>3</sup>, albumina 2,8 g/dL, proteína C reativa 68 mg/L (VR: < 5 mg/L), calprotectina fecal 850 mcg/g (VR: < 50 mcg/g), vitamina B12 150 pg/mL (VR: 200-900), ácido fólico 22 ng/mL (VR: 2-20). Tomografia de abdome e pélvis com contraste: espessamento parietal do íleo terminal e cólon ascendente, trajeto fistuloso entre alça ileal e parede abdominal anterior (fistula enterocutânea), sem coleções intra-abdominais. Teste respiratório com lactulose: elevação de hidrogênio de 28 ppm acima do basal em 75 minutos.

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem e laboratoriais, a abordagem terapêutica mais adequada para esse paciente inclui

- (A) drenagem cirúrgica urgente da fistula enterocutânea com ressecção do segmento intestinal acometido, seguida de terapia de manutenção com azatioprina isolada após recuperação pós-operatória.
- (B) início de terapia combinada com infliximabe e azatioprina para indução de remissão da doença de Crohn e fechamento da fistula, associado a antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol para supercrescimento bacteriano.
- (C) substituição de azatioprina por metotrexato intramuscular semanal como monoterapia de indução, reservando terapia biológica apenas para casos refratários ao metotrexate em 12 semanas.
- (D) corticoterapia com prednisona 60 mg/dia para controle da atividade inflamatória intestinal, com drenagem cirúrgica eletiva da fistula após estabilização clínica e normalização de marcadores inflamatórios.
- (E) vedolizumabe em monoterapia para indução de remissão, evitando imunomoduladores devido ao risco aumentado de infecções em pacientes com fistulas enterocutâneas ativas e desnutrição grave.

35

Paciente do sexo feminino, 32 anos, previamente hígida, procura atendimento em pronto-socorro referindo febre alta diária há 3 semanas, com pico vespertino chegando a 39,5 °C, seguido de defervescência espontânea e sudorese profusa. Associa artralgia intensa em punhos, joelhos e tornozelos bilateralmente, além de odinofagia e *rash* cutâneo evanescente que surge concomitante aos picos febris, predominando em tronco e membros. Nega perda ponderal significativa, sintomas respiratórios persistentes, uso de medicações recentes ou viagens. Antecedentes pessoais e familiares sem particularidades.

Ao exame físico: temperatura axilar 39,2 °C, frequência cardíaca 110 bpm, pressão arterial 110/70 mmHg. Regular estado geral, corada, hidratada. Orofaringe hiperemizada sem exsudato. Presença de exantema maculopapular eritematoso, evanescente, em tronco e face interna de coxas, não prúiginoso. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdômen: fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, baço palpável a 1 cm do rebordo costal esquerdo, indolores. Exame articular: edema e dor à mobilização de punhos, joelhos e tornozelos bilateralmente, sem deformidades. Exames laboratoriais: hemoglobina 10,2 g/dL, VCM 82 fL, leucócitos 18.500/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 88%, linfócitos 8%), plaquetas 520.000/mm<sup>3</sup>, velocidade de hemossedimentação 95 mm/1<sup>ª</sup> hora, proteína C reativa 145 mg/L (VR: < 5 mg/L), ferritina 8.200 ng/mL (VR: 15-150), fração glicosilada da ferritina 12% (VR: >20%), transaminases (TGO 85 U/L, TGP 92 U/L), bilirrubinas normais, função renal normal. Fator reumatoide negativo, FAN negativo, anti-CCP negativo. Hemoculturas (3 amostras): negativas. Sorologias para HIV, hepatites B e C, Epstein-Barr, citomegalovírus: negativas. Radiografia de tórax: sem alterações. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico laminar.

Considerando o quadro clínico e os achados laboratoriais e de imagem, a hipótese diagnóstica mais provável e os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados são

- (A) doença de Still do adulto, sendo os principais diagnósticos diferenciais sepse oculta, neoplasias hematológicas e síndrome hemofagocítica, todos cursando com febre, leucocitose e hiperferritinemia.
- (B) lúpus eritematoso sistêmico em atividade, sendo os principais diagnósticos diferenciais endocardite infecciosa e linfoma não-Hodgkin, ambos caracterizados por febre prolongada e citopenia.
- (C) artrite reumatoide soropositiva de início agudo, sendo os principais diagnósticos diferenciais febre reumática e doença mista do tecido conjuntivo, ambas com poliartrite e marcadores inflamatórios elevados.
- (D) endocardite infecciosa com hemoculturas negativas, sendo os principais diagnósticos diferenciais tuberculose disseminada e brucelose, todas cursando com febre vespertina e hepatoesplenomegalia.
- (E) síndrome de ativação macrofágica primária, sendo os principais diagnósticos diferenciais leucemia aguda e mielofibrose, todas apresentando leucocitose, trombocitose e organomegalias.

**36**

Mulher de 62 anos com diagnóstico de adenocarcinoma ductal de pâncreas, submetida a quimioterapia paliativa (último ciclo há 8 semanas), foi internada por infecção urinária complicada. Recebeu antibioticoterapia e analgesia, evoluindo com controle do quadro infeccioso e melhora da dor, encontrando-se agora assintomática e em condições de alta hospitalar.

Histórico adicional: mantém atividade ambulatorial preservada, sem sangramentos recentes nem trombose prévia. Exames: hemoglobina 9,1 g/dL (prévia há 3 meses: 13,0 g/dL), plaquetas 210.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 0,8 mg/dL.

Na avaliação do risco de tromboembolismo venoso (TEV) pelo escore de Khorana, a paciente pontuou 2 pontos por câncer de pâncreas e 1 ponto por hemoglobina <10 g/dL. Durante o round clínico, discutiu-se a necessidade de manter profilaxia primária de TEV após a alta hospitalar.

Considerando as recomendações atuais sobre prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes com câncer, a conduta mais adequada é

- (A) não manter profilaxia na alta, pois o risco de TEV é baixo após resolução da infecção.
- (B) não manter profilaxia na alta devido ao risco aumentado de sangramento em pacientes com câncer avançado.
- (C) manter profilaxia primária após a alta com heparina de baixo peso molecular em dose profilática, enquanto houver câncer em atividade e risco aumentado de TEV.
- (D) manter profilaxia com apixabana na dose de 5 mg duas vezes ao dia, considerando a elevada incidência de TEV no câncer de pâncreas.
- (E) não manter profilaxia, pois o risco trombótico diminui significativamente após o término da quimioterapia.

**37**

Homem de 68 anos com adenocarcinoma colorretal metastático em fígado, em quimioterapia paliativa há 9 meses, foi diagnosticado com trombose venosa profunda (TVP) em membro inferior esquerdo há 6 meses. Desde então, faz uso de apixabana 5 mg duas vezes ao dia, com boa adesão e sem sangramentos.

Atualmente está clinicamente estável, sem edema residual, mantendo quimioterapia ativa e função hepática e renal normais. IMC: 27 kg/m<sup>2</sup>. Durante a visita de seguimento, discute-se a conduta em relação à profilaxia secundária do tromboembolismo venoso (TEV) após completar 6 meses de anticoagulação plena.

Considerando as evidências e recomendações atuais, a conduta mais adequada é

- (A) suspender a anticoagulação, pois o risco trombótico após seis meses de tratamento é baixo.
- (B) manter anticoagulação em dose plena com apixabana 5 mg duas vezes ao dia, pois o câncer colorretal e a quimioterapia justificam proteção máxima contra recorrência.
- (C) reduzir a dose da apixabana para 2,5 mg duas vezes ao dia, mantendo anticoagulação prolongada enquanto persistirem o câncer ativo e a quimioterapia.
- (D) trocar o anticoagulante oral direto por heparina de baixo peso molecular em dose profilática, considerando o tempo de uso prévio de DOAC.
- (E) não manter profilaxia, pois o risco de sangramento supera o benefício em pacientes com câncer gastrointestinal.

**38**

Mulher, 52 anos, com artrite reumatoide em uso de prednisona 20 mg/dia há 3 anos, é internada com febre, sudorese noturna e emagrecimento de 12 kg nos últimos 2 meses.

Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa, linfonodomegalia cervical e hepatosplenomegalia. A investigação confirmou tuberculose disseminada e foi iniciado esquema RIPE. No quinto dia de tratamento, evoluiu com icterícia, náuseas intensas e vômitos, sendo suspensa a medicação tuberculostática.

Exames laboratoriais revelaram AST 420 U/L, ALT 380 U/L, bilirrubina total 4,2 mg/dL, albumina 2,1 g/dL, hemoglobina 8,5 g/dL e linfócitos totais 800/mm<sup>3</sup>. Durante a internação, apresentou hipotensão ortostática persistente, hiperpigmentação cutânea difusa e astenia intensa.

Novos exames mostraram sódio 128 mEq/L, potássio 5,8 mEq/L, glicemia 62 mg/dL e cortisol sérico às 8h de 3,2 mcg/dL. Após 4 semanas de jejum prolongado devido à intolerância alimentar e vômitos persistentes, a paciente desenvolveu quadro agudo de desorientação temporoespacial, nistagmo horizontal bilateral e ataxia de marcha com base alargada, sendo incapaz de realizar marcha em tandem.

A conduta terapêutica mais apropriada pela descrição do caso é

- (A) instituir corticoterapia com hidrocortisona endovenosa em dose de estresse e avaliar reintrodução gradual do esquema antituberculose modificado após estabilização clínica.
- (B) solicitar ressonância magnética de encéfalo com contraste para investigação de tuberculose do sistema nervoso central e iniciar tratamento empírico com esquema tuberculostático meningoencefálico.
- (C) administrar tiamina 500 mg endovenosa em infusão de 30 minutos três vezes ao dia por dois dias consecutivos, seguida de 250 mg endovenosa diariamente por mais cinco dias.
- (D) iniciar terapia de reposição volêmica com solução glicosada hipertônica para correção da hipoglicemia e hiponatremia, associada a suporte nutricional parenteral.
- (E) realizar hemodiálise de urgência devido à provável encefalopatia urêmica decorrente de insuficiência renal aguda por síndrome hepatorenal.

39

Mulher, 38 anos, com diagnóstico de miastenia gravis há 2 anos, em uso regular de piridostigmina 60 mg a cada 6 horas e prednisona 20 mg em dias alternados, procura o pronto-socorro com queixa de piora progressiva de fraqueza muscular nos últimos 5 dias. Refere que, há uma semana, apresentou tosse produtiva, febre de 38,5 °C e dispneia aos esforços, tendo sido atendida em outra unidade de saúde, onde foi prescrito levofloxacino 750 mg ao dia. Desde então, evoluiu com agravamento da ptose palpebral bilateral, diplopia constante, disfagia para sólidos, disartria e fraqueza proximal em membros superiores com dificuldade para pentear os cabelos. Nega dispneia em repouso, mas relata fadiga aos mínimos esforços.

Ao exame físico, apresenta-se lúcida e orientada, eupneica em ar ambiente, ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base direita, ptose palpebral bilateral acentuada, oftalmoparesia com limitação da abdução ocular bilateral, voz anasalada, fraqueza muscular proximal grau 4 em membros superiores e grau 4+ em membros inferiores. Frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente, capacidade vital forçada de 2,8 litros (85% do predito). Gasometria arterial: pH 7,42, PaCO<sub>2</sub> 38 mmHg, PaO<sub>2</sub> 88 mmHg, HCO<sub>3</sub> 24 mEq/L, SatO<sub>2</sub> 96%. Radiografia de tórax evidenciou infiltrado em lobo inferior direito.

A conduta terapêutica mais apropriada para o caso é

- (A) caracterizar o quadro como crise miastênica, suspender imediatamente a piridostigmina, iniciar ventilação mecânica invasiva profilática e realizar plasmaférese de urgência com cinco trocas em dias alternados.
- (B) suspender o levofloxacino, iniciar amoxicilina-clavulanato 875/125 mg a cada 8 horas, aumentar a dose de piridostigmina para 90 mg a cada 4 horas e considerar imunoglobulina humana endovenosa 2 g/kg dividida em 2 a 5 dias.
- (C) manter o esquema atual de piridostigmina e levofloxacino, adicionar atropina 0,5 mg endovenosa a cada 6 horas para controle dos efeitos colinérgicos e iniciar metilprednisolona 2 g endovenosa ao dia por 2 dias consecutivos.
- (D) caracterizar síndrome colinérgica por superdosagem de piridostigmina, suspender imediatamente o anticolinesterásico, administrar atropina 1 a 2 mg endovenosa em bolus e manter apenas o tratamento antibiótico e corticoterapia.
- (E) internar em unidade de terapia intensiva para monitorização respiratória contínua, aumentar prednisona para 60 mg ao dia, suspender piridostigmina temporariamente e iniciar azatioprina 50 mg ao dia como imunossupressor poupadour de corticoides.

40

Homem, 28 anos, previamente hígido, é atendido no pronto-socorro 15 minutos após ingestão de camarão em restaurante. Refere que, logo após comer, começou a apresentar prurido intenso em palmas das mãos e plantas dos pés, seguido de eritema generalizado, edema de lábios e língua, sensação de aperto na garganta, dificuldade para respirar e tontura. Nega história prévia de alergia alimentar. Ao exame físico, apresenta-se ansioso, com fáicies de angústia, urticária difusa, edema de lábios e língua, estridor laríngeo audível, sibilos difusos à ausculta pulmonar bilateral e pulsos periféricos filiformes. Pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 28 irpm e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente.

A conduta terapêutica mais apropriada para o caso é

- (A) administrar hidrocortisona 200 mg endovenosa imediatamente, difenidramina 50 mg endovenosa, iniciar expansão volêmica vigorosa com cristaloide e transferir para unidade de terapia intensiva para monitorização contínua.
- (B) administrar epinefrina 0,5 mg (0,5 mL de solução 1:1000) via intramuscular na face anterolateral da coxa, posicionar em decúbito dorsal com membros inferiores elevados, oxigenoterapia suplementar, acesso venoso calibroso e expansão volêmica com solução salina.
- (C) administrar metilprednisolona 125 mg endovenosa, prometazina 25 mg intramuscular, salbutamol inalatório e observar por 4 horas antes de considerar liberação hospitalar se houver melhora clínica.
- (D) administrar epinefrina 1 mg (1 mL de solução 1:1000) via endovenosa em bolus lento, seguida de infusão contínua de epinefrina, anti-histamínico endovenoso e corticoide em altas doses.
- (E) iniciar imediatamente ressuscitação cardiopulmonar com compressões torácicas, administrar epinefrina 1 mg endovenosa, intubar orotraquealmente de forma profilática e transferir para unidade de terapia intensiva.

**41**

Mulher, 58 anos, com história de etilismo crônico, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços há 3 meses, associada a aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores. Nega febre, tosse, dor torácica ou perda ponderal.

Ao exame físico, apresenta-se icterica (1+/4+), com aranhas vasculares em tórax anterior, maciez e abolição do murmúrio vesicular na base do hemitórax direito até o terço inferior, abdome globoso com circulação colateral e ascite volumosa, edema com cacofo 2+/4+ em membros inferiores até joelhos. Radiografia de tórax evidencia derrame pleural à direita ocupando aproximadamente 40% do hemitórax. Toracocentese realizada obteve 1200 mL de líquido citrino, não purulento.

Exames do líquido pleural: aspecto translúcido amarelo-citrino, pH 7,48, densidade 1,010, proteína total 2,1 g/dL, glicose 95 mg/dL, LDH 85 UI/L, colesterol 38 mg/dL, triglicerídeos 45 mg/dL, contagem de células 180 células/mm<sup>3</sup> (linfócitos 65%, neutrófilos 20%, células mesoteliais 15%), ausência de hemácias.

Exames séricos simultâneos: proteína total 5,8 g/dL, albumina 2,3 g/dL, LDH 180 UI/L (valor de referência até 200 UI/L), bilirrubina total 3,2 mg/dL (direta 2,1 mg/dL), AST 98 UI/L, ALT 76 UI/L, INR 1,8.

O diagnóstico mais provável, pela descrição do caso e pela análise do líquido pleural, é

- (A) derrame pleural parapneumônico não complicado secundário a pneumonia bacteriana de evolução subaguda com apresentação oligosintomática.
- (B) hidrotórax hepático secundário a cirrose hepática descompensada com hipertensão portal e ascite.
- (C) derrame pleural neoplásico por carcinomatose pleural secundária a neoplasia primária oculta.
- (D) tuberculose pleural com apresentação atípica em paciente imunodeprimida por hepatopatia crônica avançada.
- (E) síndrome nefrótica com anasarca e derrame pleural bilateral por hipoalbuminemia grave.

**42**

Mulher de 55 anos comparece à consulta de rotina e relata estilo de vida sedentário, mas nega tabagismo, hipertensão, diabetes ou antecedentes pessoais ou familiares de doença cardiovascular prematura.

Exame físico sem alterações relevantes. Colesterol total: 255 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 166 mg/dL; triglicerídeos: 140 mg/dL. Índice de massa corporal: 26 kg/m<sup>2</sup>. Pressão arterial: 124/78 mmHg.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – SBC 2025, a conduta mais adequada para essa paciente é

- (A) iniciar estatina de alta potência imediatamente, visando redução de pelo menos 50% do LDL.
- (B) iniciar tratamento não farmacológico e manter acompanhamento sem necessidade de reavaliação laboratorial precoce.
- (C) iniciar estatina de moderada potência associada a ezetimiba, com meta de LDL inferior a 50 mg/dL.
- (D) estimar o risco cardiovascular global e, se classificada como risco baixo, orientar mudanças de estilo de vida com reavaliação laboratorial em 3 meses.
- (E) solicitar escore de cálcio coronariano antes de qualquer conduta, por se tratar de mulher com LDL elevado.

**43**

Homem de 51 anos comparece à consulta ambulatorial trazendo exames solicitados em check-up. É assintomático, não fuma, não é diabético e nega história familiar de doença cardiovascular precoce. Relata prática regular de atividade física cinco vezes por semana e segue dieta equilibrada.

Ao exame físico: pressão arterial de 130 x 80 mmHg, IMC de 27 kg/m<sup>2</sup>. Exames laboratoriais: colesterol total 240 mg/dL, HDL 48 mg/dL, LDL 160 mg/dL, triglicerídeos 160 mg/dL, glicemia e função hepática normais. Ultrassonografia abdominal revelou esteatose hepática leve.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – SBC 2025, a conduta mais apropriada para esse paciente é

- (A) iniciar estatina de alta potência e ezetimiba, visando LDL < 55 mg/dL, por se tratar de risco muito alto.
- (B) orientar apenas mudanças de estilo de vida com reavaliação laboratorial em 6 meses, pois o LDL não é crítico.
- (C) solicitar escore de cálcio coronariano apenas se a estratificação de risco for incerta, o que não se aplica neste caso.
- (D) considerar o paciente de risco intermediário, com meta de LDL inferior a 100 mg/dL, e iniciar estatina de moderada potência associada a mudanças de estilo de vida.
- (E) repetir o perfil lipídico em 12 meses e manter acompanhamento clínico, pois não há lesões de órgão-alvo.

**44**

Mulher de 50 anos com lúpus eritematoso sistêmico em uso de prednisona 10 mg/dia e micofenolato mofetil comparece à consulta para atualização vacinal. Está clinicamente estável e sem histórico de infecções recentes. Não há contra-indicação momentânea à vacinação. Não possui registro prévio de vacinas pneumocócicas ou contra herpes zoster.

Considerando sua faixa etária e condição clínica, a orientação vacinal mais adequada, de acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI) 2024/2025, é

- (A) iniciar vacina contra herpes zoster com a vacina atenuada (Zostavax®), pois é mais imunogênica nesse grupo.
- (B) aplicar apenas a VPC20, pois imunossuprimidos não devem receber esquemas sequenciais com VPP23.
- (C) administrar a vacina recombinante inativada contra herpes-zóster (VZR, Shingrix®) em duas doses, associada à VPC20 em dose única, além da vacina anual contra influenza.
- (D) contra-indicar qualquer vacinação no momento devido ao uso de imunossupressores.
- (E) administrar VPP23 e VZR concomitantemente, além de dTpa com intervalo de 30 dias entre as doses.

**45**

Homem de 68 anos, previamente hígido, comparece à consulta para planejamento de viagem à América Central, com partida prevista para daqui a 20 dias. Relata ter recebido vacinas contra COVID-19 e influenza no último ano, mas não sabe informar se foi vacinado contra febre amarela ou hepatite A. Nega alergias, uso de imunossupressores ou comorbidades.

Com base nas recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) 2024/2025, a conduta mais apropriada é

- (A) indicar vacinas contra hepatite B, meningocócica ACWY e dTpa-VIP.
- (B) aplicar vacina de febre amarela sem avaliação prévia do risco individual, pois é obrigatória para viagens internacionais.
- (C) considerar vacinação contra febre amarela, hepatite A e atualizar tríplice bacteriana (dTpa), conforme o risco epidemiológico e o estado vacinal.
- (D) contraindicar a vacina contra febre amarela pelo risco etário e recomendar apenas influenza e COVID-19 antes da viagem.
- (E) aplicar SCR (tríplice viral), pois surtos recentes na América Central justificam dose extra acima de 60 anos.

**46**

Homem de 34 anos comparece à consulta com quadro de astenia, fadiga e queda de rendimento físico há cerca de 4 meses. Nega diarreia, dor abdominal, perda de peso ou sangramento digestivo. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 10,2 g/dL, VCM 72 fL, ferritina de 8 ng/mL e saturação de transferrina de 5%. Foi iniciado tratamento com ferro oral, sem resposta após 3 meses.

Diante da persistência do quadro, foram solicitados exames complementares, incluindo sorologias e biópsia de duodeno, cujo laudo descreve: “achatamento das vilosidades, hiperplasia das criptas e infiltrado linfocitário intraepitelial difuso.”

Diante do quadro apresentado, a conduta mais apropriada é

- (A) manter ferro oral por mais três meses e realizar endoscopia apenas se persistir anemia.
- (B) iniciar corticoterapia oral e realizar colonoscopia para afastar doença inflamatória intestinal.
- (C) solicitar exames parasitológicos seriados e considerar deficiência de zinco associada.
- (D) iniciar dieta isenta de glúten e encaminhar para avaliação nutricional especializada.
- (E) prescrever ferro venoso e investigar talassemia minor com eletroforese de hemoglobina.

**47**

Mulher de 40 anos comparece à consulta por quadro de fadiga persistente e indisposição para atividades cotidianas. Está em uso de ferro oral há quatro meses para tratamento de anemia ferropriva (hemoglobina 9,8 g/dL; VCM 70 fL; ferritina 6 ng/mL), com pouca melhora clínica e laboratorial.

Refere distensão e gases abdominais frequentes, especialmente após as refeições, sintomas presentes há mais de seis meses. Nas últimas três semanas, passou a apresentar episódios de diarreia intermitente, com fezes pastosas e presença de muco, sem sangue ou febre. Nega uso recente de antibióticos ou sangramento digestivo. Ao exame, encontra-se pálida, com leve dor à palpação do quadrante inferior esquerdo.

Diante do quadro descrito, a próxima etapa mais apropriada na investigação diagnóstica consiste em

- (A) solicitar coprocultura e parasitológico de fezes para pesquisa de causas infecciosas e parasitárias.
- (B) investigar intolerância à lactose com teste de hidrogênio expirado e dieta de exclusão.
- (C) solicitar sorologia com IgA total e anticorpos IgA anti-transglutaminase tecidual, além de avaliação endoscópica com biópsia duodenal.
- (D) realizar colonoscopia com biópsias múltiplas por suspeita de colite microscópica associada à síndrome do intestino irritável.
- (E) prescrever probióticos e antiespasmódicos e acompanhar evolução clínica, considerando quadro funcional.

**48**

Homem de 43 anos, previamente hígido, comparece ao ambulatório relatando ter tido relação sexual desprotegida com parceiro ocasional há 48 horas. Refere não apresentar sintomas no momento, mas está preocupado com a possibilidade de ter contraído infecção sexualmente transmissível. Nega uso de antibióticos recentes ou de medicações antivirais.

A conduta mais adequada consiste em

- (A) iniciar profilaxia pós-exposição com antirretrovirais, prescrever doxiciclina e azitromicina, além de solicitar sorologias para HIV, hepatite B e C, e sífilis.
- (B) iniciar profilaxia pré-exposição para HIV, prescrever ceftriaxona e azitromicina e agendar sorologias para 30 dias.
- (C) prescrever profilaxia empírica para clamídia e gonorreia e solicitar sorologias e PCR para HIV, hepatites e sífilis, aguardando resultado antes de iniciar antirretrovirais.
- (D) iniciar esquema de profilaxia pós-exposição com antirretrovirais, vacinar contra hepatite B se não imunizado, solicitar sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C, e prescrever ceftriaxona e azitromicina.
- (E) prescrever apenas ceftriaxona e azitromicina e observar clinicamente, pois o tempo de exposição é inferior a 72 horas e o risco é incerto.

**49**

Homem de 66 anos, previamente hígido, foi atendido há duas semanas com quadro de monoartrite aguda no hálux direito, com dor intensa, edema e hiperemia. Foi tratado com anti-inflamatório não esteroidal, com melhora completa dos sintomas. Agora retorna para seguimento. Está assintomático e traz exames com ácido úrico de 6,5 mg/dL e função renal normal. Nega crises prévias semelhantes.

A conduta ambulatorial mais adequada é

- (A) iniciar allopurinol, pois valores acima de 6 mg/dL indicam necessidade de tratamento hipouricemiante.
- (B) prescrever dieta pobre em purinas e iniciar colchicina de manutenção.
- (C) não iniciar tratamento hipouricemiante neste momento, mas orientar modificações no estilo de vida, incluindo dieta adequada e hidratação, e acompanhar com nova dosagem em três meses.
- (D) solicitar punção articular para confirmação diagnóstica, considerando que o ácido úrico está próximo aos valores de referência.
- (E) considerar diagnóstico de artrite reumatoide e encaminhar para avaliação reumatológica.

**50**

Mulher de 71 anos, previamente hígida e funcional, comparece à consulta ambulatorial referindo episódios recorrentes de disúria e polaciúria nos últimos seis meses, todos resolvidos com antibióticos prescritos em pronto-atendimentos. Nega febre, dor lombar, corrimento vaginal ou hematúria. Não apresenta incontinência urinária, não é diabética e não faz uso de imunossupressores. Não há disfunção cognitiva.

Exames anteriores mostram urocultura positiva em três episódios distintos, com intervalo superior a quatro semanas entre eles. No momento, está assintomática.

A conduta mais adequada nesse momento consiste em

- (A) prescrever nitrofurantoína por sete dias e solicitar ultrassonografia de vias urinárias com urgência.
- (B) iniciar antibioticoprophylaxia diária com fosfomicina por três meses, considerando o diagnóstico de infecção urinária recorrente em idosa.
- (C) recomendar aumento da ingestão hídrica para dois a três litros diários, realizar avaliação ginecológica e considerar uso de estrogênio vaginal se houver atrofia vulvovaginal.
- (D) orientar uso contínuo de produto à base de *cranberry* e manter acompanhamento com urocultura de controle a cada seis meses.
- (E) iniciar ciprofloxacin em dose plena por 14 dias, seguido de dose profilática por três meses.

Realização

