



RESIDÊNCIA 2009 MÉDICA

25/11/08

CLÍNICA MÉDICA

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Reumatologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza peça ao aplicador de prova entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apostilas, a qualquer outro material ou a pessoas.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de 4 horas, incluindo o tempo para as instruções e o preenchimento do cartão-resposta.

— QUESTÃO 01 —

Num pronto-socorro, é atendida uma jovem com arritmias graves devido à intoxicação aguda por cocaína. Nesse caso, o anti-arrítmico de escolha deve ser:

- (A) Lidocaína
- (B) Propranolol
- (C) Propafenona
- (D) Verapamil

— QUESTÃO 02 —

Um paciente com infarto agudo do miocárdio em parede lateral alta deverá apresentar um supradesnivelamento de ST-T no eletrocardiograma nas derivações

- (A) V1 e V2.
- (B) V3 e V4.
- (C) D2, D3, aVF.
- (D) D1, aVL.

— QUESTÃO 03 —

Existe indicação formal para implante de marcapasso cardíaco definitivo, quando há

- (A) BAV total no 4º dia pós-infarto agudo do miocárdio.
- (B) BAV total no 6º dia pós-cirurgia cardíaca.
- (C) BAV do 1º grau, irreversível, supra-hissiano.
- (D) BAV do 2º grau, Mobitz II.

— QUESTÃO 04 —

Na miocardiopatia hipertrófica, com estenose subaórtica dinâmica, o melhor tratamento se dá com os

- (A) betabloqueadores.
- (B) diuréticos tiazídicos.
- (C) nitratos de longa duração.
- (D) digitálicos em baixas doses.

— QUESTÃO 05 —

Nas dislipidemias,

- (A) as estatinas, ezetimibe e os fibratos estão indicados para hipercolesterolemia isolada.
- (B) a associação de estatinas com ezetimibe é a escolha ideal para o tratamento da hipertrigliceridemia isolada.
- (C) as estatinas têm mostrado os melhores resultados na redução de eventos cardiovasculares.
- (D) os fibratos são contra-indicados para pacientes com hipertrigliceridemia.

— QUESTÃO 06 —

Homem de 65 anos, ex-tabagista, sedentário, pais com doença coronária após os 60 anos, apresentou, no último ano, alguns episódios de dor no queixo e nos dois braços durante subida de ladeira ou escada. Ao longo dos meses, procurou limitar suas atividades por piora da resistência. Altura – 1,72m; Peso – 73kg. PA – 164X94mmHg. FC – 92bpm. Corado, sem edemas; pulsos palpáveis e simétricos. No exame do precórdio, apresenta ictus desviado para a esquerda e para baixo, com aumento da área palpável. Sopro sistólico mais em ponta, sem irradiação. Presença de 3ª bulha em área mitral. Abdômen e pulmões sem alterações.

Ao ECG apresenta sinais de hipertrofia ventricular esquerda e alterações secundárias da repolarização ventricular. Não há outras alterações laboratoriais em exames de sangue e urina. Não foi realizado ecocardiograma. Não há a possibilidade da realização de outros exames para investigação.

Foi feito diagnóstico inicial de hipertensão arterial + insuficiência coronária + disfunção ventricular esquerda.

Para esse paciente, as medicações mais indicadas para o tratamento inicial são:

- (A) diurético de alça, digitálico, anti-hipertensivo.
- (B) IECA, betabloqueador e tiazídico.
- (C) IECA, betabloqueador e antagonista de cálcio.
- (D) antagonista de cálcio, tiazídico e betabloqueador.

— QUESTÃO 07 —

Cada doença orovalvular cardíaca tem seu sopro característico. Assim,

- (A) na estenose aórtica, o sopro é diastólico e rude.
- (B) no prolapso da válvula mitral, o sopro é meso-tele-sistólico.
- (C) na estenose mitral pura, o ruflar irradia-se para a fúrcula.
- (D) na insuficiência tricúspide, o sopro é diastólico e suave.

— QUESTÃO 08 —

Uma paciente de 25 anos de idade refere que há três meses apresenta hiperpolimenorréia, perda ponderal, taquicardia, sudorese, intolerância ao calor, tremores de extremidades e aumento de volume do pescoço. Existe retração palpebral bilateral, sem proptose. A avaliação laboratorial revelou TSH: 0,01mUI/ml (VN: 0,3-5) e T4 livre: 3,8 ng/dl (VN: 0,7-1,8). A cintilografia tireoidiana demonstrou a presença de bócio difuso, com captação de 24 horas de iodo de 75% (VN: 15-30%).

Nesse caso,

- (A) a ausência de proptose torna a doença de Graves pouco provável.
- (B) a dosagem de anticorpos antiperoxidase (anti-TPO) é útil na distinção entre Doença de Graves e tireoidite subaguda.
- (C) a possibilidade de tirotoxicose factícia deve ser obrigatoriamente descartada.
- (D) as tionamidas (metimazol / propiltiuracil) constituem uma opção terapêutica eficaz para essa paciente.

— QUESTÃO 09 —

Paciente jovem, 19 anos de idade, masculino, procurou assistência médica referindo aparecimento de “caroço” em região cervical anterior, na topografia da tiróide. Nega dor, alterações cardiovasculares e respiratórias, tremores de extremidades e sudorese. Está preocupado, porque notou que o “caroço” está aumentando progressivamente. Ao exame: tiróide com nódulo de 3 cm em lobo direito, móvel, indolor, consistência fibroelástica. Umidade e temperatura da pele normais, FC: 72 bpm, ausência de tremores. Demais sistemas normais.

Tendo em vista o caso clínico, qual o exame inicial apropriado e a justificativa para sua realização?

- (A) Cintilografia de tiróide com o objetivo de avaliar se o nódulo é quente, morno ou frio.
- (B) Ultra-sonografia de tiróide e punção aspirativa de tiróide com citologia, considerando-se paciente de alto risco para carcinoma tireoidiano.
- (C) Ultra-sonografia de tiróide, visando a avaliar tamanho e características ultra-sonográficas de benignidade do nódulo.
- (D) Dosagens de hormônios tireoidianos, considerando-se que o paciente é jovem e assintomático, portanto, carcinoma tireoidiano seria diagnóstico menos provável.

— QUESTÃO 10 —

Recém-nascido hígido, de quatro dias de vida, apresenta genitália ambígua. Ao exame: hipertrofia de falo, fusão parcial de pregas labioescrotais e ausência de massas palpáveis da região perineal. Observa-se discreto aumento da pilificação dorsal e hiperpigmentação mucocutânea.

Nesse caso, qual a principal hipótese diagnóstica e que exames solicitar para confirmar o diagnóstico?

- (A) Síndrome da resistência periférica à testosterona / LH, FSH e testosterona.
- (B) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 17 α -hidroxilase/ testosterona e 17 hidroxiprogesterona.
- (C) Deficiência da 5 α -redutase/ diidrotestosterona, sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA) e testosterona.
- (D) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21- α -hidroxilase / 17 hidroxiprogesterona e testosterona.

— QUESTÃO 11 —

Uma paciente de 56 anos apresenta quadro de depressão e obesidade. O único medicamento que usa é a terapia de reposição estrogênica via oral. Nos últimos meses, tem ingerido bebida alcoólica diariamente (12 doses de uísque/ dia). Não fuma. Não faz atividade física. Foi ao médico por quadro depressivo. Ao exame físico apresentava IMC 35 kg/ m², circunferência abdominal 95 cm, PA 140/ 100. Resultados de alguns exames pedidos: TSH 2,0 UI/l (VR: 0,4-4,0); cortisol basal 35 μ g/dl (VR: 25 μ g/dl); sódio 136 mEq/l; potássio 4,1 mEq/l; hemograma: VG 41%, VCM 100, leucócitos 7500, eosinófilos 2%, plaquetas 130.000; colesterol total 205 mg/ dl, triglicerídios 250 mg/ dl, HDL 47 mg/ dl; glicemia de jejum 103 mg/ dl; creatinina 0,9 mg/ dl.

Qual o provável diagnóstico para esse caso?

- (A) PseudoCushing / a dosagem de cortisol após supressão com 2 mg de dexametasona pode ajudar no diagnóstico diferencial com Síndrome de Cushing.
- (B) PseudoCushing / a dosagem de cortisol após supressão com 1 mg de dexametasona é um bom teste de Screening para excluir Síndrome de Cushing.
- (C) Síndrome de Cushing / a dosagem de cortisol após supressão com 8 mg de dexametasona é bom teste para o diagnóstico da Síndrome.
- (D) Síndrome de Cushing / a dosagem de ACTH pode ser feita para confirmar o diagnóstico.

— QUESTÃO 12 —

Nos pacientes diabéticos tipo 2, o efeito incretina apresenta-se diminuído ou ausente. Nesses pacientes,

- (A) o GIP tem sua secreção diminuída.
- (B) o GLP-1 aumenta a secreção de insulina independente da glicose.
- (C) o GLP-1 estimula a secreção de glucagon.
- (D) o GLP-1 retarda o esvaziamento gástrico e induz a saciedade.

— QUESTÃO 13 —

A secreção de hormônio de crescimento pela hipófise anterior pode ser inibida por

- (A) clonidina.
- (B) hipoglicemia.
- (C) somatostatina.
- (D) serotonina.

— QUESTÃO 14 —

Paciente, sexo masculino, 23 anos de idade, com diabetes tipo 1 há seis anos. Faz uso de insulina NPH humana: 18 UI antes do café, 6 UI antes do almoço e 6 UI antes do jantar; e insulina regular humana: 4 UI antes do café, 4 UI antes do almoço e 4 UI antes do jantar. Vem apresentando hipoglicemia matinal. Monitorização glicêmica mostrou: 22 horas: 100 mg/dl, 3 horas: 50 mg/dl e 7 horas: 180 mg/dl.

O diagnóstico e a conduta mais correta para esse paciente são:

- (A) efeito Somogyi / diminuir a dose de insulina NPH antes do jantar.
- (B) efeito do alvorecer / administrar uma dose de insulina NPH antes de deitar.
- (C) queda dos níveis circulantes de insulina / trocar insulina da hora do jantar para antes de deitar.
- (D) hipoglicemia da madrugada / diminuir dose de insulina regular antes do jantar.

— QUESTÃO 15 —

Paciente, sexo feminino, 50 anos, portadora de esclerose sistêmica progressiva (ESP), queixa-se de pirose intensa, regurgitação e disfagia. Foi submetida à manometria esofagiana, que confirmou o diagnóstico de comprometimento esofagiano por ESP.

Os achados manométricos, nesse caso, caracterizam-se por

- (A) contrações preservadas no terço superior do esôfago, hipoperistalse nos dois terços distais do corpo do esôfago e hipotonia do esfíncter esofagiano inferior.
- (B) aperistalse no terço superior do esôfago, peristalse preservada nos dois terços distais do esôfago e hipertonia do esfíncter esofagiano inferior.
- (C) contrações não peristálticas de grande amplitude em todo o corpo do esôfago e hipertonia do esfíncter esofagiano inferior.
- (D) aperistalse em todo o corpo do esôfago e acalásia do esfíncter esofagiano inferior.

— QUESTÃO 16 —

Paciente de 54 anos, sexo feminino, portadora de anemia megaloblástica e hipotireoidismo, com dosagem sérica de vitamina B12 baixa, anticorpos anticélulas parietais presentes em alto título. A pesquisa de infecção por *Helicobacter pylori* realizada por teste da urease foi negativa.

As alterações da gastrina e da secreção gástrica de ácido, nesse caso, são, respectivamente,

- (A) hipogastrinemia e hipercloridria.
- (B) hipergastrinemia e acloridria.
- (C) hipogastrinemia e acloridria.
- (D) hipergastrinemia e hipercloridria.

— QUESTÃO 17 —

Paciente de 30 anos, sexo masculino, é internado para investigação de diarreia crônica, que se iniciou há quatro meses. Apresentava quatro a cinco dejeções ao dia, sem muco, pus ou sangue, de consistência aquosa, de grande volume (> 1l/24h), sem perceber a presença de gordura. A análise das fezes demonstrou: ausência de gordura fecal avaliada por Sudam III; ausência de sangue oculto nas fezes e pesquisa de leucócitos fecais negativa. O paciente foi mantido em jejum por 48 horas, e houve persistência da diarreia.

Nesse caso, o mecanismo da diarreia crônica é por

- (A) exsudação de proteína na luz intestinal.
- (B) hipersecreção intestinal.
- (C) presença de agente osmótico na luz intestinal.
- (D) má absorção de nutrientes pelo enterócito.

— QUESTÃO 18 —

Paciente, sexo masculino, 24 anos, apresenta quadro de dor abdominal, de início epigástrica, com posterior migração para a fossa ilíaca direita. Começa uso de antiespasmódicos e ciprofloxacina. Após três dias do início do quadro, houve melhora parcial da dor, porém passou a ter febre diária, calafrios, náuseas e dor em hipocôndrio direito. Posteriormente, notou aparecimento de icterícia. Internado para avaliação, foi submetido à tomografia computadorizada, que demonstrou trombose de veia porta.

O diagnóstico para esse caso é

- (A) colangite supurativa aguda.
- (B) abscesso hepático.
- (C) síndrome de Budd-Chiari.
- (D) pyleflebite.

— QUESTÃO 19 —

Paciente, sexo masculino, 34 anos, foi internado, apresentando história de astenia e icterícia há quinze dias, aumento do volume abdominal e, nos últimos dias, gengivorragia. Em sua história familiar, referia que dois de seus irmãos faleceram com quadro de cirrose. Ao exame físico, mostrou-se icterico +++/4, com sinal de macicez móvel abdominal e *flapping* presentes. Nos exames laboratoriais: atividade de protombina de 40%; albumina sérica de 2,4; bilirrubina total de 20 mg/ml, TGP: 569 u (normal < 40u). Sorologias virais: Anti-HBs positivo; HBsAG negativo; Anti-HBc IgG e IgM negativos e Anti-HCV negativo; FAN e antimúsculo liso negativos; ceruloplasmina de 18 mg/dl (normal 20-40mg), cobre urinário >1000 ug/24 h (normal < 40ug/24h).

Nesse caso,

- (A) a absorção intestinal de cobre está exacerbada.
- (B) a excreção biliar de cobre está diminuída.
- (C) a incorporação de cobre à ceruloplasmina está aumentada.
- (D) o nível sérico de cobre livre está diminuído.

— QUESTÃO 20 —

Paciente, sexo masculino, 70 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, iniciou uso de cefalexina para tratamento de broncopneumonia há sete dias, quando passou a apresentar dor e distensão abdominais, diarreia aquosa profusa, com muco e sangue, febre, taquicardia e edema de mmii. Foi submetido à retossigmoidoscopia, que demonstrou a presença de mucosa edemaciada, intensamente hiperemiada com áreas recobertas por placas amareladas.

A conduta apropriada para esse caso é

- (A) hidrocortisona EV.
- (B) metronizadol EV.
- (C) ciprofloxacina EV.
- (D) enemas de hidrocortisona.

— QUESTÃO 21 —

A resposta à terapêutica de pacientes com hepatite C crônica é variável. São considerados como fatores preditivos de resposta favorável ao tratamento:

- (A) Genótipo 1, gênero masculino.
- (B) Genótipo 2 ou 3, gênero masculino.
- (C) Genótipo 2 ou 3, gênero feminino.
- (D) Genótipo 1, gênero feminino.

— QUESTÃO 22 —

Na fisiopatogenia da Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), o mecanismo desencadeante, diferente em cada condição clínica, provoca alterações na célula endotelial e, conseqüentemente,

- (A) ativação dos fatores XI e IX.
- (B) expressão do fator tecidual e ativação do fator VII.
- (C) ativação do complexo “tenase intrínseco”.
- (D) ativação do complexo “protrombinase”.

— QUESTÃO 23 —

No tratamento das leucemias mielóides agudas, é observada a seguinte complicação:

- (A) alopecia secundária ao uso de antibióticos de amplo espectro.
- (B) hipercalemia e hipocalemia secundárias à síndrome de lise tumoral.
- (C) neuropatia periférica secundária ao uso de antracíclicos.
- (D) miocardiopatia secundária ao uso de daunorrubicina.

— QUESTÃO 24 —

Que critério clínico **NÃO** pertence à definição da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide?

- (A) Tromboflebite superficial de membros inferiores.
- (B) Prematuridade < 34 semanas por pré-eclâmpsia severa.

- (C) Perda fetal > 10 semanas de causa inexplicada.
- (D) Trombose de artéria mesentérica.

— QUESTÃO 25 —

É causa de Anemia Ferropriva:

- (A) recém-nascido de gestante anêmica.
- (B) hérnia de hiato.
- (C) parasitose intestinal.
- (D) vegetarianismo.

— QUESTÃO 26 —

Homem de 30 anos vem apresentando anualmente episódios de cólica nefrética há 7 anos. Na investigação metabólica, os exames mostraram hipocitrúria e uricosúria = 650 mg/24horas, com pH urinário = 5,0.

Em casos como esse,

- (A) o pH urinário = 5,0 diminui o urato urinário, propiciando a formação de cálculo.
- (B) a hipocitrúria diminui o risco de cálculos coraliformes.
- (C) a excreção de 650mg/24h de ácido úrico na urina é insuficiente para a formação de cálculos de ácido úrico.
- (D) a aderência ao tratamento é elevada.

— QUESTÃO 27 —

Mulher de 35 anos apresenta dor no hipogástrio, polaciúria e disúria há um dia. Refere episódios semelhantes por três vezes no último semestre. O exame de urina mostrou leucocitúria, hematúria, nitrito positivo, pH = 8,0, proteínas = 34mg/dl.

No caso dessa paciente,

- (A) a excreção de proteínas na urina afasta o diagnóstico de glomerulonefrite.
- (B) o pH urinário constatado diminui a proliferação bacteriana.
- (C) o próximo exame a ser solicitado é a uretrocistografia miccional.
- (D) o nitrato foi convertido em nitrito, na urina.

— QUESTÃO 28 —

Homem de 70 anos chega ao Pronto-Socorro trazido pela família, apresentando torpor, fraqueza, mucosas secas, pele sem elasticidade, PA 100/60 mmHg deitado e 76/42 mmHg sentado. O sódio urinário foi de 10 mEq/l.

Esses dados sugerem que este paciente apresente também:

- (A) osmolalidade urinária < 400 mOsm/KgH₂O.
- (B) excreção fracionada de sódio < 1%.
- (C) razão creatinina urinária/plasmática <20.
- (D) sedimento urinário com células epiteliais tubulares renais e cilindros granulares e marrom.

— QUESTÃO 29 —

Mulher de 55 anos apresentando diabetes diagnosticada há 12 anos, está há dois anos sem controle médico. Chega ao consultório, queixando-se de fraqueza, edema de face e membros inferiores e urina espumosa. Apresentou pressão arterial = 140/95 mmHg. Exames posteriores mostraram microalbuminúria = 750 mcg/min. Taxa de filtração glomerular = 88 ml/min/1,73m²SC.

Em que estágio da nefropatia diabética essa paciente está?

- (A) Estágio I.
- (B) Estágio II.
- (C) Estágio III.
- (D) Estágio V.

— QUESTÃO 30 —

Paciente de 19 anos, sexo masculino, com síndrome nefrótica secundária a glomeruloesclerose segmentar e focal, apresentou remissão com prednisona, porém é corticodependente há um ano.

Qual a conduta terapêutica para esse caso?

- (A) Corticosteróide em dose baixa
- (B) Ciclosporina
- (C) Ciclofosfamida
- (D) Micofenolato mofetil

— QUESTÃO 31 —

Paciente portador de nefropatia diabética e doença renal crônica no estágio 4, na consulta ambulatorial, apresenta anemia normocítica, normocrômica com hemoglobina de 9,0 g/dL, ferritina de 250 ng/mL e índice de saturação de transferrina de 22%.

A conduta para esse caso é

- (A) administrar hidróxido de ferro endovenoso.
- (B) repor ácido fólico e vitamina B12.
- (C) iniciar eritropoetina.
- (D) investigar sangramento crônico.

— QUESTÃO 32 —

Paciente de 32 anos, sexo feminino, portadora de lúpus eritematoso cutâneo e articular há cinco anos, em uso de hidroxiquina e prednisona em dose baixa. Procurou o ambulatório devido a edema e ganho de 10 Kg em um mês. A pressão arterial estava 120/75 mmHg e a avaliação laboratorial realizada no Pronto-Socorro demonstrou creatinina sérica de 0,8 mg/dL (anterior era 0,7 mg/dL), exame de urina com hematúria +/4, leucocitúria +/4 e proteinúria ++++/4.

O diagnóstico mais provável para esse caso é glomerulonefrite

- (A) mesangial.
- (B) proliferativa focal.

- (C) proliferativa difusa.
- (D) membranosa.

— QUESTÃO 33 —

MCF, de 13 anos, sexo masculino, apresentou crise caracterizada por parada das atividades, olhar arregalado, movimentos automáticos de mastigação e de mãos. Antes manifestou sensação epigástrica ascendente e, na infância, apresentou, no primeiro ano de vida, crises febris.

O tipo de crise descrita é de epilepsia do lobo

- (A) frontal.
- (B) parietal.
- (C) temporal.
- (D) occipital.

— QUESTÃO 34 —

SBR, de 22 anos, sexo feminino, apresenta cefaléia pulsátil e em aperto, hemicraniana, com variação de lado, direito ou esquerdo, seguida de náuseas, fonofobia e fotofobia, de evolução de cinco anos. Inicialmente, essas crises duravam de 12 a 48 horas. Há seis meses o caráter da dor alterou-se, tornando-se mais contínua, pulsátil, porém com peso e pressão na nuca, hiperemia conjuntival e obstrução nasal, além de náuseas e ocasionalmente vômitos. Exame neurológico, clínico e tomografia computadorizada de crânio normais.

A descrição desse quadro clínico é compatível com

- (A) cefaléia do tipo vascular – enxaqueca clássica.
- (B) cefaléia do tipo vascular – enxaqueca comum.
- (C) cefaléia do tipo tensional.
- (D) cefaléia modificada – enxaqueca diária crônica.

— QUESTÃO 35 —

FAV, de 30 anos, sexo feminino, sem antecedentes patológicos, após participar de uma partida de vôlei, refere dor cervical ascendente do lado direito, sem outras alterações. No dia seguinte, acorda com dificuldade para falar, alteração de visão, não enxergando os objetos e pessoas que estão no seu campo visual esquerdo e tem sensação de que seu lado esquerdo não lhe pertence.

O principal diagnóstico para essa paciente é

- (A) acidente vascular encefálico hemorrágico por rompimento de aneurisma de comunicante anterior direita.
- (B) acidente vascular encefálico isquêmico por trombose de artéria carótida direita.
- (C) acidente vascular hemorrágico por rompimento de malformação arteriovenosa de ramos da artéria cerebral média.
- (D) acidente encefálico isquêmico por dissecação arterial em artéria carótida interna direita.

— QUESTÃO 36 —

Paciente do sexo masculino, 72 anos, iniciou quadro de tremores finos e lentificação dos movimentos, com evolução de dois anos. Há um ano, a família notou que está mais apático, não tem o mesmo interesse nas atividades diárias e no cuidado pessoal e, ao mesmo tempo, está com dificuldades de concentração e memória. Exame clínico e neurológico sem outras alterações. Tomografia de crânio com atrofia cortical moderada para a idade.

Qual o diagnóstico etiológico para esse caso?

- (A) Demência por corpos de Levi
- (B) Demência de Alzheimer
- (C) Demência do lobo frontal
- (D) Demência de Pick

— QUESTÃO 37 —

Paciente do sexo feminino, 26 anos, sem sinais ou sintomas que sugiram síndrome infecciosa, com derrame pleural bilateral de pequeno volume. O exame do líquido revelou: cor amarelo claro, celularidade 1200 cels/mm³ com predomínio de neutrófilos; critérios de *Light*, sugerindo exsudato; pH=7.30; glicose 60 mg/dl.

O provável diagnóstico para esse caso é

- (A) insuficiência cardíaca.
- (B) embolia pulmonar.
- (C) lúpus eritematoso sistêmico.
- (D) hipoproteinemia.

— QUESTÃO 38 —

Deslocamento das fissuras, perda da aeração com redução da transparência pulmonar e aproximação dos vasos pulmonares e dos brônquios na radiografia simples de tórax são sinais de

- (A) hiperinsuflação pulmonar.
- (B) derrame intercisural.
- (C) pneumotórax.
- (D) Atelectasia.

— QUESTÃO 39 —

M.S.P., paciente de 23 anos, foi atendido em um pronto-socorro devido à crise asmática. Foi medicado com beta 2 agonista de curta duração inalado nas doses recomendadas para o quadro. Após 30 minutos, apresentou: dispnéia moderada, fala com frases incompletas, retrações intercostais, FC=115 bpm, pico de fluxo expiratório de 50%, saturação de O₂ em ar ambiente de 96% PaO₂ de 90 mmHg e PaCO₂ de 35 mmHg.

A conduta nessa situação deve ser:

- (A) associar brometo de ipatrópio e xantina endovenosa.
- (B) solicitar internação na Unidade de Terapia Intensiva.
- (C) associar brometo de ipatrópio e corticóide venoso.
- (D) aumentar a dose de beta 2 agonista e dar alta quando o pico de fluxo atingir 60%.

— QUESTÃO 40 —

Uma paciente de 40 anos vem ao ambulatório, referindo dispnéia há três meses com episódios intermitentes de febre, sem outras queixas. O exame físico é normal. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo leve e tomografia de alta resolução mostra nódulos de distribuição centrolobular e infiltrado intersticial em vidro fosco bilateralmente. Mora em uma chácara com criação de porcos, gado de leite e galinhas. Faz a limpeza do galinheiro semanalmente.

A hipótese diagnóstica para esse caso é

- (A) fibrose pulmonar idiopática.
- (B) sarcoidose.
- (C) pneumonite por hipersensibilidade.
- (D) linfangioleiomiomatose.

— QUESTÃO 41 —

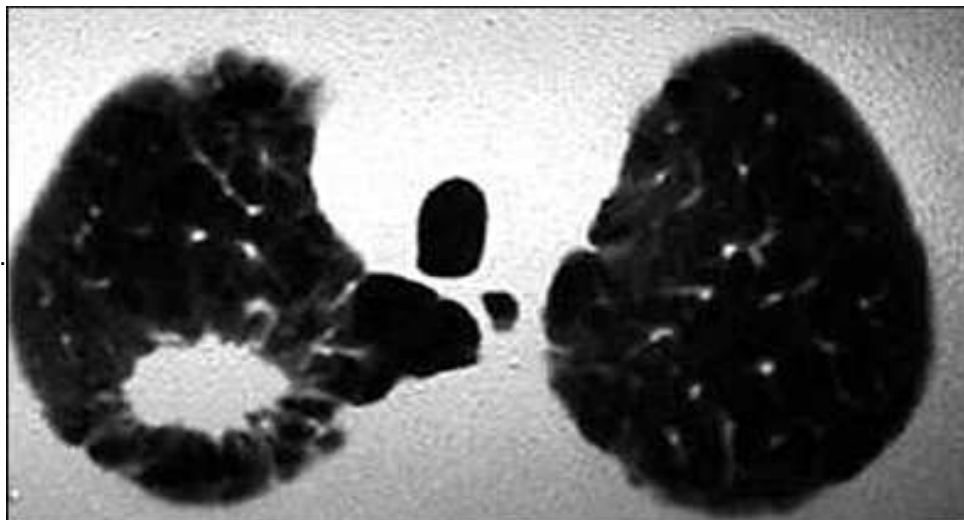
Paciente de 34 anos, sexo feminino, secretária, refere tosse seca há oito meses. Nega tabagismo e uso de qualquer medicação. Exame físico normal. Quais seriam as causas mais comuns de tosse para essa paciente?

- (A) Doença pulmonar obstrutiva crônica, derrame pleural e rinite.
- (B) Pneumonia bacteriana, sinusite e resfriado comum.
- (C) Bronquite eosinofílica, bronquiectasia e tuberculose.
- (D) Refluxo gastroesofágico, asma e gotejamento pós-nasal.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 42 —

Paciente de 55 anos, fumante há 30 anos-maço, sem comorbidades. Apresenta tomografia de tórax (foto abaixo) com um nódulo pulmonar solitário de 2,8 cm, no lobo superior direito, de contornos espiculados, sem calcificação. Protocolo de Swensen positivo (após 1 minuto da injeção de contraste, a densidade média do nódulo aumentou de 21 para 82 UH). Radiografia de dois anos antes é normal.

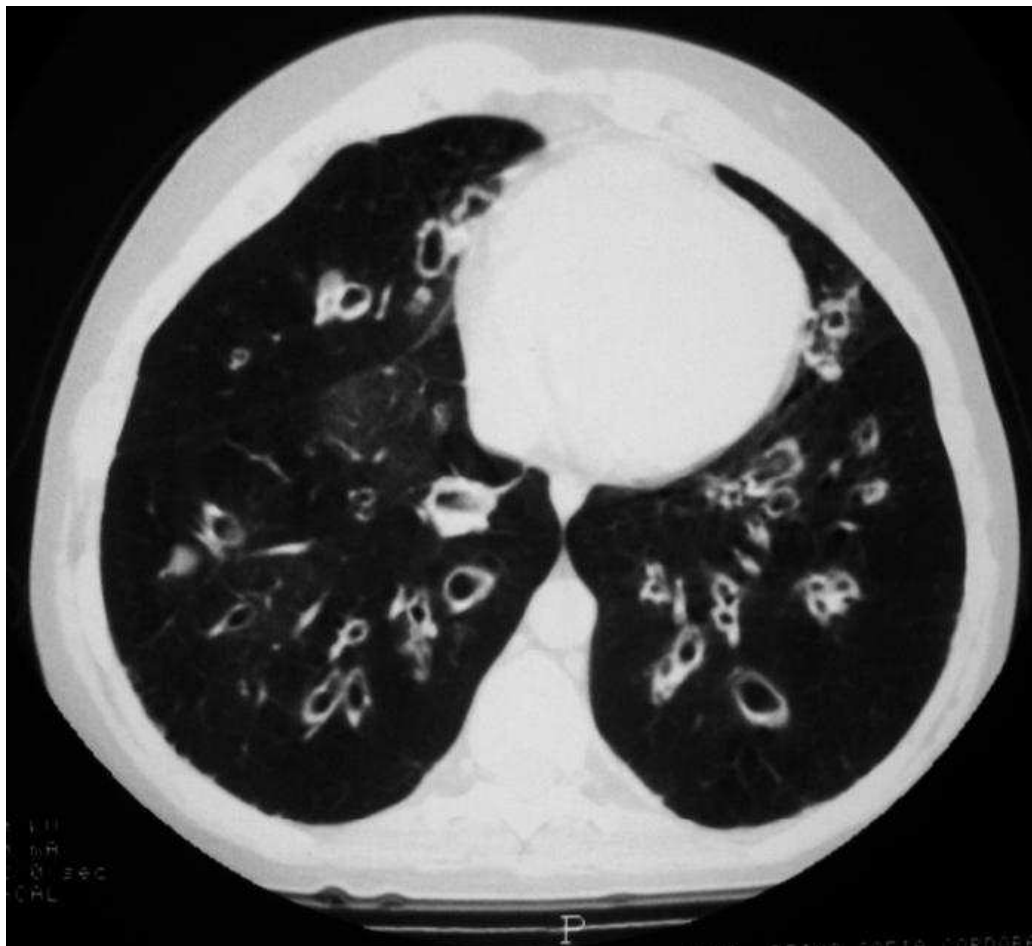


Para o caso descrito, a conduta é:

- (A) toracotomia com ressecção do nódulo.
- (B) PET scan (tomografia por emissão de pósitrons).
- (C) radiografia de tórax de 6 em 6 meses por dois anos.
- (D) tratamento para tuberculose, pela possibilidade de ser um tuberculoma.

— QUESTÃO 43 —

Paciente de 28 anos, sexo masculino, garçom, fumante de 5 anos-maço refere tosse produtiva persistente há 10 anos, com expectoração ora mucóide ora mucopurulenta em grande quantidade, principalmente pela manhã. Relata também que há 11 anos apresentou pneumonia grave com necessidade de internação em UTI. Ao exame físico, chama a atenção estertores grossos em bases pulmonares. A tomografia de tórax mostra estruturas semelhantes ao “anel de sinete”, como ilustrado a seguir.



A hipótese diagnóstica para esse caso é:

- (A) asma brônquica.
- (B) doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) bronquiectasia.

— QUESTÃO 44 —

Uma das grandes preocupações no diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico é a identificação da nefrite, que se baseia, fundamentalmente, em alterações laboratoriais e histológicas. A forma mais grave das lesões corresponde a 40 a 60% dos casos e apresenta uma combinação de: sedimentos nefríticos e nefróticos; proteinúria e hematúria significativas; e cilindúria. A forma descrita corresponde à

- (A) glomerulonefrite mesangial (classe II).
- (B) glomerulonefrite proliferativa focal.
- (C) glomerulonefrite proliferativa difusa.
- (D) glomerulonefrite membranosa.

— QUESTÃO 45 —

Em 1991, o Grupo Europeu de Estudos das Espondiloartropatias estabeleceu critérios para inclusão de pacientes na categoria dessas doenças. Dentre esses critérios, cite-se:

- (A) o HLA – B27.
- (B) a entesite.
- (C) a sacroilíte grau 2, unilateral.
- (D) a cervicite gonocócica.

— QUESTÃO 46 —

A forma difusa da esclerose sistêmica caracteriza-se por

- (A) espessamento cutâneo lento e calcinose freqüente.
- (B) crise renal e hipertensão pulmonar.
- (C) anti-centrômero positivo e crepitação tendínea.
- (D) doença pulmonar restritiva e anti-Scl 70 positivo.

— QUESTÃO 47 —

Mulher de 70 anos de idade, apresenta, de forma insidiosa, fadiga, emagrecimento e febre, seguidos de cefaléia e claudicação mandibular à mastigação. A hipótese diagnóstica para esse caso é

- (A) vasculite de Churg-Strauss.
- (B) poliangeíte microscópica.
- (C) arterite de células gigantes.
- (D) poliarterite nodosa.

— QUESTÃO 48 —

Na síndrome de Sjögren primária, as seguintes alterações laboratoriais são descritas:

- (A) anti-Ro e anti-Sm positivos.
- (B) anti-RNP e anti-La positivos.
- (C) anemia e plaquetose.
- (D) elevação policlonal de gamaglobulina e fator reumatóide positivo.

— QUESTÃO 49 —

O achado radiográfico de densidades punctata e linear na cartilagem hialina articular ou em tecidos de fibrocartilagem contribui para o diagnóstico de

- (A) depósito de colesterol.
- (B) condrocalcinose.
- (C) hemocromatose.
- (D) gota.

— QUESTÃO 50 —

Na osteoartrite de mãos,

- (A) a herança familiar é considerada fator de risco.
- (B) a ocorrência é maior em homens após a quinta década de vida.
- (C) a rizartrose é o comprometimento da metacarpofalangeana.
- (D) os nódulos de Heberden, geralmente, são únicos.

— RASCUNHO —