CORREÇÃO DA PROVA NACIONAL DE ACESSO

Parte I

PERGUNTA 1

Uma mulher de 59 anos vem ao consultório médico para mostrar resultados de estudos analíticos. Encontra-se assintomática. A história médica revela hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, dislipidemia e asma (última crise há três anos). A medicação habitual inclui hidroclorotiazida, valsartan, atorvastatina e salbutamol em SOS. Nega consumo de álcool ou tabaco. Cumpre habitualmente a terapêutica e as medidas dietéticas recomendadas em consulta prévia, com restrição de lípidos e açúcares, mas suspendeu ultimamente as caminhadas por razões de disponibilidade familiar. Os sinais vitais são frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 130/70 mm Hg. Ela tem 157 cm de altura e pesa 66 kg; IMC 27 kg/m2. Apresenta-se com bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas. O restante exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, exame abdominal e dos membros, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,2 mg/dL
Ureia 72,7 mg/dL
AST 49 U/L
ALT 76 U/L
Fosfatase alcalina 98 U/L
Colesterol
- Total 198 mg/dL
- HDL 45 mg/dL

Triglicerídeos 115 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 12,5 g/dL
Leucócitos 10 100/mm3
- Neutrófilos 62%
- Eosinófilos 1%
- Linfócitos 31%

Plaquetas 209 × 109/L T

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

A. Doseamento da glicose sérica em jejum.

B. Doseamento de proteínas na urina de 24 horas.

C. Doseamento do peptídeo natriurético tipo B.

D. Realização de ecocardiograma.

E. Realização de espirometria.

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Doseamento da glicose sérica em jejum. – a doente apresenta indicação para realização de rastreio de diabetes mellitus, nomeadamente através da requisição de glicose sérica em jejum. Para além disso, apresenta múltiplos fatores de risco para DM2 designadamente IMC>25, inatividade física e hipertensão arterial. Como tal, este é o próximo passo mais adequado.

Restantes alíneas:

B - Doseamento de proteínas na urina de 24 horas – a doente apresenta um valor de creatinina sérica inferior ao esperado (TFG de 52ml/min/1.73m2). Não nos são fornecidos valores prévios que permitam inferir se esta alteração é de novo ou não. Neste caso seria mais útil solicitar o rácio albuminúria/creatinúria na urina de 24h (ou em alternativa na primeira urina da manhã) perante suspeita de doença renal crónica. Doentes com proteinúria persistente devem realizar doseamento de proteínas totais na urina de 24h.

C - Doseamento do peptídeo natriurético tipo B – este doseamento é útil em doentes com suspeita de descompensação de insuficiência cardíaca ou dispneia de etiologia não conhecida. A doente não apresenta sintomatologia ou alterações no exame objetivo sugestivas de tal, pelo que não é útil solicitar neste caso.

D - Realização de ecocardiograma – a doente apresenta como antecedente hipertensão arterial com lesão de órgão alvo, nomeadamente cardiopatia hipertensiva. Contudo, apresenta-se assintomática deste ponto de vista, com valores tensionais controlados sob terapêutica médica e sem alterações ao exame objetivo sugestivas de alterações valvulares, insuficiência cardíaca ou disritmias. Como tal, este não seria o exame mais adequado a solicitar.

E - Realização de espirometria – a doente apresenta antecedentes pessoais de asma pelo que se presume que terá realizado espirometria aquando diagnóstico (obrigatório). Esta deve ser repetida com periodicidade ajustada à gravidade e, pelo menos, a cada 2 anos. Não nos é fornecida informação de quando terá sido a última prova de função respiratória, mas sabe-se que a doente está assintomática do ponto de vista desta patologia desde há 3 anos. Como tal, este não seria o próximo passo mais adequado na gestão desta doente.

PERGUNTA 2

Uma mulher de 30 anos é admitida no hospital por trabalho de parto às 40 semanas de gravidez. Ela refere ter dores compatíveis com contratilidade uterina rítmica e regular, desde há quatro horas. Os antecedentes obstétricos são gesta 3, para 1 (parto eutócico a termo, há dois anos) e 1 aborto espontâneo às 10 semanas de gravidez, há quatro anos, resolvido com tratamento médico. A gestação atual decorreu sem intercorrências. Na admissão, os sinais vitais eram temperatura 36,1°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 135/69 mm Hg. Ela tem 164 cm de altura e pesa 78 kg; IMC 29 kg/m2. A altura uterina era de 37 cm. Ao toque vaginal apresentava colo com 90 % de extinção (apagado), 6 cm de dilatação, apresentação cefálica no plano -1, membranas íntegras. A cardiotocografia encontrava-se dentro dos parâmetros de normalidade, com registo de contrações rítmicas (quatro em 10 minutos). Iniciou a analgesia do trabalho de parto. Neste momento, duas horas após a admissão, o toque vaginal revela um colo 90% extinto (apagado), com 7 cm de dilatação, apresentação cefálica no plano -1, membranas rotas com líquido amniótico normal. A cardiotocografia é normal, com registo de contrações rítmicas (três em 10 minutos). A médica assistente decide acelerar o parto com ocitocina

Qual dos seguintes diagnósticos melhor fundamenta a decisão clínica tomada nesta parturiente?

A. Paragem do trabalho de parto na fase ativa
B. Paragem do trabalho de parto na fase latente
C. Paragem do trabalho de parto no segundo estádio
D. Trabalho de parto arrastado na fase ativa
E. Trabalho de parto arrastado no segundo estádio

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Trabalho de parto arrastado na fase ativa - O caso clínico representa uma grávida em fase ativa do trabalho de parto (>= 4-6 cm de dilatação). Sendo multípara (antecedentes de parto eutócico), apresenta uma progressão anormal do trabalho de parto – trabalho de parto arrastado ou prolongado, embora sem critérios de trabalho de parto estacionário, uma vez que, segundo a bibliografia recomendada, a dilatação está a progredir < 1.2-1.5 cm/h ou tempo de progressão entre os 6 e 7 cm > 0.6 h, com contractilidade uterina regular subjacente.

Restantes alíneas:

A - Paragem do trabalho de parto na fase ativa. – Define-se como paragem do trabalho de parto ou trabalho de parto estacionário na fase ativa, quando a dilatação cervical é igual ou superior a 6 cm com rotura de membranas e um dos seguintes critérios: ausência de alterações cervicais em 4 h ou mais, com contractilidade adequada, ou ausência de alterações cervicais em 6 h ou mais, sem contractilidade adequada. O caso clínico mostra uma evolução entre os 6-7 cm de dilatação de cerca de 2 h, não cumprindo critérios de paragem.

B - Paragem do trabalho de parto na fase latente. – A grávida foi admitida no serviço de urgência na fase ativa do trabalho de parto (>= 4-6 cm de dilatação).

C – Paragem do trabalho de parto no segundo estádio. – O segundo estádio do trabalho de parto inicia-se com a dilatação completa (10 cm de dilatação), sendo que a grávida está ainda na fase ativa do trabalho de parto.

E - Trabalho de parto arrastado no segundo estádio. - O segundo estádio do trabalho de parto inicia-se com a dilatação completa (10 cm de dilatação), sendo que a grávida está ainda na fase ativa do trabalho de parto. Segundo a bibliografia recomendada o trabalho de parto arrastado no 2º estádio refere-se a quando este excede as 3 h com analgesia epidural ou 2h sem analgesia, ou se a progressão fetal é < 1 cm/h (sem analgesia).

PERGUNTA 3

Uma mulher de 27 anos vem ao consultório médico por corrimento vaginal com cheiro desagradável desde há duas semanas, com agravamento após o coito e ligeiro desconforto vulvar. Nega disúria, dispareunia ou prurido vulvar. Há um mês, teve episódio de infeção urinária, tendo sido medicada com fosfomicina. Ela não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. A medicação habitual inclui contracetivo oral hormonal combinado. É fumadora de 3 UMA desde há seis anos. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ela tem 162 cm de altura e pesa 76 kg; IMC 29 kg/m2. Ao exame ginecológico a vulva não apresenta alterações. Ao exame com espéculo observa-se corrimento vaginal branco-amarelado aquoso e homogéneo. O colo uterino não tem alterações de relevo e não há escorrências anómalas através do orifício cervical externo. O teste da amina (whiff) intensificou o cheiro desagradável do corrimento, que lembra o cheiro a peixe.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Candidíase vulvovaginal
B. Infeção genital por Chlamydia trachomatis
C. Infeção genital por Neisseria gonorrhoeae
D. Tricomoníase vulvovaginal
E. Vaginose bacteriana

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: A resposta correta é vaginose bacteriana - a doente apresenta corrimento branco-amarelado aquoso e homogéneo com cheiro a peixe, que é muito típico deste diagnóstico. Tipicamente, o corrimento agrava após o coito e acompanha-se por desconforto vulvar.

Restantes alíneas:

A - Candidíase vulvovaginal. A candidíase vulvovaginal não é a opção correta - apesar de apresentar um fator de risco (antibioterapia prévia), a doente não apresenta prurido e o corrimento não é típico (não é branco grumoso).

B - Infeção genital por Chlamydia trachomatis. A infeção genital por clamídia manifesta-se com dor pélvica, dispareunia e corrimento esbranquiçado que não apresenta odor característico a peixe.

C - Infeção genital por Neisseria gonorrhoeae. A Infeção genital por Neisseria gonorrhoeae manifesta-se tipicamente por corrimento purulento através do orifício cervical - no caso clínico, é referido que não existem escorrências anómalas através do orifício cervical externo. Para além disso, as características do corrimento não são compatíveis com este diagnóstico.

D - Tricomoníase vulvovaginal. A tricomoníase manifesta-se por um corrimento esverdeado, e não por um corrimento vaginal branco-amarelado aquoso e homogéneo com odor a peixe. Pode estar presente dor nos quadrantes superiores e disúria. O colo costuma ser frágil e sangrar facilmente – o chamado, colo em morango ou framboesa.

PERGUNTA 4

Uma mulher de 44 anos vem à consulta de cirurgia geral por adenopatia axilar direita detetada em consulta de vigilância. Traz os resultados de mamografia bilateral e ecografia realizadas que revelaram "adenopatias axilares suspeitas", mas sem alterações mamárias documentadas. Encontra-se assintomática. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Está medicada habitualmente com etinilestradiol + gestodeno. Ao exame físico apresenta excelente estado geral. Palpa-se uma adenopatia axilar direita com cerca de 2 cm de maior diâmetro, endurecida e não aderente a planos profundos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina	0,7 mg/dL
Ureia	77 mg/dL
Glucose	88 mg/dL
AST	20 U/L
ALT	24 U/L
Fosfatase alcalina	86 U/L
Proteína C reativa	5 mg/L
Sódio	136 mEq/L
Potássio	4 mEq/L
Cloreto	101 mEq/L
Proteínas	
Albumina	4,3 g/dL

Sangue

Hemoglobina	12,5 g/dL
Leucócitos	5 400/mm3
Plaquetas	250 × 109/L

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na avaliação desta doente?

A. Biópsia excisional
B. PET
C. Raio-X do tórax
D. RM da mama
E. SPECT-TC do tórax

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Biópsia excisional. Dado adenopatia suspeita axilar, referenciada a consulta de Senologia em mulher de 44 anos, o próximo passo será biopsar a lesão, permitindo a confirmação histológica e estudo posterior orientado.

Restantes alíneas:

B - PET. Sem indicação como próximo passo no estudo de nodulo da axila suspeito.

C - Raio-X do tórax. Sem indicação no estudo de nódulo da axila suspeito.

D - RM da mama. Não é um exame feito por rotina. Útil se ecografia e mamografia negativas, bem como nas seguintes situações: se diagnóstico de metástase ganglionar de carcinoma da mama oculto; para avaliar resposta a quimioterapia neoadjuvante; selecionar doentes para irradiação parcial; e para avaliação de recorrência.

E - SPECT-TC do tórax. O exame ideal para estadiamento e decisão do local a biopsar seria o TAC TAP, e não o SPECT-TC Tórax.

PERGUNTA 5

Uma mulher de 37 anos, primigesta, é admitida no serviço de urgência, com oito semanas de amenorreia, por perda hemática genital e dor hipogástrica tipo cólica, de início hoje. Refere ter náuseas e vómitos, desde há uma semana que a impossibilitam de trabalhar. Não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 141/85 mm Hg. Ela tem 156 cm de altura e pesa 65 kg; IMC 27 kg/m2. Ao exame físico observam-se mucosas coradas e hidratadas. Ao exame com espéculo verifica-se a presença de pequena quantidade de sangue na vagina e colo sem lesões. Ao toque vaginal o colo está amolecido, com 1 cm de dilatação. O útero está aumentado de volume, compatível com gravidez de 14 semanas. A ecografia transvaginal revela cavidade uterina preenchida por conteúdo heterogéneo, de aspeto vesicular, não se identificando saco gestacional ou embrião. Cisto unilocular anecogénico com 3 cm de maior diâmetro na região anexial direita.

Qual dos seguintes estudos é o mais adequado para confirmar o diagnóstico mais provável?

A. a-fetoproteína

B. B-HCG

C. CA 125

D. Progesterona

E. Prolactina

Chave Oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: B-HCG - Na mola hidatiforme completa verifica-se uma grande elevação da hCG. Não existe valor diagnóstico, porém mais de 50% dos casos têm o doseamento de hCG superior a 100.000 mUL/ml, sendo este achado altamente sugestivo do diagnóstico. A confirmação do diagnóstico de mola hidatiforme é histológica, após realização de esvaziamento uterino cirúrgico (principalmente por aspiração).

Restantes alíneas:

A - a-fetoproteína

Comentário: Marcador que está elevado em alguns tumores não epiteliais do ovário. Marcador utilizado no rastreio bioquímico do 2ºT (elevado nos defeitos do tubo neural). Não se altera na gravidez molar.

C - CA 125

Comentário: Marcador de tumor epitelial do ovário. Também pode estar elevado em situações de endometriose.

D - Progesterona

Comentário: Hormona que se eleva na gravidez. Não acrescenta informação à marcha diagnóstica.

E - Prolactina
Comentário: Poderá estar aumentada em situações de mola hidatiforme e coriocarcinoma, mas não constitui critério de diagnóstico.

PERGUNTA 6

Um homem de 23 anos, estudante universitário de engenharia, foi levado à consulta de medicina geral e familiar pelos pais. Mostra-se contrariado com este facto, referindo não se considerar doente e «ter muitas pipelines em curso». Os pais estão preocupados com o facto de o doente permanecer no quarto, não ter qualquer relacionamento social e ter hábitos alimentares distintos e em horários desfasados dos da restante família. Sai apenas para as aulas obrigatórias, tendo deixado de se ausentar de casa por qualquer outro motivo. Os pais referem ainda: «Há já mais de um ano que ele colocou cobertores sobre a janela para não deixar entrar a luz, porque diz que entra radiação que lhe causa muito cansaço físico... passa cada vez mais tempo ligado à internet e disse-nos que não necessitava de estar connosco na sala porque nos conseguia ouvir bem no quarto. Ele sempre foi diferente, nunca teve muitos amigos, ficava ansioso nas festas de família e não tem boa relação com os nossos sobrinhos, mas achávamos que na faculdade iria melhorar... afinal está cada vez pior e até começou a ter más notas.» O doente não reage emocionalmente às afirmações dos pais e com um sorriso aberto vai explicando: «Os meus familiares carregam uma energia quântica muito intensa, mesmo quando não estão em casa eu sinto a presença deles... sou muito sensível e fico quantizado, absorvo-a... consigo perceber o que me querem dizer mesmo quando estou sozinho...>>

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável a considerar neste momento?

A. Episódio depressivo com sintomas psicóticos
B. Perturbação de ansiedade social
C. Perturbação de personalidade paranoide
D. Perturbação esquizotípica
E. Psicose esquizofrénica

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Psicose esquizofrénica –

O diagnóstico mais provável é o de uma perturbação psicótica primária (esquizofrenia) atendendo à sintomatologia (delírio, alucinações auditivas e ausência de insight parecem-me os sintomas mais relevantes), tempo de evolução dos sintomas e impacto no funcionamento.

A vinheta descreve um caso clínico de um estudante universitário de 23 anos com alterações de comportamento graves com cerca de um ano de evolução que incluem um delírio relacionado com as energias e radiação (que fez com que colocasse cobertores nas janelas), o que parecem ser alucinações auditivo-verbais ("conseguia ouvir-nos bem do quarto"), isolamento social marcado e alteração das rotinas ("permanece no quarto"), ausência de insight ("não se considerar doente") com perda marcada da funcionalidade ("cada vez pior, a ter más notas"). A personalidade prévia será a de um individuo mais reservado e socialmente inibido e ansioso.

O examinador pergunta qual é o diagnóstico mais provável, no momento atual. O diagnóstico mais provável é o de uma perturbação psicótica primária (esquizofrenia) atendendo à sintomatologia (delírio, alucinações auditivas e ausência de insight parecem-me os sintomas mais relevantes), tempo de evolução dos sintomas e impacto no funcionamento.

Restantes alíneas:

A - Episódio depressivo com sintomas psicóticos.

O quadro não se inicia com sintomatologia depressiva, nem esta é muito evidente, sendo que o doente poderá ter até um aplanamento afetivo (uma restrição emocional) que pode indiciar a presença de sintomatologia negativa de uma esquizofrenia "o doente não reage emocionalmente à afirmação dos pais". Os sintomas psicóticos não são secundários nem são congruentes com o humor.

B - Perturbação de ansiedade social.

Embora exista a descrição de um traço social ansioso neste doente, que seria o seu funcionamento habitual, antes do processo mórbido da esquizofrenia, este diagnóstico não explica a sintomatologia psicótica do doente.

C - Perturbação de personalidade paranoide.

A sintomatologia psicótica do doente não pode ser explicada por qualquer perturbação de personalidade. Na perturbação de personalidade paranóide podem existir ideias sobrevalorizadas de prejuízo e de desconfiança em relação aos outros, mas sem assumir proporções delirantes.

D - Perturbação esquizotípica.

A sintomatologia psicótica do doente não pode ser explicada por qualquer perturbação de personalidade. Na perturbação de personalidade esquizotípica podem existir alterações sensoperceptivas, mas sem assumir proporções delirantes.

PERGUNTA 7

Uma mulher de 32 anos vem ao serviço de urgência por cefaleia e perda visual do olho esquerdo com seis dias de evolução. Refere que, na semana passada, notou dor no olho e na cabeça do lado esquerdo, com náuseas e fotofobia, que associou à sua enxaqueca. Melhorou com o zolmitriptano mas não passou como habitual. Nesse próprio dia, mais tarde, a dor recorreu e notou dificuldade em focar a imagem com o olho esquerdo. Descreve uma «nuvem branca>> e <<visão muito turva», que piorou no dia seguinte. Recorreu inicialmente ao optometrista, que lhe referiu perda de acuidade visual à esquerda, solicitando avaliação médica. Manteve medicação sintomática com zolmitriptano e ibuprofeno, com melhoria relevante nos últimos dois dias, embora ainda não se sinta recuperada. Refere agravamento da ansiedade e da frequência das cefaleias no último mês, por maior exigência no trabalho. A história médica revela perturbação da ansiedade reativa, insónia, enxaqueca episódica frequente e rinite alérgica. A medicação habitual inclui topiramato, amitriptilina, venlafaxina e alprazolam. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 87/min e pressão arterial 143/79 mm Hg. Ela tem 171 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 26 kg/m2. Ao exame físico encontra-se vígil, colaborante, sem alterações das funções nervosas superiores. A acuidade visual do olho direito é de 10/10 e do olho esquerdo 4/10. A fundoscopia direta (sem dilatação) revela discos ópticos de bordos bem definidos, sem palidez, simétricos, sem hemorragias peripapilares e sem alterações vasculares. Não existe defeito campimétrico por confrontação, alterações das fendas palpebrais, da oculomotricidade ou anisocoria. Os reflexos fotomotores mostram defeito pupilar aferente relativo do olho esquerdo. Não há injeção ou hemorragias conjuntivais ou lacrimejo excessivo. Os restantes pares cranianos, força, sensibilidade e coordenação dos membros encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os reflexos osteotendinosos são normais e o reflexo cutâneo plantar é em extensão à esquerda e flexão à direita. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Amaurose fugaz
B. Defeito visual funcional
C. Enxaqueca com aura visual
D. Esclerose múltipla
E. Glaucoma agudo

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Esclerose múltipla

A doente apresenta uma história típica de nevrite ótica (perda visual dolorosa, com defeito pupilar aferente relativo e achados fundoscópicos normais). Adicionalmente, apresenta evidência clínica de lesão de primeiro neurónio, dado RCP extensor à esquerda. Desta forma, o diagnóstico de Esclerose Múltipla é provável (embora sejam precisos dados adicionais para estabelecer disseminação no tempo).

A amaurose fugaz implicava que fosse, de facto, fugaz. O defeito visual funcional não cursa com defeito pupilar aferente relativo. A enxaqueca com aura carateriza-se por fenómenos positivos ou negativos que envolvem habitualmente um hemicampo ou todo o campo visual, com duração de até 30 minutos e máxima de 1 hora. O glaucoma agudo deveria acompanhar-se de olho vermelho e alterações pupilares.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 8

Uma mulher de 72 anos, técnica oficial de contas, vem à consulta de medicina geral e familiar por queixas de diminuição da memória. Refere que, desde há três anos, se esquece "de várias coisas, um recado que me dão, uma coisa que tenho para fazer... vou às compras e não trago tudo. Estou sempre a escrever recados em papéis para não me esquecer». Refere um agravamento progressivo do quadro, especialmente no último ano. Apesar de se mostrar preocupada com estes sintomas, não tem outras queixas e mantém as tarefas que fazia, nomeadamente profissionais, embora com menor intensidade. O marido confirma estas descrições e refere também preocupação. Como antecedentes pessoais destacam-se dois episódios depressivos, aos 47 e 66 anos, na sequência de problemas laborais. A doente foi cuidadora da mãe, que sofria de demência, e tem receio de estar a iniciar o mesmo processo. Sem outros antecedentes familiares de relevo. Em avaliação breve de funções neuropsicológicas, falha duas em três palavras na evocação diferida, sem alterações nos restantes domínios avaliados. A RM cranioencefálica revelou atrofia moderada das regiões mediais dos lobos temporais.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável para as queixas que a doente apresenta atualmente?

A. Défice cognitivo ligeiro amnésico

B. Degenerescência lobar frontotemporal.

C. Demência tipo Alzheimer

D. Diminuição normal da memória, associada à idade

E. Perturbação depressiva recorrente

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Défice cognitivo ligeiro amnésico - A doente apresenta dados concordantes com este diagnóstico: esquecimentos de agravamento progressivo, que levam a preocupação do próprio e de um informador (neste caso o marido), documentados em testes neuropsicológicos e sem interferência na realização independente nas atividades de vida diária. Apesar das queixas mantém a sua funcionalidade, incluindo em tarefas profissionais, que são, enquanto técnica oficial de contas, bastante diferenciadas, pelo que terá o diagnóstico de defeito cognitivo ligeiro, e não de demência. O tipo é amnésico pois a perda de memória é a característica principal.

Restantes alíneas:

B - Degenerescência lobar frontotemporal.
Nas doenças englobadas na demência frontotemporal, os lobos frontais e temporais encontram-se afetados, com concordante declínio progressivo da linguagem, comportamento e memória. Ao contrário da Demência tipo Alzheimer, o défice cognitivo é relativamente menor, com os aspetos comportamentais, psiquiátricos e linguísticos mais proeminentes. Neste caso, a queixa principal é de memória, documentado na avaliação breve de funções neuropsicológicas, para além de que as alterações imagiológicas não apontam para este diagnóstico, não existindo referência a alterações frontais.

C - Demência tipo Alzheimer.
Independentemente das características clínicas, para ser considerado o diagnóstico de demência, é necessário impacto nas atividades de vida diária com, no mínimo, necessidade de assistência nas atividades instrumentais, o que não se verifica. Assim, apesar dos achados imagiológicos, o diagnóstico apenas é feito quando existir clínica concordante.

D - Diminuição normal da memória, associada à idade.
O declínio normal é lentamente progressivo, e no caso em questão, é referido um agravamento no espaço de um ano. Com a idade, é também expectável atrofia cerebral, mas de forma mais homogénea do que a mencionada na RM desta doente.

E - Perturbação depressiva recorrente.
O quadro atual não apresenta critérios clínicos para ser realizado o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente, dada a ausência de: humor deprimido, anedonia, alterações do apetite e sono, fadiga, pensamentos de morte, agitação ou lentificação psicomotoras, entre outros sintomas de depressão.

PERGUNTA 9

Uma mulher de 22 anos, natural de Angola, vem à consulta de medicina geral e familiar para vigilância. Refere cataménios pouco abundantes. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. A medicação habitual inclui contracetivo oral. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 100/55 mm Hg. Ao exame físico apresenta pele e mucosas levemente descoradas e escleróticas anictéricas. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Bilirrubina Total	1 mg/dL
LDH	80 U/L
Ferro	80 µg/dL
Ferritina	20 ng/mL

Sangue

Hemoglobina	10.5 g/dL
VGM	85 fL
Leucócitos	4 500/mm3
Neutrófilos	58%
Linfócitos	27%
Plaquetas	187x109/L

A eletroforese de hemoglobinas revela 60 % de hemoglobina A.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Doença da hemoglobina SC
B. Drepanocitose SS
C. Portadora de alfa talassemia
D. Portadora de beta talassemia
E. Portadora de drepanocitose

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Portadora de drepanocitose
Estamos perante uma mulher de 22 anos sem sintomas hemorrágicos, com anemia ligeira (10,5 g/dL, ou seja >10 g/dL), normocítica (VGM 85 fL, ou seja, entre 80-100 fL) e sem hemólise (bilirrubina normal, LDH normal).
Em relação à eletroforese de hemoglobinas, sabemos que um indivíduo saudável tem uma HbA próximo dos 100%. Tendo em conta que esta jovem tem uma Hb A de 60%, o nosso diagnóstico diferencial incluirá as várias hemoglobinopatias congénitas.

As hemoglobinopatias têm padrões diferentes na eletroforese, de acordo com o esquema abaixo.

Hemoglobin patterns in common hemoglobinopathies

Condition	Genotype	Neonatal screening*	By age 6 weeks	Older children (≥5 years), adolescents, and adults				
				Hb A (%)	Hb A_2 (%)	Hb F (%)	Hb S (%)	Hb C (%)
Normal	AA	FA	FA or AF	95 to 98	2 to 3	<2	0	0
Beta thalassemia trait	A/(β^0 or β^+)	FA	FA	90 to 95	>3.5 (unless due to δβ; can be normal or lower)	1 to 3 (significantly higher if due to δβ deletion)	0	0
Sickle cell trait	AS	FAS	FAS	50 to 60	<3.5	<2	35 to 45; may be lower if concomitant alpha thalassemia	0
Homozygous sickle cell (Hb SS) disease	SS	FS	FS	0	<3.5 but may be increased with concomitant α-thalassemia. May be falsely elevated when measured by HPLC	5 to 15; may be higher in rare cases	85 to 95	0
Sickle-β^0 thalassemia	Sβ^0	FS	FS	0	>3.5 but may be falsely elevated when measured by HPLC	2 to 15	80 to 92	0
Sickle-β^+ thalassemia	Sβ^+	FSA or FS¶	FSA	3 to 30	>3.5 but may be falsely elevated when measured by HPLC	2 to 10	65 to 90	0
Hb SC disease	SC	FSC	FSC	0	<3.5	1 to 5; may be higher in rare cases	45 to 50	45 to 50
Hb CC disease$^{\Delta}$	CC	FC	FC	0	<3.5	<2	0	95
Hb C trait$^{\Delta}$	AC	FAC	FAC	50 to 60	<3.5	<2	0	40 to 50

Hemoglobin may be analyzed by one or more of several separation techniques including HPLC, capillary electrophoresis, isoelectric focusing, or gel electrophoresis. Numbers are approximate and may vary depending on the laboratory method used. Transfusions will affect the percentages measured. Levels of Hb A2 can be affected by thalassemia, iron deficiency, and various other conditions and cannot be used to make a diagnosis of Hb S-beta thalassemia. In selected cases, DNA analysis may be helpful. Refer to UpToDate for discussions of hemoglobin analysis and diagnosis of specific syndromes.

Hb: hemoglobin; Hb A: adult hemoglobin; Hb F: fetal hemoglobin; δβ: delta-beta; HPLC: high-performance liquid chromatography; DNA: deoxyribonucleic acid.

* The neonatal screening patterns list the different hemoglobins in order of abundance. As an example, the FAS pattern has the greatest amount of Hb F, followed by Hb A, followed by Hb S.

¶ In sickle-β^+ thalassemia, the quantity of Hb A at birth may be insufficient for detection.

Δ In Hb C trait, concomitant alpha thalassemia variants lower the percentage of Hb C, and Hb C levels <40% after iron deficiency is excluded or corrected may indicate a two-gene deletion at the alpha locus. Hb C trait plus a beta thalassemia variant could be misdiagnosed as Hb CC disease.

Adapted from: Sickle cell disease in children and adolescents: Diagnosis, guidelines for comprehensive care, and care paths and protocols for management of acute and chronic complications. Revised at the Annual Meeting of the Sickle Cell Disease Care Consortium, Sedona, AZ, November 10-12, 2001.

With additional data from: Bain BJ. Sickle cell haemoglobin and its interactions with other variant haemoglobins and with thalassaemias. In: Haemoglobinopathy Diagnosis, 2nd ed, Wiley-Blackwell, Oxford, 2005.

UpToDate®

Restantes alíneas:

A - Doença da hemoglobina SC. Excluída pelo facto de a doente ter uma HbA muito superior (60% quando devia ser próxima de 0%). O facto de não ter clínica (crises vaso-oclusivas prévias especialmente álgicas ou anemia hemolítica prévia, complicações que costumam ser menos graves que na drepanocitose) também é contra este diagnóstico. A anemia pode ser normocítica, único achado que seria a favor.

B - Drepanocitose SS. pelo facto de a doente ter uma HbA muito superior (60% quando devia ser próxima de 0%) e por não ter clínica (crises vaso-oclusivas e/ou anemia hemolítica prévias).

C - Portadora de alfa talassemia. Excluída pela ausência de microcitose e por, normalmente, os doentes portadores de alfa talassemia apresentarem uma eletroforese da hemoglobina normal.

D - Portadora de beta talassemia. Excluída pela ausência de microcitose e presença de HbA inferior à que seria de esperar se, de facto, estivéssemos perante um diagnóstico de beta talassemia (deveria estar por volta dos 90%).

PERGUNTA 10

Uma mulher de 28 anos recorre ao serviço de urgência por diminuição da acuidade visual bilateral, queixas de olho seco com início uma semana antes e desvio da comissura labial para a direita na noite anterior. Refere que desde há três meses. Tem tosse seca persistente e diaforese noturna intensa. Os sintomas associam-se a episódios de tonturas posturais e uma vez teve uma lipotimia, sem perda de consciência, que reverteu com a elevação dos membros inferiores. Tem sido saudável até então. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 51/min e pressão arterial 132/78 mm Hg. Ao exame físico observa-se paralisia facial periférica esquerda. A fundoscopia revela sinais sugestivos de vasculite retiniana bilateral. A auscultação pulmonar revela crepitações nas bases. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e o exame pélvico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O eletrocardiograma efetuado na urgência revela um bloqueio auriculoventricular do primeiro grau.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Doença de Behçet
B. Doença de Fabry
C. Sarcoidose
D. Sífilis
E. Tuberculose

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Sarcoidose – o quadro clínico enquadra-se num caso de sarcoidose. A sarcoidose é uma doença granulomatosa cuja apresentação clínica apresenta uma multiplicidade de manifestações das quais se destaca a tosse seca (sobretudo em formas subagudas e crónicas da doença), paralisia do nervo facial e uveíte (associada à síndrome de Heerfordt-Waldenstrom – forma aguda de sarcoidose, embora a doente não apresente todos os sintomas deste síndrome). Adicionalmente, a sarcoidose pode apresentar envolvimento cardíaco traduzido por, entre outros sintomas, alterações da condução e lipotímia ou síncope, como ilustrado.

Restantes alíneas:

A - Doença de Behçet – a manifestação mais típica de doença de Behçet é a presença de úlceras mucocutâneas dolorosas e recorrentes. Estes doentes podem apresentar vasculite retiniana como ilustrado. Está associada a manifestações neurológicas, nomeadamente hemiparesia, alterações do comportamento, cefaleias, incontinência de esfíncteres, sinais piramidais e trombose venosa central. A afeção cardíaca é rara, mas pode incluir alterações da condução. O quadro de paralisia facial periférica, tosse seca, diaforese noturna e lipotimia não se enquadram nesta patologia.

B - Doença de Fabry – a doença de Fabry é uma doença de armazenamento lisossómico, com transmissão ligada ao cromossoma X. Esta patologia pode ter envolvimento cardíaco com alterações da condução, bem como diminuição da acuidade visual (por acidentes vasculares isquémicos e não por vasculite retiniana). Podem também apresentar tosse seca. Não justifica a maioria dos sintomas apresentados no caso clínico.

D - Sífilis – a sífilis é uma doença sexualmente transmissível cujas manifestações mais típicas incluem úlceras genitais indolores (sífilis primária), erupção macular ou papular no tronco e extremidades (sífilis secundária). A sífilis terciária pode incluir alguns dos sintomas descritos nomeadamente tosse seca, vasculite retiniana, parésia (embora mais frequentemente generalizada). Os restantes sintomas descritos não se enquadram nesta patologia.

E - Tuberculose – a tuberculose pode justificar alguns dos sintomas supradescritos, nomeadamente tosse seca, a sudorese noturna e a vasculite retiniana. Contudo não explica a restante apresentação clínica.

PERGUNTA 11

Uma menina de 12 anos é trazida pela irmã mais velha, de 17 anos, à consulta aberta no centro de saúde por prurido e eritema nas sobrancelhas e, ocasionalmente, no couro cabeludo desde há duas semanas. Reside em bairro social, num apartamento, com a mãe, padrasto e dois irmãos com quem partilha quarto. A família já foi referenciada às equipas locais de apoio social e de proteção de crianças e jovens dadas as más condições de higiene da casa e a existência de apenas dois quartos para todos os residentes. Ao exame físico apresenta lesões de coceira no couro cabeludo e sobrancelhas, que se encontram eritematosas, com pequenos parasitas incrustados.

Qual dos seguintes é o agente etiológico que mais provavelmente originou o quadro descrito?

A. Pediculus capitis
B. Pediculus corporis
C. Pthirus pubis
D. Sarcoptes scabiei
E. Trichophyton rubrum

Chave oficial: C
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Pediculus capitis - O agente responsável pela pediculose capilar é o Pediculus humanus capitis e são mais frequentemente encontrados na região do couro cabeludo, sobrancelhas e pestanas. É mais comum em crianças em idade pré-escolar e está associado a situações de más condições de higiene e grandes aglomerados de pessoas, tal como descrito no caso clínico.

Restantes alíneas:

B - Pediculus corporis. O Pediculus corporis é também um agente causador de pediculose, mas mais comumente, tal como diz no nome, a nível do corpo. As lesões mais frequentes são na região das axilas, punho, cintura, pernas e pés, porque são locais onde a roupa mais facilmente toca na pele, permitindo ao piolho fazer várias refeições diárias. Não aparente ser esta a situação do caso clínico.

C - Pthirus pubis. O Pthirus pubis, tal como o nome indica é o agente responsável pelos piolhos genitais, no vulgo "chatos". São mais identificados em adultos e transmitidos pela relação sexual. Este agente, pode ser identificado no couro cabeludo e sobrancelhas de crianças, mas normalmente o aparecimento nesta localização, levanta uma suspeita muito elevada de abuso sexual ou violação.

D - Sarcoptes scabiei. Já o Sarcoptes scabiei é o agente responsável pela sarna e não pela pediculose. Os indivíduos afetados pela sarna têm lesões habitualmente no tronco e membros, sendo possível a identificação dos túneis criados por este agente.

E - Trichophyton rubrum. Por último, o Trichophyton rubrum é um fungo, ao contrário dos outros agentes que são parasitas, e, é o principal responsável pela doença fúngica conhecida como "pé de atleta".

PERGUNTA 12

Um homem (de 66 anos, agricultor, vem ao consultório médico por agravamento de queixas respiratórias. Ele refere dispneia persistente de evolução progressiva nos últimos três meses (escala mMRC = 3), associada a tosse produtiva com expetoração mucopurulenta e agravamento da limitação funcional com dificuldade em caminhar ao fim de poucos minutos em não mais do que 100 metros (CAT = 12). Não tem conseguido reverter a clínica com a medicação prescrita. A história médica revela doença pulmonar obstrutiva crónica e a medicação habitual inclui salbutamol + budesonida por via inalatória e salbutamol nebulizado em SOS. Ele refere duas exacerbações no último ano. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 105/min e pressão arterial 119/83 mm Hg; SpO2 94% (ar ambiente) – fez salbutamol há uma hora. Encontra-se eupneico, com mucosas coradas e hidratadas. Apresenta discreta cianose e tórax em barril. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios globalmente diminuídos e sibilos dispersos bilateralmente, sem roncos. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ele não tem edemas dos membros inferiores. Foi realizada espirometria, que revelou FEV1/FVC 64% (pós-broncodilatação). O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal, com desvio do eixo para a direita.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada para melhor controlo da doença?

A. Codeína (oral)
B. Oxigenoterapia domiciliária
C. Teofilina (oral)
D. Tiotrópio (via inalatória)
E. Vacina antipneumocócica (subcutânea)

Chave oficial:
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Tiotrópio (via inalatória). O tiotrópio é um LAMA e é o que se recomenda adicionar ao LABA (embora, neste caso, o doente fizesse um SABA), em caso de manutenção de dispneia. A combinação LABA + LAMA melhora a função pulmonar e os sintomas respiratórios.

De acordo com as normas GOLD 2022, o doente tem DPOC classe D (mMRC ≥ 2, CAT ≥ 10 e ≥ 2 exacerbações no último ano). Está medicado cronicamente com SABA (salbutamol) + ICS (budesonida), que não é uma opção terapêutica recomendada para esta classe. As opções de tratamento inicial são LAMA; ou LAMA + LABA; ou LABA + ICS. Em SOS está medicado com salbutamol nebulizado. Esta via de administração é desaconselhada pelo maior risco de transmissão de microorganismos através de gotículas. Em doentes muito dispneicos deve usar-se

um inalador pressurizado através de câmara expansora. Ele apresenta um agravamento progressivo dos sintomas respiratórios, o que significa que a DPOC não está controlada com a medicação atual. Os sinais vitais estão estáveis.

Restantes alíneas:

A - Codeína (oral). A codeína é um opióide, tem propriedades antitússicas e por isso ajuda a reduzir o sintoma de tosse, mas, dados os seus múltiplos efeitos adversos, não é recomendada por rotina. Além disso, a tosse é um mecanismo fisiológico importante para a eliminação de expetoração. A sua supressão pode conduzir a acumulação de secreções brônquicas e consequentemente maior risco de infeção. Segundo as GOLD 2022, não há dados conclusivos de que os antitússicos tenham um papel benéfico nos doentes com DPOC.

B - Oxigenoterapia domiciliária. Há cinco formas de administração de oxigenoterapia domiciliária: longa duração (OLD), de deambulação, adjuvante da ventiloterapia, paliativa e de curta duração. Mesmo sem especificar a qual delas se refere, para avaliar a existência de critérios de oxigenoterapia, definidos por norma da DGS, seria necessária a realização de gasometria arterial (GSA) em repouso em ar ambiente em período de doença estável e de prova de marcha de seis minutos, também em ar ambiente e em período de doença estável. O único dado fornecido é uma SpO2 94% em ar ambiente. As GOLD 2022 admitem como critério para OLD uma SpO2 <88%, como alternativa à GSA.

C - Teofilina (oral). As xantinas, na qual se inclui a teofilina, têm vindo a ser postas de parte no tratamento da DPOC. Parecem ter um efeito broncodilatador, mas têm também muitos outros efeitos adversos (eg. arritmias, convulsões), interação com vários fármacos e uma janela terapêutica estreita, podendo facilmente atingir níveis tóxicos, sobretudos nos idosos, em quem a clearance é reduzida. Além disso, os estudos existentes não mostraram redução das exacerbações de DPOC com a sua utilização.

E – Vacina antipneumocócica (subcutânea). A vacina antipneumocócica é recomendada a todos os doentes com DPOC, dado serem doentes de risco para infeção respiratória mais grave, mas não melhora o controlo da doença.

PERGUNTA 13

Um homem de 20 anos vem ao serviço de urgência por dor abdominal no quadrante inferior direito com seis horas de evolução. Refere ainda tosse com início há três dias. A história médica revela trauma craniano há quatro anos. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 17/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. A observação da orofaringe mostra sinais de amigdalite, existe dor à palpação da fossa ilíaca direita com sinais de discreta defesa à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,7 mg/L

Glucose 90 mg/dL

ALT 40 U/L

y-glutamil transferase (GGT) 60 U/L

Proteína C reativa 15 mg/L

Sangue

Leucócitos 12 000/mm3

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Adenite mesenterica
B. Apendicite aguda
C. Colecistite aguda
D. Perfuração de divertículo de Meckel
E. Perfuração de úlcera péptica

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Adenite mesentérica - Estamos perante um doente jovem com quadro clínico de dor abdominal de início súbito, com 6 horas de evolução. Doente febril, com dor à palpação da fossa ilíaca direita, ligeira defesa e com elevação de parâmetros inflamatórios – leucocitose ligeira e elevação de PCR. Assim, perante os achados, a principal hipótese de diagnóstico, no contexto de infeção respiratória superior simultânea, é a adenite mesentérica.

A adenite mesentérica pode, muitas vezes, mimetizar uma apendicite aguda. Este quadro aparece frequentemente associado a infeções víricas e encontra-se presente, frequentemente, em crianças e jovens adultos. A dor abdominal é normalmente localizada à fossa ilíaca direita (FID) e a dor à descompressão (Blumberg positivo) pode verificar-se até 25% dos casos.

Restantes alíneas:

B - Apendicite aguda. A apendicite aguda deve ser sempre um diagnóstico a ponderar perante uma dor na FID. No entanto, a clínica e o exame objetivo associados seriam mais exuberantes. Está frequentemente associada a náuseas, vómitos e anorexia. Habitualmente a dor tem início na região peri-umbilical e migra, progressivamente, para a FID. Associadamente teríamos dor à descompressão (sinal de Blumberg), dor na FID à compressão da FIE (sinal de Rovsing) e defesa mais marcada. Seria expectável uma elevação mais marcada dos parâmetros inflamatórios, sobretudo do número de leucócitos. Claro que poderia ser uma apendicite aguda em fase muito inicial; no entanto, perante o quadro de infeção respiratória superior sobreponível, a primeira hipótese de diagnóstico seria de adenite mesentérica.

C - Colecistite aguda. Estamos perante um doente jovem, sem fatores de risco para litíase da vesicula biliar – principal causa de colecistite aguda. A dor é tipicamente localizada ao hipocôndrio direito, cursa com elevação de parâmetros inflamatórios e teríamos, objetivamente, dor à palpação do hipocôndrio direito e Murphy Vesicular positivo. Poderia estar também presente defesa à palpação abdominal. Assim, o quadro de colecistite aguda é menos provável.

D - Perfuração de divertículo de Meckel. O divertículo de Meckel é uma anomalia congénita do trato gastrointestinal rara e maioritariamente assintomática. A sua complicação mais frequente é a hemorragia, no entanto, a perfuração do mesmo pode acontecer. Nesses casos a clínica é frequentemente sobreponível à de apendicite aguda e de adenite mesentérica, apresentado também sinais de irritação peritoneal e defesa localizados ao QID do abdómen. No entanto, face ao quadro clínico apresentado, este diagnóstico não é o mais provável.

E - Perfuração de úlcera péptica. A clínica de úlcera péptica perfurada consiste, tipicamente, em dor abdominal de localização predominantemente epigástrica, com timpanismo à percussão do hipocôndrio direito (sinal de Jobert) e sinais de irritação peritoneal e defesa e progressivamente com maior instabilidade clínica. Doente sem fatores de risco para DUP, nomeadamente sem histórico de consumo abusivo de AINES recente.

PERGUNTA 14

Um homem de 25 anos vem ao serviço de urgência por fadiga, diplopia e dificuldade na mastigação com duas semanas de evolução. Refere ainda dificuldade na realização de tarefas repetidas (tais como estender roupa ou lavar a louça), sobretudo no final do dia, e disfagia desde o dia anterior. Nega outras queixas associadas. Ele não tem antecedentes pessoais de relevo e não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 64/min e pressão arterial 135/80 mm Hg; SpO2 99 % (ar ambiente). Ele tem 176 cm de altura e pesa 65 kg; IMC 21 kg/m2. Ao exame físico apresenta-se com excelente estado geral, ECOG PS 1. Está vígil, orientado e colaborante. O exame neurológico revela ptose bilateral.

Qual dos seguintes estudos mais provavelmente confirmaria o diagnóstico etiológico mais plausível?

A. Anticorpo antirrecetor acetilcolina
B. Biópsia da medula ósse
C. Ecografia da tiroide
D. Eletroencefalograma
E. RM cerebral

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Anticorpo antirrecetor acetilcolina

É descrito um quadro de fraqueza variável de predomínio vespertino ou com a repetição (fatigabilidade). Globalmente este padrão é altamente sugestivo de miastenia gravis, suspeita reforçada pelo atingimento dos músculos extraoculares com diplopia e ptose, assim como bulbares. Assim, a resposta correta é o doseamento de anticorpos contra o NAchR.

Nenhum dos outros exames tem pertinência no quadro clínico apresentado. A biópsia da MO estaria indicada apenas após suspeita sustentada de doença hematológica, para a qual não temos qualquer elemento de suspeita. A patologia estrutural da tireoide nunca poderia justificar ptose bilateral. A epilepsia não provoca ptose, pelo que também o EEG não está indicado. A RM cerebral também não seria útil dado que se a diplopia fosse de causa estrutural não existiria variabilidade.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 15

Uma mulher de 65 anos vem ao consultório médico por astenia intensa, anorexia e perda de 10% do peso Corporal em seis meses. Refere temperatura de 37,2°C ao fim da tarde, acompanhada de sudorese ligeira. Ela não tem antecedentes pessoais de relevo e não faz medicação habitual. Realizou mamografia há cerca de um ano, sem alterações. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 78/min, pressão arterial 130/78 mm Hg; SpO2 98% (ar ambiente). Ela tem 165 cm de altura e pesa 87 kg; IMC32 kg/m2. Está vígil, colaborante e orientada no tempo e no espaço. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é indolor, sem massas. Os resultados de estudos analíticos recentes não mostram alterações de relevo.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Cancro da mama
B. Cancro do cólon e reto
C. Cancro do pulmão
D. Hipertiroidismo
E. Tuberculose pulmonar

Chave oficial: B
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Tuberculose pulmonar - A doente apresenta sintomas constitucionais como astenia, anorexia, perda ponderal, assim como sudorese ligeira. Apresenta também temperatura subfebril ao final do dia, podendo ser estes sintomas e sinais de tuberculose pulmonar. As evoluções temporais (6 meses) são também a favor do mesmo, devendo esta ser considerada como a opção correta.

Restantes alíneas

A - Cancro da mama. Tem como fator de risco a idade, a obesidade e o facto de ser mulher. No entanto para ter apresentação com sintomas constitucionais estaríamos perante uma doença avançada. O facto de ter uma mamografia sem alterações há um ano, não descarta a hipótese de cancro da mama, pois nos tumores dos subtipos mais agressivos, como o triplo negativo ou HER2 positivo, existe um crescimento e evolução clínica rapidamente progressivas. Ainda assim, os sintomas B como sudorese e temperaturas subfebris não são típicos.

B - Cancro do colon e reto. Não apresenta fatores de risco descritos além da idade. Os sintomas constitucionais poderiam ser sinal de doença avançada, no entanto não cursa habitualmente com sintomas B. Os sintomas constitucionais podem, de facto, ser manifestação clínica de qualquer uma das neoplasias apresentadas como opção de resposta. Contudo, a doente não apresenta qualquer alteração ao exame físico que possa apontar e ajudar no diagnóstico diferencial. Sendo assim não consideramos que se deva considerar a alínea B mais correta do que a A ou a C. Tendo em conta a incidência das diferentes neoplasias na população portuguesa, segundo os dados do Globocan, a neoplasia com mais incidência nas mulheres é o cancro do cólon e reto seguido do cancro da mama. No entanto segundo dados dos RON (Registo Oncológico Nacional) a neoplasia da mama é a mais incidente nas mulheres.

C - Cancro do pulmão. Não apresenta fatores de risco para cancro do pulmão. Os sintomas constitucionais poderiam ser sinal de doença avançada, no entanto não cursa habitualmente com sintomas B.

D - Hipertiroidismo. Pode cursar com perda ponderal, mas habitualmente surge associada a outros sintomas, como a hiperfagia e a taquicardia.

PERGUNTA 16

Um menino de 8 anos é trazido ao serviço de urgência por dor abdominal intensa, tipo cólica, com dois dias de evolução, associada a diarreia sanguinolenta desde a noite anterior. Não teve febre ou náuseas. Há referência a um vómito no dia anterior. Não tem antecedentes patológicos de relevo e o programa nacional de vacinação está atualizado. Não existe contexto epidemiológico ou viagens recentes. A família não recorda ingestão de alimentos não cozinhados, mas na semana anterior a criança esteve numa festa de aniversário de um colega de escola. Têm um cão, sem outros animais domésticos. Os sinais vitais são temperatura 37,4°C frequência respiratória 26/min frequência cardíaca 122/mine pressão arterial 92/54 mm Hg. As mucosas estão ligeiramente secas. A auscultação cardíaca revela taquicardia, com sopro sistólico, grau II/VI. A auscultação pulmonar não mostra alterações. O abdómen está mole e depressível, com dor à palpação profunda em todos os quadrantes, sem dor à descompressão.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada neste momento?

A. Loperamida
B. Omeprazol
C. Ondansetrom
D. Trimetoprim + sulfametoxazol
E. Nenhuma intervenção farmacoterapêutica está indicada

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Nenhuma intervenção farmacoterapêutica está indicada - O quadro clínico deste menino é compatível com uma gastroenterite aguda, cuja causa mais frequente na infância é infeciosa, de natureza predominantemente viral. Não estão indicados nesta situação fármacos como a loperamida (um antidiarreico que reduz a motilidade intestinal), pelo risco de aumentar o tempo de contacto de eventuais agentes bacterianos com a mucosa, bem como pelos efeitos secundários associados (nomeadamente íleus paralítico, megacólon tóxico...). Da mesma forma, não existe indicação para o uso de inibidores da bomba de protões, como é o caso do omeprazol. Caso a criança tivesse vómitos persistentes, poderia considerar-se o uso de um anti-emético como o ondansetron, mas este não é o caso, uma vez que este menino apenas apresentou um vómito no dia anterior. A utilização de antibioterapia reserva-se para situações muito específicas, nomeadamente em algumas situações de natureza bacteriana (não está indicada em todas) e principalmente quando associadas a fatores de risco ou doença severa. Desta forma, apesar da referência a diarreia sanguinolenta (que poderia levantar a dúvida relativamente a uma etiologia bacteriana), numa criança previamente saudável, sem doença grave, e sem identificação de agente não está recomendada intervenção farmacoterapêutica.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 17

Um homem de 78 anos é trazido ao serviço de urgência hospitalar por estar, segundo os bombeiros que o trouxeram, «<em estado de choque». Trata-se de um sobrevivente de uma explosão por fuga de gás num estabelecimento residencial para idosos (ERPI). O doente e a mulher, apesar de apresentarem um bom grau de autonomia e cognição preservada, tinham ingressado recentemente na ERPI por não terem filhos e para se sentirem mais apoiados. A mulher do doente foi uma das várias vítimas mortais da ocorrência na ERPI. À avaliação inicial constata-se que os parâmetros vitais do utente estão normais, assim como o exame físico, não havendo evidência de lesões traumáticas ou por queimadura, nem sinais de má perfusão periférica.

Qual das seguintes intervenções é o passo mais adequado?

A. Inquérito focado no incidente crítico (debriefing)
B. Orientar para psicoterapia de suporte
C. Prescrição de um inibidor seletivo da recaptação da serotonina
D. Reavaliação pelo médico assistente após duas semanas
E. Referenciação para psicoterapia de exposição prolongada

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Reavaliação pelo médico assistente após duas semanas - Na maioria dos casos as reações agudas ao stress resolvem com o tempo, pelo que uma política de "watchful waiting" é apropriada. Não invalida que a marcação de uma consulta de follow-up cerca de duas semanas depois do trauma seja importante para monitorizar sintomas e evolução, aferir necessidades de apoio psicossociais, e identificar pessoas que possam ter risco de vir a desenvolver um quadro mais crónico, como seja uma perturbação de stress pós-traumático.

A vinheta descreve um caso de um homem de 78 anos que acabou de sobreviver a uma explosão de gás, que vitimou fatalmente a esposa. Encontra-se num estado ansioso agudo ("estado de choque"). E o examinador pergunta qual é a opção mais apropriada neste momento agudo, na observação em serviço de urgência, sendo que já foram excluídas lesões traumáticas ou por queimadura.

O quadro clínico apresentado configura uma reação aguda ao stress, já que existe pelo sujeito uma resposta ansiosa que surge de instalação imediata à exposição a um evento gerador de stress intenso. É um individuo idoso sem quaisquer antecedentes psiquiátricos à altura do evento. O evento gerador de stress é de uma natureza excecional, em que existe factualmente uma ameaça de morte ao próprio, e a morte da esposa. Apesar do quadro ser doloroso e de grande sofrimento psíquico em termos vivenciais, não é um quadro grave em termos psicopatológicos. É aliás expectável que, em condições normais e com os mecanismos de coping adequados, o sujeito consiga com os seus recursos superar e resolver a situação, sem o apoio especializado de psicologia (psicoterapia) ou de psiquiatria. Essa é a mensagem educativa que os examinadores pretendiam neste caso clínico. Na maioria dos casos as reações agudas ao stress resolvem com o tempo, pelo que uma política de "watchful waiting" é apropriada. Não invalida que a marcação de uma consulta de follow-up cerca de duas semanas depois do trauma seja importante para monitorizar sintomas e evolução, aferir necessidades de apoio psicossociais, e identificar pessoas que possam ter risco de vir a desenvolver um quadro mais crónico, como seja uma perturbação de stress pós-traumático.

Restantes alíneas:

A - Inquérito focado no incidente crítico (debriefing).

O debriefing pode ser realizado individualmente ou em grupo e é um processo no qual a vítima partilha os factos, pensamentos e sentimentos acerca do acidente. Deverá ser realizada por técnicos habilitados. A evidência atual sugere que uma sessão única de debriefing (nomeadamente em contexto de serviço de urgência) não é apropriada nem útil para reduzir o sofrimento psicológico, podendo ser inclusivamente prejudicial para alguns utentes.

B - Orientar para psicoterapia de suporte.

Seria adequado caso o doente venha a revelar sintomas ansiosos e/ou depressivos persistentes e incapacitantes. A psicoterapia de suporte pode aliviar os sintomas ansiosos e depressivos em situações do género, mas com menor eficácia que terapias estruturadas.

C - Prescrição de um inibidor seletivo da recaptação da serotonina.

Não está indicado no tratamento da reação aguda ao stress. Em termos farmacológicos, se a ansiedade for muito severa, poderá ser prescrito um fármaco ansiolítico por alguns dias.

E - Referenciação para psicoterapia de exposição prolongada.

Seria adequado caso o doente venha a revelar sintomas ansiosos e/ou depressivos persistentes e incapacitantes. A terapia de exposição prolongada e a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma são tratamentos com uma eficácia superior à psicoterapia de suporte, podem tratar eficazmente os sintomas ansiosos e depressivos decorrentes da exposição aguda a um trauma, e podem prevenir o desenvolvimento de uma PTSD.

PERGUNTA 18

Um trabalhador dos correios de 41 anos é trazido ao consultório médico pela sua esposa porque esta está preocupada com uma massa atrás da orelha que apareceu há três anos. Durante este tempo, a massa tem aumentado e diminuído de tamanho várias vezes, mas nos últimos dois meses tornou-se muito maior do que antes. A massa é indolor, não eritematosa e não pruriginosa. Ele diz: «Não me preocupei, uma vez que o meu pai tinha uma massa semelhante. Sempre fui saudável.»> O pai faleceu com uma neoplasia do cólon aos 47 anos e o avô materno faleceu com tumor da próstata aos 78 anos. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O exame físico revela três massas globosas, móveis, depressíveis. Duas das massas localizam-se nas costas, à esquerda e à direita, com 2 cm e 1,5 cm de diâmetro, respetivamente. A massa retroauricular direita apresenta 5 cm de diâmetro. Observa um nevo preto de 7 mm atrás do trago esquerdo, que o doente diz estar presente «desde sempre». Não se observa eritema ou gânglios linfáticos aumentados.

Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico adicional mais adequado a solicitar neste momento?

A. Biópsia da massa de 5 cm
B. Colonoscopia
C. Determinação do PSA sérico
D. Excisão do nevo de 7 mm
E. Não são necessários mais exames neste momento.

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: A recomendação neste doente seria de iniciar o rastreio aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de diagnóstico de carcinoma colorectal do parente mais jovem, neste caso o pai uma vez que aos 47 anos já tinha o diagnóstico (Shaukat, Aasma MD, MPH, FACG1,2; Kahi, Charles J. MD, MSc, FACG3,7; Burke, Carol A. MD, FACG4; Rabeneck, Linda MD, MPH, MACG5; Sauer, Bryan G. MD, MSc, FACG (GRADE Methodologist)6; Rex, Douglas K. MD, MACG3. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. The American Journal of Gastroenterology: March 2021 - Volume 116 - Issue 3 - p 458-479). Assim a indicação seria efetivamente a da realização do exame endoscópico. Dadas as restantes opções, este seria o exame com a indicação mais clara e a realizar logo que possível, tornando esta a opção mais correta.

Restantes alíneas:
A - Biópsia da massa de 5 cm.
Perante a história prolongada da presença da massa, a evolução da mesma e a ausência de sinais de alarme ao EO, poderíamos protelar a sua investigação etiológica para após a exclusão de melanoma. Se este diagnóstico se confirmasse, poderíamos realizar uma biópsia da massa para exclusão de metastização (principalmente se exames de estadiamento negativos). Teria ainda indicação para colonoscopia dada história familiar (vide alínea B). Se não houvesse outro tumor, poder-se-ia ainda realizar uma avaliação ecográfica antes de excluir malignidade com biópsia

C - Determinação do PSA sérico.

O valor do rastreio populacional com PSA é debatível e não está totalmente esclarecido; apesar de existir evidência a demonstrar uma redução da mortalidade, esta ocorre à custa de sobrediagnóstico e sobretratamento. De acordo com as guidelines internacionais (e.g. EAU), o rastreio sistemático não é recomendado, mas deve ser oferecida aos doentes a opção, mas para doentes com história familiar (como é o caso referido), apenas após os 45 anos de idade.

D - Excisão do nevo de 7 mm.

Algumas lesões pré-existentes podem evoluir para melanoma com alteração das características não evidentes para o doente, pelo que a excisão do nevo seria adequada neste caso, não só para diagnóstico assim como para determinação de fatores de risco com valor prognóstico (como a espessura). Esta excisão deverá ser realizada pela especialidade uma vez que a qualidade da mesma é relevante para a decisão dos próximos passos. No entanto, dado o tamanho assim como a aparente ausência de evolução recente, poder-se-ia considerar um exame não urgente e inclusivamente a

realizar apenas após observação por Dermatologia, nomeadamente com auxílio de dermatoscópio.

E - Não são necessários mais exames neste momento.

Vide justificação B e D.

PERGUNTA 19

Um homem de 28 anos vem ao consultório médico por ansiedade que relaciona com a sua ordenação sacerdotal que irá decorrer dentro de uma semana) Refere que foi sempre «calmo e tranquilo»>, mas sente que o evento que se aproxima tem particular relevância, o que o tem deixado menos tranquilo e com dificuldade em preparar-se para a cerimónia. Não se apuram outros sintomas. Ele pede um medicamento que lhe dê mais tranquilidade nos dias seguintes, mas receia poder ficar dependente.

Qual das seguintes alternativas representa a estratégia que, sendo adequada a este doente, está associada a menor risco de dependência?

A. Buspirona 5 mg
B. Diazepam 5 mg
C. Lorazepam 1 mg
D. Pregabalina 50 mg
E. Zolpidem 10 mg

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Diazepam 5 mg - Dentro das benzodiazepinas, as de longa ação associam-se a um menor risco de dependência, pelo que o diazepam (semi-vida 20-100h) é uma estratégia adequada.

Restantes alíneas:

A - Buspirona 5 mg.
Sendo um fármaco sem as questões de dependência ligadas às benzodiazepinas, não tem uma resposta tão rápida. Assim, sendo necessário um efeito ansiolítico nos dias seguintes, esta opção não será a mais indicada.

C - Lorazepam 1 mg.

As benzodiazepinas de alta potência e semi-vida curta, como o lorazepam, estão mais frequentemente associadas a dependência.

D - Pregabalina 50 mg.
A pregabalina tem propriedades ansiolíticas conhecidas, porém, existe evidência crescente da sua capacidade de criar dependência. Para além disso, encontra-se aprovada para o tratamento de Perturbação de Ansiedade Generalizada, não sendo o caso em questão.

E - Zolpidem 10 mg.
Esta z-drug tem efeito hipnótico, sendo indicado para o tratamento sintomático da insónia e não da ansiedade.

PERGUNTA 20

Um lactente de 12 meses é trazido ao serviço de urgência pela mãe por tosse e rinorreia com 10 dias de evolução e agravamento progressivo. Neste momento, os episódios de tosse duram 5 a 10 minutos e se seguidos de vómitos. A família encontra-se refugiada, tendo chegado recentemente de uma zona de conflito armado. Ele nunca foi observado em consulta de vigilância e não tem nenhuma vacina. Não faz medicação habitual e não tem alergias conhecidas. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 30/min e frequência cardíaca 120/min; SpO2 88% (ar ambiente). Tem um ar doente, apresenta cianose labial e mucosas secas. A auscultação pulmonar revela crepitações grosseiras bilaterais. A mãe está preocupada e questiona acerca do prognóstico.

Qual das seguintes afirmações é mais adequada relativamente à condição deste lactente?

A. Desenvolverá imunidade permanente após resolução da presente infeção
B. Desenvolverá imunidade permanente após vacinação adequada
C. É provável desenvolver sintomas respiratórios crónicos
D. É provável recuperar totalmente com tratamento adequado
E. O quadro irá ter resolução espontânea em cerca de uma semana

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: É provável recuperar totalmente com tratamento adequado.
Com tratamento adequado, a maioria dos doentes recupera sem sequelas.

Restantes alíneas:

A - Desenvolverá imunidade permanente após resolução da presente infeção
Falso. Este caso parece tratar-se de um caso de Tosse Convulsa. Apesar da infeção poder conferir imunidade, a duração da imunidade é incerta e a reinfeção pode ocorrer.

B - Desenvolverá imunidade permanente após vacinação adequada.
Falso. A imunidade após vacinação também não é duradora.

C - É provável desenvolver sintomas respiratórios crónicos.
Falso. A maioria das crianças recupera totalmente, sem sequelas.

E - O quadro irá ter resolução espontânea em cerca de uma semana.
Falso. O doente encontra-se na fase paroxística da doença que pode durar entre 2 a 8 semanas. A terceira fase da doença é a fase convalescente que pode durar semanas a meses.

PERGUNTA 21

Uma mulher de 41 anos, cabeleireira, vem ao serviço de urgência por cansaço fácil na última semana Não tem antecedentes médicos de relevo. Não faz medicação habitual. É fumadora (20 UMA). Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência cardíaca 92/min e pressão arterial 141/89 mm Hg; SpO2 99% (ar ambiente). Ela tem 156 cm de altura e pesa 66 kg; IMC 27 kg/m2. Ao exame físico observa-se palidez mucocutânea e escleróticas levemente ictéricas. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 6,8 mg/dL 1

Ureia 158 mg/dL

Glucose 89 mg/dL

AST 68 U/L

ALT 39 U/L

Fosfatase alcalina 87 U/L

Proteína C reativa 15 mg/L

Sódio 138 mEq/L

Potássio 5,6 mEq/L T

LDH 211 U/L

Bilirrubina Total 2,1 mg/dL

Indireta 1,6 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 5,9 g/dL

Leucócitos 6 800/mm3

Plaquetas 41 x 109/L

Reticulócitos 2,9%

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para a condição desta doente?

A. Défice de ADAMTS13
B. Défice de alfa-galactosidase
C. Estenose da artéria renal bilateral
D. Mutação no gene COL4A3
E. Mutação no gene COL4A5

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Défice de ADAMTS13.

Hipótese certa. Quadro de astenia na última semana, com quadro hemolítico (ictérica e com LDH e bilirrubina aumentada). A conjugar com a creatinina aumentada temos 3 dos 5 pontos da pêntade da PTT. Anemia hemolítica + trombocitopenia + alterações renais. Apesar de não ter febre, nem alterações neurológicas focais, o défice de ADAMTS 13 é o primeiro diagnóstico a ser considerado neste caso clínico.

Restantes alíneas:

B - Défice de alfa-galactosidase.
Hipótese errada. Neste contexto de Doença de Fabry poder-se-iam admitir alterações renais e hematológicas, mas não em contexto agudo e com a gravidade referida. Doença muito rara com hereditariedade ligada ao X afetando preferencialmente homens.

C - Estenose da artéria renal bilateral.
Hipótese errada. A estenose da artéria renal, para além de quadros hipertensivos, pode provocar aumento da hemoglobina e da eritropoetina. Sem relação com trombocitopenia ou hemólise.

D - Mutação no gene COL4A3.
Hipótese errada. Patologia muito rara, com transmissão ligada ao X. Quadro de anemia grave e trombocitopenia, provavelmente agudo, sem relação com as mutações do COL4A3. Sem alterações neurosensoriais.

E - Mutação no gene COL4A5.
Hipótese errada. Patologia muito rara, com transmissão ligada ao X. Sem alterações neurológicas características.

PERGUNTA 22

Um homem de 57 anos vem ao consultório médico para mostrar análises e ecografia renal solicitadas na consulta anterior. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2 desde há dois anos (sem retinopatia diabética), doença hepática crónica de etiologia etanólica, fibrilhação auricular persistente e um episódio de cólica renal aos 20 anos, com emissão de cálculo. Sem eventos cardiovasculares conhecidos. A medicação habitual inclui lisinopril, metformina gliclazida, linagliptina, sinvastatina e apixabano. É fumador de 25 UMA desde os 20 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,6°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 79/min e pressão arterial 149/89 mm Hg. Ele tem 168 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 30 kg/m2. A auscultação cardíaca revela sons arrítmicos, sem sopros. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina	1 mg/dL
Sódio	139 mEq/L
Potássio	5 mEq/L

Sangue

Hemoglobina A1c	6,8%

Urina

Glucose	Negativo
Proteínas	1+
Sangue	Negativo
Razão albumina/creatinina	313 mg/g

A ecografia renal encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável para a alteração renal?

A. Consumo de etanol
B. Diabetes mellitus
C. Doença renal tromboembólica
D. Litíase renal
E. Tabagismo

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Diabetes mellitus

Trata-se do caso de um homem de 57 anos, diabético e com vários fatores de risco cardiovasculares que apresenta macroalbuminúria (sem disfunção renal ou outras alterações no exame sumário de urina ou ecografia renal). O mais provável é a associação da proteinúria à doença renal diabética. Na DM2, a doença muitas vezes passa desapercebida durante muito tempo antes do diagnóstico. Por outro lado, apesar de existir uma associação forte da doença renal diabética avançada com a retinopatia, num estádio mais precoce pode não se verificar a coexistência destas duas entidades.

Restantes alíneas:

A - Consumo de etanol. O consumo de álcool não é um fator habitualmente associado de forma direta a nefropatia.

C - Doença renal tromboembólica. A doença tromboembólica pode ocorrer em contexto de fibrilação auricular (seria improvável neste caso em que o doente já se encontra hipocoagulado). Esperar-se-ia uma apresentação diferente com dor e hematúria.

D - Litíase renal. A litíase renal pode provocar cólica renal com apresentação clínica distinta (dor e hematúria).

E - Tabagismo. O tabagismo não está tão fortemente associado a doença renal como a diabetes. Apesar disso, pode provocar vasculopatia (e até, raramente, associar-se a uma forma de glomerulosclerose nodular).

PERGUNTA 23

Um adolescente de 13 anos e 6 meses vem à consulta por desaceleração estatural. A gestação foi vigiada, de termo, e o parto eutócico. A antropometria ao nascimento foi: peso 3500 g, comprimento 50 cm controlada com fluticasona inalada (125 ug/dia). A estatura-alvo familiar é de 178 cm (P 59,8; perímetro cefálico 35 cm. O adolescente tem antecedentes de asma com sensibilização alérgica, z-score 0,25). Ele mede 143 cm de altura (P 1,2; 4-score -2,27) e pesa 44 kg; IMC 21,5 kg/m2 (P 85,2: z-score 1,04). A velocidade de crescimento nos últimos 12 meses foi de 4 cm/ano. A curva de crescimento mostra evolução no percentil 50 até aos 9 anos, altura em que cruza percentis até ao percentil onde se encontra atualmente. Ao exame físico apresenta volume testicular de 3 mL bilateralmente e pelos púbicos escassos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A idade óssea é de 10 anos.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Atraso constitucional de crescimento e maturação
B. Atraso pubertário por hipogonadismo
C. Baixa estatura familiar
D. Baixa estatura por doença crónica
E. Deficiência de hormona de crescimento

Chave Oficial: E

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Atraso constitucional de crescimento e maturação.

Caracteriza-se por somatometria ao nascimento adequada, com diminuição do crescimento e cruzamento de percentis nos anos pré-puberes. Outros dados que suportam esta hipótese incluem a idade óssea inferior à idade cronológica (diferença superior a 24 meses) e estatura adequada, no percentil 50-75 (nas curvas da OMS para o sexo masculino), se for considerada a idade esquelética. Perante os achados encontrados na vinheta clínica e a maior prevalência do atraso constitucional de crescimento e maturação como causa de atraso do crescimento, em relação ao défice de hormona de crescimento, consideramos este como o diagnóstico mais provável.

Restantes alíneas:

B - Atraso pubertário por hipogonadismo.
Considera-se atraso pubertário no sexo masculino quando o volume testicular é inferior a 4mL aos 14 anos de idade. Neste caso, o adolescente ainda não atingiu os 14 anos.

C - Baixa estatura familiar.
A estatura alvo familiar está no P59,8 pelo que não existe uma baixa estatura familiar.

D - Baixa estatura por doença crónica.
À exceção da asma, segundo o texto controlada e medicada com corticoides apenas inalados e em baixa dose, não existe evidência na história e exame objetivo de outras doenças crónicas mais frequentemente associadas a baixa estatura (como doença celíaca ou doença inflamatória intestinal, por exemplo). Não existe repercussão no peso e a velocidade de crescimento é adequada para o estádio pré-pubertário, o que torna menos provável esta hipótese.

E - Deficiência de hormona de crescimento.
O comprimento adequado ao nascimento e a ausência de outras manifestações frequentemente associadas no período neonatal como hipoglicémia, icterícia, micropénis, anomalias da linha média tornam a deficiência congénita de GH menos provável. Um défice adquirido de GH poderia explicar a baixa estatura, podendo acompanhar-se de atraso da maturação óssea. Contudo, as variantes não patológicas do crescimento, incluindo o atraso constitucional de crescimento e maturação, são causas muito mais frequentes de baixa estatura.

PERGUNTA 24

Uma mulher de 27 anos vem ao consultório médico por tumefações cervicais e supraclaviculares à direita desde o último mês. Refere ainda prurido generalizado crescente desde há três meses. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 63/min e pressão arterial 110/60 mm Hg. Ao exame físico apresenta ligeira palidez da pele e mucosas. Palpam-se múltiplas adenopatias cervicais e supraclaviculares direitas, indolores, de consistência elástica.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro	
LDH	75 U/L
Sangue	
Hemoglobina	11,9 g/dL
VGM	86 fL
Leucócitos	6 000/mm3
Neutrófilos	58%
Linfócitos	30%
Plaquetas	192 × 109/L
Velocidade de sedimentação	12 mm/1.a hora

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Leucemia linfoblástica aguda
B. Linfoma de Hodgkin clássico
C. Linfoma difuso de grandes células B
D. Linfoma folicular
E. Mononucleose infeciosa

Proposta Academia: B
Chave oficial: B

Validação da afirmação correta: Linfoma de Hodgkin clássico - O linfoma de Hodgkin tem uma distribuição bimodal, com um pico de maior incidência entre os 15-35 anos, compatível com a idade do doente do caso clínico. A apresentação clínica mais comum desta doença hematológica é, precisamente, sob a forma de adenopatias cervicais de consistência elástica, sendo o prurido generalizado também um sintoma típico.

Restantes alíneas:

A - Leucemia linfoblástica aguda. A leucemia linfoblástica aguda é muito pouco provável visto que a evolução temporal é indolente, não apresenta sintomas B e analiticamente seria de esperar leucocitose e LDH aumentada.

C - Linfoma difuso de grandes células B. O LBDGC tem um carácter mais agressivo, pelo que seria de esperar um curso temporal mais agudo, maior carga de doença

e LDH aumentada.

D - Linfoma folicular. O linfoma folicular, tratando-se de um linfoma indolente, é de facto um diagnóstico diferencial a ter em conta. No entanto, é muito mais comum em doentes idosos.

E - Mononucleose infeciosa. A mononucleose infeciosa não cursaria com uma clínica tão arrastada no tempo. Além disso, seria expectável uma apresentação clínica sob a forma de síndrome mononucleósido, com adenopatias dolorosas, faringite e hepatoesplenomegalia.

PERGUNTA 25

Uma mulher de 78 anos, advogada, viúva, é trazida ao consultório médico pela filha com quem vive por "esquecimentos". A doente tem apresentado perda de memória, essencialmente para factos recentes, desde há três anos, mas desempenhando ainda com relativa autonomia muitas das atividades instrumentais da vida diária. Tem antecedentes de hipertensão arterial e insuficiência renal crónica em hemodiálise. A doente, inicialmente tranquila, fica bastante agitada quando é questionada sobre o seu apetite, referindo: "Lá em casa não me dão de comer e batem-me".

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

A. Ativar a assistente social para fazer uma visita domiciliária
B. Convidar a filha a comentar as acusações feitas pela mãe
C. Pedir à filha para sair e entrevistar a doente na sua ausência
D. Referenciar a doente para avaliação em consulta de psiquiatria
E. Tranquilizar a doente e reavaliar após exames auxiliares de diagnóstico

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Pedir à filha para sair e entrevistar a doente na sua ausência - É muitas vezes essencial uma observação individual do paciente, permitindo assim que este responda às questões sem constrangimentos. Neste caso, mesmo que eventualmente as acusações se prendam com possíveis sintomas psicóticos, se para a doente são reais, a presença da filha no gabinete pode deixá-la incomodada e interferir com a observação.

Restantes alíneas:

A - Ativar a assistente social para fazer uma visita domiciliária.
Este passo apenas deve ser dado após investigação médica, após compreender se poderá existir, de facto, alguma situação a monitorizar e resolver em contexto domiciliário.

B - Convidar a filha a comentar as acusações feitas pela mãe.
Este tipo de atitude iria apenas destabilizar a doente e provocar um ambiente não harmonioso no consultório.

D - Referenciar a doente para avaliação em consulta de psiquiatria.
É necessária investigação clínica antes da referenciação à especialidade, verificando-se só após esse momento se a mesma é necessária para a gestão do caso.

E - Tranquilizar a doente e reavaliar após exames auxiliares de diagnóstico.
Este passo será importante, mas antes é necessária uma anamnese completa, por forma a compreender quais os exames auxiliares de diagnóstico a solicitar.

PERGUNTA 26

Um homem de 76 anos vem ao consultório médico por se sentir mais cansado desde há várias semanas. A história médica revela hipertensão arterial com mais de 20 anos de evolução. Está medicado com valsartan, amlodipina e espironolactona (adicionada recentemente). Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 165/95 mmHg; SpO2 98 % (ar ambiente). O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos realizados dois dias antes revelam:

Soro

Creatinina 2 mg/dL

Glucose 109 mg/dL

Colesterol Total 224 mg/dL

Triglicerídeos 164 mg/dL

O exame do sedimento urinário encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O eletrocardiograma revela ritmo sinusal, ondas T altas e simétricas, alargamento do QRS e perturbações da condução AV.

Qual dos seguintes parâmetros é mais provável de se encontrar alterado no estudo sérico complementar?

A. Cálcio
B. Cloro
C. Fósforo
D. Potássio
E. Sódio

Proposta Academia: D
Chave oficial: D

Validação da afirmação correta: Potássio

Comentário: Temos um doente com uma queixa muito inespecífica: cansaço, que pode cursar com alterações de todos estes iões. Como tal, o principal elemento do enunciado que permite selecionar a resposta correta está nos MCDTs, sendo a opção correta (potássio) reforçada pela alteração recente na medicação do doente: a introdução da espironolactona, um diurético poupador de potássio. O excesso de potássio (hipercaliémia) explica as duas principais alterações: cansaço e um ECG típico, com ondas T apiculadas ("ondas T altas e simétricas") e abrandamento/atraso da condução elétrica cardíaca ("alargamento do QRS e perturbações da condução AV."). Além disso, temos um doente com disfunção renal (Creatinina 2 mg/dL) que predispõe a hipercaliémia.

Os restantes iões não causam este padrão específico de alterações do ECG e também não temos um contexto clínico que fizesse pensar no seu desequilíbrio.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação acima.

PERGUNTA 27

Um homem de 50 anos vem ao serviço de urgência por mialgias, fadiga, anorexia, cefaleias, tosse seca e toracalgia à direita, sem características pleuríticas, com três dias de evolução. Menciona ainda dois episódios prévios de diarreia. Nega rinorreia. Esteve numa reunião de trabalho num hotel há duas semanas. Ele não tem antecedentes pessoais de relevo e nega consumo de tabaco. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 100/60 mm Hg; SpO2 94 % (ar ambiente). Ao exame físico está polipneico e apresenta-se macilento. A auscultação pulmonar revela crepitações dispersas. O raio-X do tórax revela infiltrados bilaterais e opacificação do seio costofrénico direito. Aguarda os resultados dos estudos clínicos.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado no tratamento deste doente?

A. Amoxicilina
B. Levofloxacina
C. Meropenem
D. Penicilina
E. Piperacilina + tazobactam

Chave oficial:
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Levofloxacina - Nesta pergunta apresentam-nos um caso de um homem de 50 anos, sem antecedentes pessoais de relevo que recorre por tosse, toracalgia e sintomas sistémicos como cefaleias e mialgias. Adicionalmente está febril, e tem alterações à auscultação pulmonar com crepitações dispersas, tudo isto altamente sugestivo de um quadro de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), hipótese apoiada pelos achados do raio X de tórax realizado. O facto do doente apresentar diarreia, dores musculares, e infiltrados bilaterais é sugestivo de um agente atípico.

Ora, suspeitando de um agente atípico a cobertura destes deve sempre ser realizada podendo ser utilizado um beta-lactâmico com um macrolide ou uma fluroquinolona como a levofloxacina, que dado as opções apresentadas seria a mais correta.

Restantes alíneas:

A - Terapêutica de primeira linha para a Pneumonia adquirida na comunidade, sem sinais de gravidade, em doentes sem comorbilidades ou antibioterapia recente, em que a suspeita seja de uma Pneumonia a Streptococcus Pneumoniae (o agente mais comum). Como neste caso estamos perante a suspeita de um agente atípico, a cobertura destes deve ser sempre assegurada, pelo que a amoxicilina em monoterapia não seria a antibioterapia mais indicada.

C - O meropenem é recomendado como terapêutica em adultos com pneumonia grave e que apresentem risco para infeção a Pseudomonas Aureginosa e que sejam internados. A Pseudomonas associa-se maioritariamente a infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente a pneumonias nosocomiais, o que não é o caso apresentado, pelo que o meropenem nunca seria a antibioterapia empírica a iniciar.

D - A penicilina isolada não se encontra recomendada para o tratamento da pneumonia adquirida na comunidade.

E - A piperaciclina+tazobactam é um antibiótico utilizado no tratamento de pneumonias, mas deve ser reservado a situações especiais como a pneumonia de aspiração ou situações em que se suspeita de envolvimento de Pseudomonas, o que não é o caso.

PERGUNTA 28

Um homem de 68 anos vem à consulta hospitalar por adenocarcinoma bem diferenciado do cego diagnosticado após colonoscopia total de rastreio com biópsia. Encontra-se assintomático. Os antecedentes familiares incluem neoplasia maligna colorretal (mãe e dois irmãos). O exame físico revela pele e mucosas coradas e hidratadas. O exame do abdómen encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
AST	88 U/L	Hemoglobina	11 g/dL
ALT	70 U/L	VGM	78 fL
Fosfatase alcalina	280 U/L		
γ-glutamil transferase (GGT)	300 U/L		
CEA	580 ng/mL [N ≤ 4 ng/mL]		

A TC toracoabdominopélvica releva espessamento da parede do cego, seis nódulos hepáticos bilaterais, hipodensos e com realce periférico (três no lobo direito e três no lobo esquerdo, com dimensões variáveis entre 2 e 5 cm), e um nódulo pulmonar com 2 cm no lobo superior esquerdo, periférico.

Qual das seguintes alternativas é a estratégia terapêutica inicial mais adequada?

A. Hemicolectomia direita
B. Metastasectomia hepática
C. Metastasectomia pulmonar
D. Quimioterapia neoadjuvante
E. Quimioterapia paliativa

Chave oficial: D

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Quimioterapia paliativa - Dado que estamos na presença de um tumor do colon com história familiar e invasão à distância, a estratégia terapêutica inicial mais correta será uma quimioterapia com intuito paliativo.

Restantes alíneas:

A - Sem indicação cirúrgica porque o doente provavelmente tem doença à distância.

B - Procedimento não exequível em doente com múltiplos nódulos em ambos os lobos do fígado.

C - Dada provável doença pluri-metastizada, a metastasectomia pulmonar não irá ter impacto no tratamento.
D - Neoadjuvante pressupõe a realização de um tratamento com intuito curativo - não aplicável neste doente a priori.

Na verdade, a quimioterapia no colon em doentes com metastização com potencial de ressecabilidade é designada por quimioterapia primária ou de conversão. Uma vez que o doente tem lesões hepáticas múltiplas suspeitas (diminuído o potencial de ressecabilidade) e um nodulo pulmonar (lesão suspeita - mas a confirmar se neoplásica e se proveniente de neoplasia do colon ou se primário do pulmão) não se pode realizar uma quimioterapia com um intuito curativo.

PERGUNTA 29

Uma mulher de 34 anos vem ao consultório médico por diminuição significativa da líbido. Refere queixas de irritabilidade crescente, intolerância ao calor e episódios de diarreia quase todos os meses desde há um ano. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 122/min e pressão arterial 136/84 mmHg. Ela tem 179 cm de altura e pesa 52 kg; IMC 16,2kg/m2. Ao exame físico apresenta-se lúcida e colaborante. O exame do pescoço mostra aumento do volume tiroideu à observação e palpação. Apresenta exoftalmia bilateral, sem alteração da acuidade visual, e tremor nos movimentos dos membros superiores.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

TSH 0,1 µU/mL

Tiroxina (T4) 41 µg/dL

Anti-TPO 520 UI/mL [N<35 UI/mL]

Antitireoglobulina 45 ng/mL [N< 10 ng/mL]

Qual das seguintes é a explicação mais provável para a oftalmopatia desta doente?

A. Hiperatividade simpática
B. Hiperplasia da pálpebra
C. Hiperplasia suprarrenal
D. Hipertrofia do nervo ótico
E. Hipertrofia óssea da cavidade orbital

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Esta vinheta ilustra um caso de hipertiroidismo. Vemos uma função tiroideia com TSH frenada e T4 bastante aumentada. A etiologia deste hipertiroidismo é desconhecida e não temos dados suficientes para afirmar qual será embora a doença de Graves pareça ser o mais provável (sintomas com um ano de evolução, idade e sexo, tiroide aumentada e anticorpos anti tiroideus aumentados).

É importante relembrar que as manifestações clínicas de qualquer forma de tirotoxicose resultam dos efeitos fisiológicos diretos das hormonas tiroideias e ainda de uma sensibilidade aumentada às catecolaminas.

Taquicardia, tremor, olhar fixo, suores e retração palpebral são causados por hipersensibilidade às catecolaminas.

As outras respostas estão erradas porque se pensássemos em oftalmopatia de Graves o mecanismo é diferente. A oftalmopatia de Graves resulta da infiltração inflamatória dos músculos extra-oculares do olho pelos linfócitos com deposição de mucopolissacarídeos. Esta reação inflamatória pode ser causada pela sensibilização dos linfócitos a antigénios comuns entre músculos orbitais e tiroide.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 30

Um homem de 78 anos vem à consulta de medicina geral e familiar por rouquidão, dispneia e disfagia. A história médica revela hipertensão arterial e hipercolesterolemia de duração desconhecida. A medicação habitual inclui sinvastatina, amlodipina e furosemida. Os sinais vitais são frequência cardíaca 86/min, pulso regular e amplo e pressão arterial 169/92 mm Hg. Na auscultação cardíaca apresenta sopro sistólico de ejeção de grau II/VI e sopro diastólico curto, em decrescendo, no 3º espaço intercostal à direita. O eletrocardiograma revela ritmo sinusal 80/min e tem critérios de hipertrofia ventricular esquerda. Um raio-X póstero-anterior do tórax, realizado previamente, mostra alargamento da aorta, particularmente a nível da crossa.

Qual dos seguintes é o mais adequado na avaliação deste doente?

A. Angio-TC torácica
B. Coronariografia
C. Ecocardiograma transtorácico
D. Espirometria
E. Manometria esofágica

Proposta Academia: A
Chave oficial: A

Validação da afirmação correta: Angio-TC torácica

Este doente apresenta-se em ambiente não urgente com queixas de duração não especificada. A principal alteração no enunciado faz referência a uma dilatação da crossa da aorta, fazendo supor um diagnóstico de aneurisma da aorta torácica. Adicionalmente há referência a sopros cardíacos compatíveis com insuficiência aórtica (sopro diastólico) com aumento concomitante do volume de ejeção (sopro sistólico). Perante estas alterações, um primeiro passo deveria ser a realização de ecocardiograma transtorácico, que permitiria objetivar a presença de doenças valvulares (e a sua gravidade) bem como avaliar as dimensões da aorta ascendente e crossa da aorta. No entanto, o melhor exame (ou como formulado no enunciado, o exame mais adequado) perante suspeita de dilatação da aorta é um TC ou RMN. Este exame permite avaliar toda a aorta e identificar todas as partes afetadas, enquanto que o ecocardiograma apenas permite visualizar alguns segmentos da aorta. Esta alínea está concordante com o explanado nas Guidelines ESC de Doenças Aórticas de 2014 (página 2902, seção "Aortic aneurysms" - 7.1.3 Evaluation. Por essa razão, os restantes exames não são os mais úteis para a avaliação do aneurisma da aorta (exclui as alíneas B, C, D e E).

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 31

Um lactente de 6 semanas de vida é trazido ao serviço de urgência pela mãe por vómitos com agravamento progressivo, desde há 10 dias, após ingestão de leite de fórmula. A mãe refere que o lactente mama com apetite mas que apresenta vómito não bilioso três a cinco minutos depois. Após cada episódio de vómito fica com fome e irritado. A mãe refere que, na última semana, teve perda de peso e fraldas mais secas. Foi observado pelo médico assistente, que recomendou substituição da fórmula por formulação hipoalergénica, sem melhoria. A gestação foi de 40 semanas, sem complicações, e o parto por cesariana (apresentação pélvica). Sem outros antecedentes patológicos de relevo. A antropometria atual é de 54 cm de comprimento (P25), 4500 g de peso (P25) e 38 cm de perímetro cefálico (< P25). Ao nascimento pesava 3800 g (P50). Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 35/min, frequência cardíaca 165/min e pressão arterial 55/30 mm Hg. Ao exame físico apresenta aspeto emagrecido e está pouco reativo e desidratado. O restante exame físico, incluindo a auscultação pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes achados laboratoriais é mais provável encontrar neste doente?

A. Bicarbonato sérico superior a 30 mEq/L
B. Cloretos séricos superiores a 90 mEq/L
C. pCO2 inferior a 33 mm Hg
D. pH urinário superior a 7
E. Potássio sérico superior a 4 mEq/L

Proposta Academia: A
Chave oficial: A

Validação da afirmação correta: Descreve-se um lactente com vómitos nos últimos dias e desidratação. Os vómitos associam-se a alcalose metabólica que será mantida e agravada pela depleção volémica. Neste cenário, é estimulado o sistema renina-angiotensina-aldosterona na tentativa de conservar sódio/volume. Este, entre outros mecanismos, vai contribuir para uma acidúria paradoxal (o rim torna-se incapaz de excretar o bicarbonato em excesso) e hipocalémia, ambos fatores perpetuadores do problema. Portanto, a hipótese correta é a A.

Restantes alíneas:

B - Cloretos séricos superiores a 90 mEq/L

Comentário: O aumento de bicarbonato (perante a previsível alcalose metabólica) e a perda de ácido clorídrico levam à redução do cloreto sérico.

C - pCO2 inferior a 33 mm Hg

Comentário: Não está descrita taquipneia que fundamente uma hipocapnia. Além disso, a compensação respiratória esperada para a alcalose metabólica (provavelmente existente neste contexto de vómitos prolongados), seria no sentido oposto, de retenção de CO2.

D - pH urinário superior a 7

Comentário: É expectável uma acidúria paradoxal (com pH urinário baixo), até à reversão da hipovolémia e hipocalémia do doente.

E - Potássio sérico superior a 4 mEq/L

Comentário: Os vómitos e depleção volémica com a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona conduzem ambos a uma previsível hipocalémia.

PERGUNTA 32

Um homem de 75 anos, residente num lar, é trazido ao serviço de urgência por dispneia intensa, com três dias de evolução, e por ter apresentado, hoje, na oximetria digital, realizada no lar, um valor de 75%. Tem antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e osteoartrose generalizada. Ao exame físico está obnubilado, cianosado e com respiração ruidosa. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 25/min frequência cardíaca 120/min pressão arterial 90/50 mm Hg; SpO2 85% (FiO2 50%). A auscultação pulmonar revela crepitações e roncos bilateralmente. A auscultação cardíaca revela taquicardia. Ele não tem edemas periféricos.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 2 mg/dL

Ureia 26 mg/dL

Glucose 140 mg/dL

Proteína C reativa 25 mg/L

Sangue

Eritrócitos 4,6×10/mm3

Leucócitos 18 000/mm3

Neutrófilos 85%

Plaquetas 200 × 109/L

Gases (FiO2 50 %)

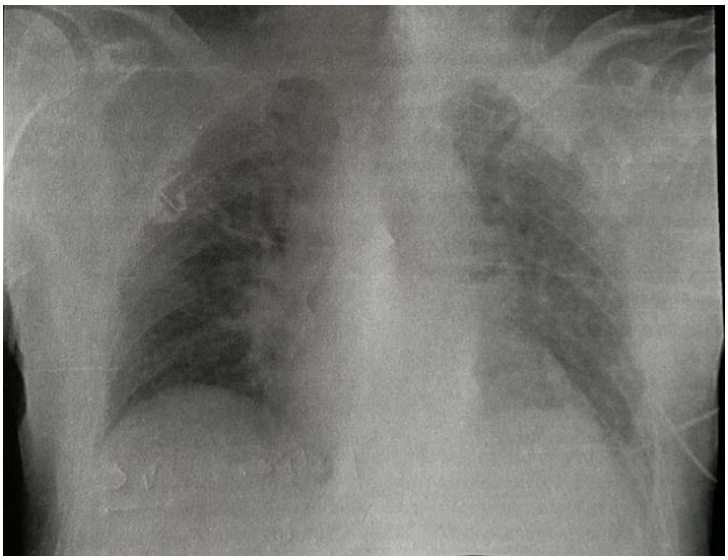
PO2 55 mm Hg

PCO2 55 mm Hg

pH 7,3

Bicarbonato 16 mEq/L

O raio-X do tórax revela os achados apresentados na figura seguinte.



Em face da clínica apresentada, qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Bronquite aguda
B. Descompensação de doença pulmonar obstrutiva crónica
C. Edema agudo do pulmão
D. Pneumonia bilateral
E. Síndrome de dificuldade respiratória aguda

Chave oficial: E
Proposta Academia: E
Validação da afirmação correta: Síndrome de dificuldade respiratória aguda

Um doente sem antecedentes respiratórios conhecidos apresenta um quadro clínico de instalação aguda, sugestivo de intercorrência infeciosa, a condicionar insuficiência respiratória global. Tem como fatores de risco um relativo estado de imunodepressão conferido pela idade e pela diabetes, e um contexto epidemiológico favorável – a residência em lar. A febre e a leucocitose de predomínio neutrofílico juntamente com PCR elevada sugerem um quadro infecioso, de tal gravidade que o doente se encontra já em sépsis (frequência respiratória elevada, alteração do estado mental, hipotensão, PaO2/FiO2 baixa e creatinina aumentada). Gasimetricamente, apresenta uma acidémia mista, com hipercapnia causada pelo quadro respiratório agudo, que não é compensada pelo HCO3, que está baixo em virtude da lesão renal.

Radiologicamente, apresenta um índice cardio-torácico no limite superior da normalidade, não há sinais de derrame pleural e tem infiltrados bilaterais dispersos, não havendo sinais de condensação parenquimatosa.

A síndrome de dificuldade respiratória aguda é uma inflamação difusa do pulmão de início agudo e potencialmente fatal, que geralmente ocorre após um evento desencadeante, como cirurgia, queimadura, traumatismo ou sépsis, entre outros. Caracteriza-se por dispneia e insuficiência respiratória de agravamento progressivo (PaO2/FiO2 <300) e infiltrados pulmonares bilaterais difusos, em que o quadro não é totalmente explicado por insuficiência cardíaca / sobrecarga de volume. É assim, o diagnóstico mais provável, face à clínica grave de rápido agravamento, provavelmente desencadeada pela sépsis, e corroborada pela radiografia e pela gasimetria.

Restantes alíneas:

A - A bronquite aguda é uma inflamação aguda dos brônquios de causa infeciosa em indivíduos sem patologia respiratória conhecida, que resulta da extensão de infeções das vias aéreas superiores, geralmente virais. Em geral apresenta-se como um quadro de tosse que pode ser produtiva e manifestações constitucionais ligeiras.

B - Apesar de não ter diagnóstico conhecido, para o qual seria necessária a realização de espirometria, é possível que tivesse DPOC e que esta fosse descompensada por uma intercorrência infeciosa. No entanto, o quadro parece ser bastante agudo.

C - A favor desta hipótese é o facto de ter diagnóstico conhecido de insuficiência cardíaca, que poderia ter descompensado por uma intercorrência infeciosa. Tem ainda crepitações à auscultação, que podem resultar do edema pulmonar, e uma imagem radiológica compatível, mas é expressamente dito no enunciado que não apresenta edemas periféricos.

D - O diagnóstico de pneumonia exige confirmação radiológica que, neste caso, não se verifica. Contudo, dependendo da localização da condensação, uma incidência postero-anterior pode não ser suficiente, daí a importância da incidência de perfil.

PERGUNTA 33

Um homem de 29 anos vem à consulta de medicina geral e familiar por insónia. Identifica-se ainda astenia e desinteresse por atividades quotidianas com mais de dois meses de evolução. Trata-se de um utente por ser desempregado de longa duração. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo nem hábitos ou recém-inscrito, que procurou há poucos dias o serviço social da unidade por dificuldades económicas, consumos de risco. A história familiar revela suicídio (tio paterno). Apresenta-se cabisbaixo e responde brevemente às perguntas colocadas com um tom monocórdico. Nega existência de ideação de morte. Ele tem 170 cm de altura e pesa 66,5 kg; IMC 23 kg/m2. Os sinais vitais e restante exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

A. Doseamento de vitaminas D, B12 e ácido fólico
B. Prescrição de quetiapina em dose baixa
C. Psicoterapia interpessoal
D. Reavaliação pelo serviço social
E. Referenciação a consulta de psiquiatria

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Psicoterapia interpessoal - O quadro depressivo deve ser imediatamente tratado. Sendo um quadro depressivo ligeiro a psicoterapia, com uma intervenção estruturada e cientificamente validada é a opção correta. A psicoterapia cognitiva-comportamental e a psicoterapia interpessoal são dois modelos psicoterapêuticos que têm evidência no tratamento agudo das perturbações depressivas.

A vinheta descreve um caso clínico de um homem de 29 anos com sintomas depressivos com cerca de dois meses de evolução: insónia, acentuada diminuição do interesse ou prazer nas atividades ("desinteresse por atividades do quotidiano"). O contacto cabisbaixo e o tom de voz monocórdicos são congruentes com o quadro depressivo. Não existe no meu entender informação suficiente para aferir se tem critérios diagnóstico suficientes para uma perturbação depressiva major, mas esse é o diagnóstico mais provável neste doente, sendo que a severidade parece ser ligeira. Não parece ser um quadro meramente reativo a uma situação de desemprego, já que o quadro tem dois meses de evolução, e o utente é um desempregado "de longa duração".

A pergunta é acerca do próximo passo de atuação num homem de 29 anos com um quadro depressivo ligeiro.

Restantes alíneas:
A - Doseamento de vitaminas D, B12 e ácido fólico.

Não existe evidência que o quadro clínico seja decorrente de hipovitaminose D ou níveis baixos de vitamina B12 e ácido fólico. O utente parece bem nutrido (tem um bom IMC) e não reporta alterações de apetite, e nega consumo de substâncias alcoólicas.

B - Prescrição de quetiapina em dose baixa.

Se se optasse por um tratamento psicofarmacológico, este deveria ocorrer no contexto de uma decisão clínica partilhada, e deveria ser com o recurso a um antidepressivo (SSRI), ou, considerando que a insónia é o sintoma preponderante do doente, e a ausência de comorbilidades médicas, o tratamento com a mirtazapina. Os antipsicóticos no tratamento das perturbações depressivas têm lugar nas perturbações depressivas resistentes ao tratamento, e nas perturbações depressivas bipolares.

D - Reavaliação pelo serviço social.

O doente foi há pouco tempo reavaliado pelo serviço social. Mesmo considerando o papel do contexto social desfavorável do doente na etiopatogénese do quadro, urge neste momento tratar o quadro depressivo do doente, até para melhorar as suas capacidades psíquicas para conseguir encontrar um novo trabalho.

E - Referenciação a consulta de psiquiatria.

Não existe sintomatologia psicótica, nem ideação suicida, nem resistência ao tratamento, nem atipicidade no quadro clínico que justifique nesta fase o encaminhamento a serviço especializado. Seria um utente para ser diagnosticado e tratado nos cuidados de saúde primários, pelo menos nesta fase.

PERGUNTA 34

Uma mulher de 45 anos, casada, professora, vem ao consultório médico referindo estar «traumatizada». Refere que nunca teve problemas mentais até há cerca de três anos. Nesta altura, ao acompanhar a filha à aula de equitação, foi atropelada por uma égua descontrolada. Conta que foi «assustador [...] a égua era enorme, aquilo foi tudo muito aparatoso, as pessoas aos gritos a tentarem acalmá-la». Em resultado deste acidente fraturou o úmero. Refere: «Desde então entro em pânico sempre que me aproximo de qualquer picadeiro, chego a vomitar quando vejo cavalos, tremo toda, fico a suar, parece que vou desmaiar. Deixei de a levar às aulas, cheguei a ter crises de choro antes de a levar, tive de pedir ao meu marido para o fazer. Sinto-me culpada e incapaz, eu gosto muito de acompanhar a minha filha, mas de facto não consigo. É estranho, porque consigo levá-la à escola e às outras atividades todas e sinto-me bem.»> Não menciona outras queixas e não tem antecedentes médicos de relevo.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Episódio depressivo major
B. Fobia simples
C. Perturbação de adaptação
D. Perturbação de pânico
E. Perturbação obsessiva-compulsiva

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Fobia simples - A vinheta pretende descrever um caso clínico de uma mulher de 45 anos que desenvolveu uma reação ansiosa do tipo fóbico a cavalos, após uma experiência adversa que ocorreu ao acompanhar a filha à equitação há 3 anos. Nesta situação, existe um medo marcado acerca de um objeto ou situação específica (cavalos/éguas), sendo que essa situação que provoca medo é ativamente evitada (“deixei de a levar às aulas”), e causa impacto no funcionamento (“gosto muito de acompanhar a minha filha, mas não consigo”). Existe ansiedade antecipatória que é uma marca psicopatológica das fobias, “entro em pânico sempre que me aproximo de qualquer picadeiro”. A fobia específica desenvolve-se frequentemente após exposição a evento traumático, fenómeno que pode ser explicado tendo em conta as teorias do condicionamento. Este é aliás o exemplo dado na bibliografia oficial (Shorter) acerca das fobias específicas que cita o caso de uma fobia de cavalos que se instala após um encontro “traumático” com um. Existem paralelismos óbvios com a perturbação de stress pós-traumático (não temos informação suficiente para inferir se estão presentes os critérios para PTSD), sendo que de forma previdente os examinadores não colocaram essa hipótese na lista de respostas.

Restantes alíneas:

A - Episódio depressivo major.

O quadro é dominado por sintomas ansiosos antecipatórios e evitamento compatíveis com o diagnóstico de uma fobia simples. O impacto no funcionamento é circunscrito ao conteúdo da fobia. Se existirem sintomas depressivos serão ligeiros e secundários ao quadro ansioso.

C - Perturbação de adaptação.

O quadro é dominado por sintomas ansiosos antecipatórios e evitamento compatíveis com o diagnóstico de uma fobia simples, e não um quadro ansioso reativo a uma situação de ajuste psicossocial. Para além disso, na perturbação de adaptação os sintomas não podem persistir mais de seis meses, depois do agente gerador de stress ter sido removido.

D - Perturbação de pânico.

O quadro é dominado por sintomas ansiosos antecipatórios e evitamento compatíveis com o diagnóstico de uma fobia simples. O impacto no funcionamento é circunscrito ao conteúdo da fobia. Não existem sintomas de ansiedade generalizados, nem episódios paroxísticos de ansiedade do tipo "out of the blue" que possam ser ataques de pânico.

E - Perturbação obsessiva-compulsiva.

O quadro é dominado por sintomas ansiosos antecipatórios e evitamento compatíveis com o diagnóstico de uma fobia simples, não existindo sintomas obsessivos, nem sintomas compulsivos nesta vinheta clínica.

PERGUNTA 35

Uma mulher de 57 anos vem ao consultório médico por dispneia de início súbito, que refere ter começado «há duas horas, após ter inalado um químico terrível». Ela é funcionária da limpeza no hospital e é sua doente desde há oito anos. A história médica inclui hipertensão arterial e gonartrose. Ela nega consumo de tabaco e refere hábitos etílicos muito esporádicos. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 135/75 mm Hg. À auscultação ouvem-se sibilos expiratórios dispersos. O raio-X do tórax e o eletrocardiograma encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O fluxo expiratório forçado (FEF) tem uma média de 220 L/min (N > 400 L/min) após três medições. Ela responde ao tratamento com salbutamol por nebulizador e o FEF melhora para uma média de 470 L/min após três medições.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento farmacológico mais adequado?

A. Brometo de ipratrópio inalado
B. Cromoglicato oral
C. Montelucaste oral
D. Prednisolona oral
E. Teofilina oral.

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Prednisolona oral

O caso clínico relata a vinheta clínica de uma doente com quadro asmatiforme em crise (asma ocupacional?), tendo desenvolvido broncospasmo (com queda da função respiratória) após inalação de produtos químicos e tendo já obtido alguma melhoria com salbutamol inalado. Considerando o quadro asmatiforme a ainda a persistência de alterações auscultatórias, o próximo passo é a administração de corticoterapia sistémica por curta duração (tratamento semelhante a asma agudizada).

Restantes alíneas:

A – Poderia ser equacionado, mas tendo em conta a reversão obtida com a broncodilatação com salbutamol, o próximo passo é a instituição de terapêutica anti-inflamatória com corticoides.

B - Efeito broncodilatador modesto em praticamente em desuso em adultos.

C - Terapêutica de segunda linha de manutenção de asma.

E - Efeito broncodilatador modesto e elevado risco de efeitos adversos.

PERGUNTA 36

Um homem de 57 anos vem ao serviço de urgência por febre e dor abdominal com três dias de evolução. A história médica revela cirrose hepática de etiologia etanólica, sendo acompanhado em consulta hospitalar. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência respiratória 20/min frequência cardíaca 110/mine pressão arterial 110/70 mm Hg. Ao exame físico o abdómen está distendido, difusamente doloroso à palpação e com sinal de onda ascítica presente.
Qual dos seguintes é o próximo passo imediato mais adequado na gestão deste doente?

A. Antibioterapia
B. Antipirético
C. Ecografia abdominal
D. Paracentese
E. TC abdominal

Chave oficial:
Proposta resposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Paracentese

Trata-se de doente com cirrose hepática que recorre ao SU por febre, dor abdominal e, ao exame objetivo, com ascite. Nesta situação é mandatária a exclusão de peritonite bacteriana espontânea para diagnostico e terapêutica atempada.

Restantes alíneas:

A - Antibioterapia

Comentário: Fundamental no tratamento de infeções bacterianas no doente com cirrose. A colheita de hemoculturas e paracentese com culturas de líquido ascítico previamente à administração de antibióticos é importante para isolamento nas culturas e escolha do antibiótico ajustado ao TSA.

B - Antipirético

Comentário: Pode ser administrado para alívio sintomático, no entanto não é o próximo passo imediato mais adequado na gestão deste doente.

C - Ecografia abdominal

Comentário: Pode ser importante para estudo etiológico do quadro infecioso / causa de descompensação da cirrose. A realização de paracentese não precisa de ser atrasada em função deste exame.

E - TC abdominal

Comentário: Pode ser importante para estudo etiológico do quadro infecioso / causa de descompensação da cirrose. Também é importante se suspeita de peritonite bacteriana secundária. A realização de paracentese não precisa de ser atrasada em função deste exame.

PERGUNTA 37

Uma mulher de 34 anos vem à consulta aberta do seu centro de saúde por dor perianal intensa. Refere queixas prévias de dor anal e/ou perdas hemáticas quando defeca. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. A história familiar revela colite ulcerosa (primo). O exame físico mostra tumefação perianal que envolve a nádega direita, com algum rubor e dolorosa ao toque. Ela não permitiu realizar o toque retal por dor.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Abcesso perianal
B. Doença de Crohn perianal
C. Fissura anal aguda
D. Fistula perianal
E. Trombose hemorroidária

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Abcesso perianal

Estamos perante uma doente com dor perianal intensa com tumefação com envolvimento da nádega direita, ruborizada e dolorosa ao toque. Perante estes achados, a hipótese de abcesso perianal deve ser sempre colocada. Os abcessos perianais podem estar associados a fistulas perianais, sendo, por isso, importante realizar não só o toque rectal como uma anuscopia no bloco operatório para exploração adequada da região perianal.

Restantes alíneas:

B - Apesar da doente ter história familiar positiva para Doença Inflamatória intestinal, não há nada na vinheta clínica que nos faça suspeitar fortemente da mesma – sem sintomas intestinais sugestivos (exemplo elevado número de dejeções diarreicas por dia) e sem manifestações extra-intestinais presentes. A doença de Crohn (DC) pode cursar, na sua manifestação inicial, com um abcesso perianal, no entanto, outras informações e meios complementares de diagnóstico seriam necessários para o diagnóstico de DC.

C - As fissuras perianais cursam, maioritariamente, com dor intensa perianal e objetivam-se à inspeção de região como uma solução de continuidade perianal. Perante uma tumefação com extensão até à nádega e sinais inflamatórios locais, a hipótese mais provável é a de abcesso e não de fissura perianal.

D - As fístulas perianais estão frequentemente associadas aos abcessos. No entanto, perante os achados, não há nada que nos permita diagnosticar uma fistula nesta doente. Seria importante realizar o toque rectal e uma anuscopia sob sedação – exploração cirúrgica – para identificar eventuais orifícios de drenagem internos/trajetos fistulosos que comuniquem com a loca do abcesso. Assim, esta doente tem certamente um abcesso perianal, podendo cursar simultaneamente ou não com uma fístula.

E - Apesar da doente ter história de perdas hemáticas e dor anal quando defeca, sugerindo patologia hemorroidária sintomática, nada nos indica que estejamos perante um quadro de trombose hemorroidária. Nesse caso teríamos uma tumefação perianal compatível com um pedículo hemorroidário trombosado, doloroso ao toque e difícil de reduzir.

PERGUNTA 38

Uma mulher de 18 anos vem à consulta hospitalar por amenorreia primária, sem outra sintomatologia. Nega coitarca. Ela tem antecedentes de asma, controlada com salbutamol em SOS. Não tem antecedentes familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 60/mir e pressão arterial 90/60/mm Hg. Ela tem 163 cm de altura e pesa 56 kg; IMC 21 kg/m2. O exame físico revela desenvolvimento mamário e púbico normais e de acordo com a idade. Ao exame ginecológico apresenta genitais externos normais à inspeção, hímen complacente, vagina em fundo de saco, com 3 cm de profundidade; não se observa colo do útero.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na avaliação diagnóstica desta doente?

A. Cariótipo
B. Determinação da idade óssea
C. Doseamento sérico de FSH e estradiol
D. Ecografia ginecológica
E. RM cranioencefálica

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Ecografia ginecológica

Amenorreia primária define-se como a ausência de menstruação aos 15 anos, na presença de caracteres sexuais secundários. Tendo em conta que o exame objetivo da doente já nos mostra desenvolvimento pubertário normal – desenvolvimento mamário e púbico normais e de acordo com a idade – e alterações anatómicas: vagina em fundo de saco e sem objetivação do colo do útero, o primeiro exame complementar diagnóstico a realizar será a ecografia ginecológica para confirmar a presença/ausência de colo do útero, útero e ovários.

Restantes alíneas:

A – Cariótipo – Nas mulheres em que foi confirmada a ausência de útero, deve ser realizado o cariótipo, permitindo o DD entre uma anomalia do desenvolvimento mülleriano e a síndrome de insensibilidade aos androgénios. No entanto, não seria o exame de primeira linha, sem confirmar a anomalia anatómica com ecografia.

B - Determinação da idade óssea – Este exame não fará sentido uma vez que a doente tem desenvolvimento adequado à idade.

C - Doseamento sérico de FSH e estradiol – Os doseamentos hormonais serão o segundo passo da investigação após realização da ecografia, que vão permitir inferir ou comprovar a etiologia da amenorreia.

E - RM cranioencefálica – este exame terá interesse num hipogonadismo hipogonadotrofico, muitas vezes para excluir uma massa hipofisária. Não é o primeiro exame a realizar.

PERGUNTA 39

Uma mulher de 77 anos, reformada, é trazida ao serviço de urgência por hemiparesia direita de instalação súbita desde há duas horas. A história médica revela hipertensão arterial medicada e, segundo a doente, controlada com valsartan e hidroclorotiazida. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 156/92 mm Hg. Ao exame físico a doente está vígil e colaborante. A auscultação cardíaca e pulmonar, bem como o exame abdominal, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Não apresenta edemas dos membros inferiores. Ao exame neurológico observa-se hemiparesia direita, com força de grau 2 nos membros inferior e superior e hiperreflexia à direita. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Glucose 112 mg/dL

Creatinina 0,7 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 12,6 g/dL

Leucócitos 4 500/mm3

É realizada TC cranioencefálica de imediato, que é relatada como estando dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Controlar a pressão arterial
B. Propor intervenção cirúrgica à neurocirurgia
C. Propor intervenção vascular à neurorradiologia
D. Solicitar ecografia das artérias carótidas
E. Vigiar a glicemia

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Nenhuma

A vinheta clínica descreve uma Via Verde de AVC com 2h de evolução. Ao exame neurológico apresenta hemiparesia franca à direita, sem menção de outros défices neurológicos (escala NIHSS mínima de 8, escala RACE mínima de 4). É referida TC cerebral normal.

A doente teria indicação formal para a realização de trombólise endovenosa, após a qual deveria ser realizado angio-TC. Posteriormente, se confirmada oclusão de grande vaso, é que deve ser proposta intervenção vascular. Em alguns centros internacionais está a ser testada a abordagem direta na suite de angiografia para doentes com alta probabilidade de oclusão de grande vaso (que não seria, da informação dada, o caso desta doente), mas ainda não faz parte da prática clínica habitual.

As restantes questões não são pertinentes. A PA e a glicemia estão dentro de valores que não merecem atenção na VVAVC, o Doppler carotídeo não faz parte da abordagem habitual na VVAVC e não há qualquer razão para intervenção neurocirúrgica.

Desta forma nenhuma das opções é o próximo passo mais adequado.

PERGUNTA 40

Um homem de 82 anos é trazido ao serviço de urgência por tosse, dispneia e edema dos membros inferiores, de instalação insidiosa, nos últimos dois meses. Os antecedentes médicos incluem gota e doença renal crónica, conhecida desde os 75 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 59/min e pressão arterial 89/58 mm Hg. Ele tem 172 cm de altura e pesa 71 kg; IMC 24 kg/m2. Ao exame físico, o doente está pouco colaborante, desorientado no tempo e no espaço. Observam-se mucosas descoradas e hidratadas. A auscultação cardíaca revela sons rítmicos, sem sopros. A auscultação pulmonar revela crepitações no terço inferior do tórax, bilateralmente. Observa-se edema dos membros inferiores até à raiz das coxas. O restante exame físico, incluindo o do abdómen, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		Sangue	
Glucose	89 mg/dL	Hemoglobina	9,1 g/dL
Creatinina	4,8 mg/dL	Leucócitos	7600/mm3
Ureia	143 mg/dL	Neutrófilos	61%
Proteína C Reativa	<7 mg/L	Linfócitos	25%
Sódio	136 mEq/L	Plaquetas	201 × 109/L
Potássio	3,8 mEq/L		
Albumina	2,5 g/dL		
Urina			
Proteínas	+++		
Glucose	Negativo		
Hemoglobina	Negativo		
Leucócitos	Negativo		

A ecografia revela rins de tamanho normal, sem alterações.
Qual dos seguintes estudos mais provavelmente estabelece o diagnóstico?

A. Biópsia da gordura abdominal
B. Cintigrafia renal
C. Doseamento de anticorpos anticitoplasma de neutrófilo
D. Doseamento de anticorpos antimembrana basal glomerular
E. Doseamento de sódio urinário

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Biópsia da gordura abdominal.

Justificação: Este caso retrata uma síndrome nefrótica de evolução insidiosa e num doente com doença renal crónica, pelo que o valor sérico de creatinina já seria relativamente alterado, apesar de ainda não ter alterações renais macroscópicas. Nesta idade e com esta evolução, algumas glomerulopatias primárias e secundárias são mais frequentes, como a glomerulopatia membranosa. As discrasias plasmocitárias também são mais frequentes nesta idade, como as associadas a mieloma múltiplo ou gamapatia monoclonal, podendo manifestar-se até sob a forma de depósitos glomerulares de amilóide (amiloidose). O perfil hipotensivo do doente é um aspeto que favorece esta hipótese. Assim, a biópsia de gordura abdominal permitir-nos-ia identificar os depósitos e dispensar uma biópsia renal.

Restantes alíneas:

B - Cintigrafia renal.
Este exame permite identificar alterações mais macroscópicas, como isquemia ou inflamação/infeção, mas não nos auxiliaria na identificação de alterações glomerulares que justificassem a síndrome nefrótica.

C - Doseamento de anticorpos anticitoplasma de neutrófilo.
A identificação deste anticorpo poderia sugerir o diagnóstico de vasculite ANCA, que se manifesta, geralmente, com glomerulonefrite (por vezes, até rapidamente progressiva). Nesta síndrome nefrótica, não seria a hipótese mais provável.

D - Doseamento de anticorpos antimembrana basal glomerular.
A identificação deste anticorpo poderia sugerir o diagnóstico de doença anti-membrana basal glomerular, que se manifesta, geralmente, com glomerulonefrite (até rapidamente progressiva). Nesta síndrome nefrótica, não seria a hipótese mais provável.

E - Doseamento do sódio urinário.
Este parâmetro não auxilia o diagnóstico de uma síndrome nefrótica. Dada a doença renal crónica existente, estaria provavelmente elevado.

PERGUNTA 41

Uma mulher de 31 anos, primigesta, é admitida no serviço de urgência, às 38 semanas de gestação, por queixas álgicas sugestivas de contrações uterinas, com início há quatro horas. Ela refere que as dores se intensificaram na última hora, após perda vaginal de líquido transparente em quantidade abundante. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências. Tem antecedentes de asma, controlada com salbutamol inalatório em SOS. Não teve crises durante a gravidez. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 115/70 mm Hg. No início da gravidez ela pesava 82 kg e tinha 160 cm de altura; IMC 32 kg/m2. O ganho ponderal durante a gravidez foi de 17 kg. O exame físico revela colo 100% extinto (apagamento) com 5 cm de dilatação ao toque vaginal; apresentação pélvica incompleta, modo pés. Observa-se membranas rotas com exteriorização de líquido esverdeado, sem cheiro desagradável. Altura uterina de 34 cm.

A cardiotocografia realizada (velocidade do papel a 1 cm/min) mostra linha de base com frequência cardíaca fetal de 140/min, conforme o seguinte traçado:

.1 cm.

A médica obstetra opta por realizar parto por cesariana.

Qual das seguintes condições clínicas presentes na história desta mulher melhor justifica a decisão tomada?

A. Fase latente prolongada do trabalho de parto
B. Rotura prematura de membranas
C. Suspeita de sofrimento fetal
D. Taquissistolia uterina
E. Tipo de apresentação

Chave oficial: E
Proposta Academia: E
Validação da afirmação correta: Tipo de apresentação

O caso clínico ilustra uma gravidez de termo em trabalho de parto ativo (> ou igual 4-6 cm de dilatação), com rotura de membranas, e estando o feto numa apresentação pélvica. De referir que esta é uma primeira gravidez, sendo que uma apresentação pélvica numa mulher nulípara é uma contraindicação para um parto vaginal. Assim sendo, a resposta correta para o motivo de decisão da cesariana é o tipo de apresentação.

Restantes alíneas:

A - Fase latente prolongada do trabalho de parto – A grávida encontra-se na fase ativa do trabalho de parto (> ou igual a 4-6 cm de dilatação).

B - Rotura prematura de membranas – A rotura prematura de membranas não é por si só uma indicação para cesariana. Isto é, se a apresentação fosse cefálica e a grávida não estivesse em trabalho de parto, podia equacionar-se induzir o parto.

C - Suspeita de sofrimento fetal – Na descrição do caso clínico não há evidência de sofrimento fetal. O CTG é tranquilizador, apresentando uma linha de base normal, com acelerações e sem registo de desacelerações.

D - Taquissistolia uterina – Taquissistolia define-se como >5 contrações em 10 minutos. Isto não se encontra representado no CTG da figura.

PERGUNTA 42

Um homem de 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, vem ao consultório médico por agravamento recente de disfunção erétil, já conhecida há vários anos. Na consulta anterior referia cansaço fácil e ortopneia desde há um mês. O médico que o observou nessa altura mudou-lhe a terapêutica habitual (que incluía omeprazol, ramipril, hidroclorotiazida e rosuvastatina), tendo suspendido a hidroclorotiazida e iniciado furosemida e bisoprolol. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 62/min e pressão arterial 138/92 mm Hg. A auscultação cardíaca revela sons rítmicos, com galope $3, sem sopros audíveis. A auscultação pulmonar mostra crepitações escassas nas bases. O abdómen é indolor à palpação e não existem organomegalias palpáveis. Não se observam edemas periféricos.

Qual dos seguintes fármacos mais provavelmente está associado a este agravamento da disfunção erétil?

A. Bisoprolol
B. Furosemida
C. Omeprazol
D. Ramipril
E. Rosuvastatina

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Bisoprolol.

Os Beta-bloqueantes são um dos grupos de fármacos mais frequentemente associados à disfunção erétil (desencadear/agravamento)

Restantes alíneas:
B - Furosemida.

Diurético de ansa. Os diuréticos mais tipicamente associados ao agravamento da disfunção erétil são os diuréticos tiazídicos

C - Omeprazol.

Já fazia parte da medicação habitual e não está tipicamente associado ao agravamento da disfunção erétil

D - Ramipril.

Já fazia parte da medicação habitual e não está tipicamente associado ao agravamento da disfunção erétil

E - Rosuvastatina.

Já fazia parte da medicação habitual e não está tipicamente associado ao agravamento da disfunção erétil

PERGUNTA 43

Um homem de 82 anos vem ao consultório médico mostrar os resultados de exames pedidos na última consulta. Ele refere dores articulares crónicas, nos joelhos e na anca, relacionadas com o movimento e sem alterações significativas no último ano. A história médica revela hipertensão arterial e a medicação habitual inclui lercanidipina e diclofenac em SOS. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 75/min e pressão arterial 130/72 mm Hg. Ao exame físico apresenta pele e mucosas coradas, escleróticas anictéricas e múltiplas pequenas adenopatias cervicais bilaterais.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro
LDH 80 U/L

Sangue
Hemoglobina 14,3 g/dL
VGM 95 fL
Leucócitos 38 000/mm3
Neutrófilos 25%
Linfócitos (com sombras nucleares) 72%
Plaquetas 227 x 109/L

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Leucemia linfoblástica aguda
B. Linfoma de Hodgkin
C. Linfoma difuso de grandes células B
D. Linfoma do manto
E. Linfoma linfocítico

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Linfoma linfocítico.

Hipótese certa. Doentes com Leucemia Linfocítica Crónica/Linfoma Linfocítico apresentam-se, ao diagnóstico, com linfocitose e sombras nucleares, sem anemia, nem trombocitopenia, com LDH normal e com adenopatias palpáveis. É a forma mais frequente de doença leucémica e corresponde à idade do doente. Note-se que a entidade LLC/Linfoma Linfocítica é a mesma perante a OMS, mas por norma denomina-se LLC se linfócitos > 5 G/L (independentemente da presença de adenopatias) e Linfoma Linfocítico se linfócitos < 5 G/L e adenopatias presentes.

Restantes alíneas:

A - Leucemia linfoblástica aguda.
Hipótese errada. A LLA é habitualmente acompanhada de sintomatologia severa, com citopenias graves e esplenomegália nalguns casos. Para além disso a LDH é praticamente normal.

B- Linfoma de Hodgkin.
Hipótese errada. O LH é acompanhado de massas adenopáticas que podem ser volumosas e não se apresenta com linfocitose. Para além disso não corresponde aos picos etários de incidência.

C - Linfoma difuso de grandes células B.
Hipótese errada. O LBDCG é acompanhado de massas adenopáticas que podem ser volumosas e não se apresenta com linfocitose. Para além disso tem LDH praticamente normal.

D - Linfoma do manto.
Hipótese errada. O Linfoma do Manto é acompanhado, habitualmente, de sintomatologia B, sendo a forma ganglionar a forma de apresentação mais frequente. Há casos mais raros de apresentação leucémica, mas com LDH mais alta. O restante hemograma normal não é habitual nestas formas leucémicas.

PERGUNTA 44

Um menino de 9 anos é encaminhado pelo médico de família ao serviço de urgência por cefaleia 6 anos progressiva, rigidez da nuca e febre com 24 horas de evolução. Há cinco dias teve um quadro de infeção das vias aéreas superiores e duas dejeções diarreicas que, entretanto, se resolveram. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Frequenta o 3o ano e vive com os pais e dois irmãos mais novos. Nenhum dos familiares ou colegas de turma teve sintomas semelhantes. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 106/min e pressão arterial 100/60 mm Hg; SpO2 98 % (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se desconfortável, com rigidez da nuca.
A coloração de Gram do líquido cefalorraquidiano mostrou a presença de diplococos Gram-negativos. Os resultados dos exames culturais ainda não estão disponíveis. Foi iniciada antibioterapia adequada ao doente.
Qual das seguintes alternativas é a intervenção mais adequada neste momento?

A. Administração de rifampicina aos contactos próximos
B. Administração de vacina antimeningocócica a todos os colegas de sala da criança
C. Administração de vacina antipneumocócica a todos os colegas de sala da criança
D. Isolamento rigoroso de todos os familiares da criança
E. Não estão indicadas intervenções até conhecimento do diagnóstico definitivo

Chave oficial: A

Proposta Academia: A
Validação da afirmação correta: Administração de rifampicina aos contactos próximos.
A quimioprofilaxia dos contactos próximos de doentes com infeção meningocócica é mandatória e deve ser realizada o mais rapidamente possível, idealmente nas primeiras 24h após identificação do doente. Nos casos de suspeita de doença meningocócica não é necessário esperar pela confirmação do exame bacteriológico do LCR com isolamento de Neisseria Meningitidis, podendo ser iniciada se a doença meningocócica for fortemente suspeita, como por exemplo, pela identificação de diplococos gram-negativos, tal como está demonstrado neste caso clínico. A rifampicina é o fármaco mais utilizado em crianças.

Restantes alíneas:

B - Administração de vacina antimeningocócica a todos os colegas de sala da criança.
Apesar de ser recomendada a vacinação dos doentes não vacinados uma vez que na meningite meningocócica podem ocorrer casos secundários semanas a meses após o início dos sintomas no indivíduo doente, a vacina anti-meningocócica administrada aos contactos de alto risco atua como medida adjuvante à quimioprofilaxia no caso de surto por serogrupo coberto pela vacina, mas não como medida isolada. Seria mais importante administrar primeiro rifampicina aos contactos próximos.

C - Administração de vacina antipneumocócica a todos os colegas de sala da criança.
O agente mais provável neste caso é a Neisseria Meningitidis, uma vez que se isolaram de diplococos gram-negativos e não o Streptococcus pneumoniae que são bactérias gram-positivas.

D - Isolamento rigoroso de todos os familiares da criança.

Apenas os familiares conviventes no domicílio devem utilizar medidas de prevenção de transmissão de gotículas nas primeiras 24h após início de antibiótico.
E - Não estão indicadas intervenções até conhecimento do diagnóstico definitivo.
Falso. A quimioprofilaxia dos contactos próximos de doentes com infeção meningocócica é mandatória e deve ser realizada o mais rapidamente possível, idealmente nas primeiras 24h após identificação do doente.

PERGUNTA 45

Um homem de 67 anos vem ao consultório médico por coxalgia direita com três semanas de evolução. Ele diz: «A minha anca direita está a doer cada vez mais. O que me pode aconselhar A história médica revela insuficiência cardíaca de classe II em IV (classificação NYHA), coxartrose e doença arterial periférica. Os sinais vitais são frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 64/min e pressão arterial 152/88 mm Hg. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A auscultação pulmonar revela diminuição dos sons respiratórios em ambas as bases.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada neste momento?

A. Diclofenac + misoprostol
B. Etoricoxib
C. Ibuprofeno
D. Naproxeno
E. Tramadol + antiácidos

Chave oficial: D

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Tramadol + antiácidos

Este doente apresenta-se com queixas de dor articular. O enunciado é notavelmente parco em definir a dor como sendo de características mecânicas ou inflamatórias, o que poderia ter implicação na definição da terapêutica. Adicionalmente trata-se de um doente com alto risco cardiovascular, tal como determinado pela sua doença arterial periférica. É ainda um doente com insuficiência cardíaca, pese embora não se saiba a sua fração de ejeção e etiologia. No exame físico é de notar a presença de diminuição dos sons respiratórios bibasais, o que perante um doente com insuficiência cardíaca (e na ausência de antecedentes de tabagismo) torna como mais provável a possibilidade de se tratar de estase pulmonar e, portanto, um estado volémico não otimizado. Perante todos estes achados, é particularmente contra-indicada a toma de anti-inflamatórios não esteróides, mesmo os inibidores seletivos da COX-2. As Guidelines de 2021 da ESC sobre Insuficiência Cardíaca são claras ao atribuir uma classe de recomendação III (Contra-Indicado) a toma de AINEs ou inibidores da COX-2 em doentes com insuficiência cardíaca, pois aumentam o risco de agudização da IC e hospitalização (ver seção 13.10 "Gout and arthritis" e 17. "'What to do' and 'what not to do' messages from the guidelines"). Perante tal informação, todas as alíneas referentes à AINEs não devem ser consideradas (alínea A, B, C, D). Por exclusão de partes, resta a toma de tramadol, sendo que a associação com anti-ácidos não faz particular sentido. Portanto, a resposta recomendada seria "Tramadol + anti-ácidos" ou nenhuma.

Restantes alíneas:

Verificar comentário da alínea correta.

PERGUNTA 46

Um rapaz de 8 anos, que frequenta o 2.o ano, vem à consulta hospitalar, acompanhado pela mãe, por urinar na cama cerca de quatro noites por semana. Nunca apresenta mais de duas noites secas seguidas. Tem sido convidado para dormir em casa de amigos, mas recusa por ter medo de molhar a cama. A mãe menciona que é um aluno razoável. A história médica inclui diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, medicada com metilfenidato. Ele tem 147 cm de altura (> P95) e pesa 40 kg (> P95). Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 86/min e pressão arterial 106/55 mm Hg. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico inicial mais adequado?

A. Cistouretrografia miccional.
B. Doseamento da glucose sérica em jejum.
C. Ecografia renovesical com pesquisa de resíduo pós-miccional
D. Estudo urodinâmico
E. Ionograma e doseamento da ureia e creatinina séricas

Chave oficial: C

Proposta Academia: C
Validação da afirmação correta: Ecografia renovesical com pesquisa de resíduo pós-miccional.
Exame de eleição de primeira linha para determinar o volume pré e pós-miccional e espessura da parede vesical. Serve como indicador prognóstico e permite avaliar a capacidade vesical da criança.

Restantes alíneas:

A - Cistouretrografia miccional.
A cistouretrografia é reservada para doentes com queixas diurnas, história de infeções urinárias ou sinais e sintomas sugestivos de alterações urológicas estruturais. Não é considerado exame de primeira linha.

B - Doseamento da glucose sérica em jejum.
O adolescente não apresenta outros sintomas sugestivos de diabetes nomeadamente poliúria, polidipsia, polifagia ou perda ponderal o que torna pouco provável o diagnóstico de diabetes.

D - Estudo urodinâmico.
Reservado na investigação da enurese refratária, não monossintomática ou incontinência, o que não é o caso.

E - Ionograma e doseamento da ureia e creatinina séricas.
Os exames laboratoriais iniciais para estudo etiológico seriam a realização de análise de urina e urocultura e não a função renal e ionograma.

PERGUNTA 47

Uma jovem de 18 anos recorre ao serviço de urgência por tristeza, hipersudorese, palpitações, «peso no peito», dificuldade em adormecer e sono fragmentado desde há dois meses, altura em que saiu de casa dos pais para estudar numa universidade distante do seu domicílio. Ultimamente sente-se «estranha>> e não consegue concentrar-se nos estudos. Não se apuram outras queixas. Ela nega antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 150/60 mm Hg. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Episódio depressivo major.
B. Perturbação de adaptação
C. Perturbação de ansiedade generalizada
D. Perturbação de pânico
E. Perturbação de somatização

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Perturbação de adaptação - A vinheta descreve um caso clínico de uma jovem de 18 anos que mostra sintomas ansiosos e depressivos, com insónia inicial e sono fragmentado, diminuição da concentração, e sintomas autonómicos (palpitações e hipersudorese) que surgem no contexto de adaptação ou ajustamento a novas circunstâncias na vida (transição da escola para a universidade). Existe esta associação temporal, sendo que o sofrimento é intenso e já parece ter algum impacto no funcionamento da doente, pelo que o diagnóstico mais provável é o de perturbação de ajustamento.

Restantes alíneas:
A - Episódio depressivo major.

Não existem critérios diagnósticos suficientes para perturbação depressiva major (nomeadamente sintomas depressivos suficientes)

C - Perturbação de ansiedade generalizada.

Não existem critérios diagnósticos suficientes para perturbação ansiedade generalizada (nomeadamente sintomas ansiosos suficientes). A perturbação de ajustamento explica melhor o quadro clínico.

D - Perturbação de pânico.

Não existe menção a episódios paroxísticos de ansiedade compatíveis com ataques de pânico.

E - Perturbação de somatização.

O quadro clínico não é dominado por sintomas somáticos, sendo que os sintomas somáticos neste caso parecem ser secundários à ansiedade e ao que é percecionado pela doente como uma maior dificuldade decorrente da situação de ajustamento.

PERGUNTA 48

Uma mulher de 19 anos, estudante no ensino superior, é levada ao serviço de urgência, por uma amiga, por apresentar várias feridas no braço esquerdo realizadas com um canivete. A doente apresenta diversas cicatrizes nos membros superiores resultantes de lesões antigas da mesma natureza. Na entrevista a doente refere: «Ontem tive uma discussão feia com o meu namorado, terminou tudo comigo, e depois deu-me isto... estava desesperada... desde os 15 anos que faço estes cortes quando não me sinto bem, depois sinto algum alívio.» A doente conta que veio estudar para uma cidade longe da família, «os meus pais não se dão bem, só querem saber do meu irmão mais novo... sinto que não precisam de mim para nada, nunca me elogiam pelo que eu faço...». Acrescenta ainda que a faculdade tem sido muito difícil, «é muita pressão... muitas solicitações... é só trabalhos».

Qual dos seguintes é o fator que confere maior risco de suicídio nesta doente?

A. Disfunção familiar
B. Idade
C. Repetição das lesões
D. Rutura de relação afetiva
E. Sexo

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Repetição das lesões.

A alínea C é considerada correta, visto que história pregressa de gestos auto-lesivos é fator de risco para suicídio.

Restantes alíneas:

A - Disfunção familiar.

Sendo o suporte social um fator importante, este não tem de advir necessariamente da família

B - Idade.

A idade avançada é fator de risco para suicídio, e a doente do caso clínico tem 19 anos.

D - Rutura de relação afetiva.
De facto, o risco de suicídio é menor em indivíduos que estão numa relação afetiva, contudo sabemos também que a maioria dos suicídios consumados são planeados. No caso clínico verifica-se que a rutura da relação ocorreu na véspera da ida ao serviço de urgência o que não permitiu o dito planeamento. Deste modo, no caso de uma rutura afetiva na véspera, seria mais provável a existência de gestos auto-lesivos em contexto impulsivo, do que de suicídio consumado. Assim, a rutura não é o fator que confere maior risco de suicídio nesta doente.

E - Sexo.
Neste caso, é fator protetor, pois o sexo masculino é fator de risco de suicídio (o suicídio é três vezes mais comum nos homens).

PERGUNTA 49

Uma mulher de 65 anos vem à consulta hospitalar para ser informada do resultado histológico da biópsia ao endométrio, que revelou adenocarcinoma endometrioide. A história médica revela hipertensão arterial, perturbação da ansiedade e obesidade. A medicação habitual inclui valsartan, hidroclorotiazida e mexazolam. A menopausa foi aos 54 anos. Os sinais vitais são frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 138/86 mm Hg. Ela tem 160 cm de altura e pesa 92 kg; IMC 36 kg/m2. Ao exame físico apresenta-se consciente, colaborante e orientada no espaço e no tempo. Foram solicitados exames complementares para avaliação pré-operatória. Logo após a consulta, o médico assistente recebe um telefonema do filho da doente a pedir informação sobre o estado de saúde da mãe.

Perante este pedido de informação, qual das seguintes alternativas é a mais adequada?

A. Prestar de imediato as informações solicitadas
B. Referir não estar disponível para qualquer esclarecimento a familiares
C. Referir que lhe prestará a informação após os resultados do estudo pré-operatório
D. Solicitar que efetue o pedido de esclarecimento por escrito
E. Sugerir que se informe junto da doente.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E
Validação da afirmação correta: Sugerir que se informe junto da doente.

De acordo com a bibliografia recomendada, o respeito pela autonomia do doente inclui o direito do paciente sobre como e a quem a sua informação pessoal pode ser transmitida. A quebra da confidencialidade pode prejudicar a relação de confiança médico-doente e, em última instância, os cuidados prestados ao paciente. Em casos raros, a quebra da regra de confidencialidade pode ser justificada se implicar a proteção do doente de danos sérios.

(Beckmann's; capítulo 3 – Ethics, Liability, and Patient Safety in Obstetrics and Gynecology)

Restantes alíneas:

A - Prestar de imediato as informações solicitadas.

A quebra da confidencialidade pode prejudicar a relação de confiança médico-doente e, em última instância, os cuidados prestados à paciente. Em casos raros, a quebra da regra de confidencialidade pode ser justificada se implicar a proteção da doente de danos sérios, o que não se verifica neste caso.

B - Referir não estar disponível para qualquer esclarecimento a familiares.

O médico deve estar disponível para comunicar com os familiares da doente, se for este o desejo da paciente. No entanto, apenas lhes deve prestar esclarecimentos com o consentimento expresso desta.

C - Referir que lhe prestará a informação após os resultados do estudo pré-operatório.

A quebra da confidencialidade pode prejudicar a relação de confiança médico-doente e, em última instância, os cuidados prestados à paciente. Em casos raros, a quebra da regra de confidencialidade pode ser justificada se implicar a proteção da doente de danos sérios, o que não se verifica neste caso. Os resultados do estudo pré-operatório não introduzem qualquer alteração à conduta perante a confidencialidade.

D - Solicitar que efetue o pedido de esclarecimento por escrito.

O dever de confidencialidade do médico não é influenciado pela realização de pedidos de informação por escrito. O médico deve respeitar a autonomia da doente e partilhar informação apenas com autorização expressa desta.

PERGUNTA 50

Um homem de 67 anos vem ao serviço de urgência por coloração amarela da pele com quatro dias de evolução. Refere também dor epigástrica aguda e localizada, com irradiação para o dorso, com um mês de evolução, que melhora com paracetamol. Menciona ainda astenia, anorexia e perda ponderal (> 10%) nos últimos três meses. Ele tem antecedentes de hipertensão arterial medicada com amlodipina. É fumador de 30 UMA desde há 45 anos. Ele tem 171 cm de altura e pesa 54 kg; IMC 18 kg/m2. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 125/75 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com razoável estado geral, ECOG PS 1. Está ictérico. O abdómen é mole e depressível, com desconforto difuso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Qual das seguintes alterações seria mais provável de encontrar no estudo subsequente?

A. Conglomerado retroperitoneal
B. Dissecção da aorta
C. Espessamento da parede da vesícula
D. Massa pancreática
E. Úlcera péptica

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Massa pancreática

Estamos perante um doente com > 65 anos e síndrome constitucional, dor abdominal, icterícia e hábitos tabágicos. Em primeiro lugar devemos sempre suspeitar de uma neoplasia. Neste caso, a suspeita de neoplasia pancreática é bastante forte – dor abdominal epigástrica com irradiação para o dorso, perda ponderal, astenia e anorexia marcadas, hábitos tabágicos importantes e icterícia. Nota: icterícia obstrutiva presente frequentemente nos tumores da cabeça do pâncreas por compressão da via biliar.

Restantes alíneas:

A – Um conglomerado retroperitoneal, seja ele uma massa tumoral ou um conglomerado adenopático, pode cursar com síndrome constitucional e dor abdominal. No entanto, não seria de esperar a presença de icterícia. Assim, face a uma massa pancreática, esta não seria a hipótese mais provável.

B- A disseção da aorta é um evento agudo em que existe dor torácica inter-escapular, em rasgão, frequentemente associada a emergência hipertensiva. Este caso relata a existência de um quadro crónico de base agudizado nos últimos 4 dias. Assim, não é a hipótese mais provável.

C - O espessamento da parede da vesícula biliar está normalmente associado à colecistite aguda. O doente não tem clínica de colecistite aguda – dor abdominal localizada ao hipocôndrio direito (HD), náuseas, vómitos, febre, etc. À palpação teríamos dor predominantemente localizada ao HD e Murphy Vesicular positivo, traduzindo irritação peritoneal. Não seria expectável a síndrome constitucional de base. Assim, a hipótese de colecistite aguda não seria a mais provável.

E – A doença ulcerosa péptica tem como principais fatores de risco o consumo de álcool e de AINES. A clínica baseia-se em pirose, náuseas, dor abdominal predominantemente epigástrica, etc. Pode também estar associada a síndrome constitucional, sobretudo aquando da malignização das úlceras gástricas. Não cursa com icterícia. Assim, a hipótese de úlcera péptica não seria a mais provável.

PERGUNTA 51

Um homem de 52 anos vem à consulta por dispneia relacionada com esforços, cefaleias matinais e disrupção do sono frequente. Refere que adormece com facilidade a ver televisão. Nega dor torácica, ortopneia, tosse ou outras queixas. É professor do ensino secundário. Sem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 92/min e pressão arterial 142/91 mm Hg; SpO2 99 % (ar ambiente). Ele tem 173 cm de altura e pesa 111 kg; IMC 37 kg/m2. Ao exame físico aparenta bom estado geral. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Observa-se abdómen globoso, mole e depressível à palpação, sem organomegalias. O restante exame físico, incluindo o neurológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A TC do tórax e as provas de função respiratória não revelaram alterações patológicas.

Qual dos seguintes estudos é mais provável de estabelecer um diagnóstico?

A. Ecocardiograma
B. Eletroencefalograma
C. Gasometria arterial
D. Prova de esforço
E. TC cerebral

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Gasometria arterial

O caso clínico relata a vinheta clínica de um doente obeso com dispneia para esforços, hiperssonolência diurna, sono não reparador e cefaleias matinais (podem traduzir hipoventilação). Em face desta clínica, a hipótese mais provável é a presença de SAOS/Síndrome de obesidade-hipoventilação. Em face desta suspeita, uma gasometria permitiria documentar elevação de PaCO2 e, portanto, hipoventilação, favorecendo o diagnóstico.

Restantes alíneas:
A - Não havendo estigmas de insuficiência cardíaca, a dispneia é provavelmente explicada pelo descondicionamento físico associado à obesidade, pelo que o ecocardiograma dificilmente estabeleceria o diagnóstico que parece ser ilustrado.

B - Havendo uma causa provável para a hiperssonolência, uma ausência de sintomas neurológicos focais ou crises, este exame não seria o próximo passo.

D - A prova de esforço reserva-se, nos casos de dispneia em estudo, para quando são excluídas todas as outras causas pelos meios complementares mais comuns. Neste caso parece haver justificação para os sintomas, não sendo necessária para já a prova de esforço.

E - A TC cerebral seria eventualmente reservada no caso do restante estudo (nomeadamente de SAOS/SOH) fosse negativo. De notar que mesmo neste cenário, o interesse seria relativo.

PERGUNTA 52

Um homem de 40 anos vem ao consultório médico para «fazer um check-up cardiovascular». Ele diz- «Quero saber se se pode excluir que eu tenha uma doença cardíaca.» O doente apresenta queixas de precordialgia, por vezes associada com o esforço físico, desde há um ano. Quando surgem, as precordialgias têm mais de uma hora de duração. A história médica revela hipertensão arterial desde há cinco anos. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 75/min e pressão arterial 145/93 mm Hg. Ao exame físico a auscultação cardíaca não apresenta sopros e a auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro Colesterol Total 225 mg/dL

O eletrocardiograma e o ecocardiograma realizados há um mês encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes estudos clínicos é mais adequado solicitar neste doente?

A. Angio-TC coronária
B. Cintigrafia de perfusão miocárdica
C. Coronariografia
D. Ecocardiograma de esforço
E. Prova de esforço em tapete rolante.

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Angio-TC coronária - Todas as alíneas assinaladas são testes que podem ser usados para a avaliação de doença arterial coronária em contexto crónico. Perante um doente do sexo masculino, com 40 anos com dor torácica de características não anginosas (relação com o esforço nem sempre presente; dor com duração superior a 1h) a probabilidade de doença coronária obstrutiva é relativamente baixa. Como modificadores de risco para a sua probabilidade de doença coronária apresenta-se a hipertensão arterial que o doente tem no exame objetivo e a dislipidemia. Perante estes achados e a vontade do doente em avaliar o seu risco cardiovascular (excluir se possa vir a ter uma doença cardíaca), o melhor exame é um teste não invasivo com alto valor preditivo negativo para doença coronária como o angioTC coronário. Tal afirmação é validada nas Guidelines ESC de 2019 sobre Síndromes Coronários Crónicos ("Coronary CTA is the preferred test in patients with a lower range of clinical likelihood of CAD, no previous diagnosis of CAD, and characteristics associated with a high likelihood of good image quality. It detects subclinical coronary atherosclerosis, but can also accurately rule out both anatomically and functionally significant CAD. It has higher accuracy values when low clinical likelihood populations are subjected to examination."). Por essa razão, embora todos os outros exames possam ser usados para a exclusão de doença arterial coronária, não são os mais indicados neste doente porque se trata de um doente com baixa probabilidade pré-teste. Adicionalmente, note-se que o angioTC das artérias coronárias permite na aquisição inicial avaliar o score de cálcio das artérias coronárias que "poderá" servir como "garantia" de ausência de eventos cardiovasculares nos próximos anos, caso o score seja de zero ("The power of zero calcium score").

Restantes alíneas:

B - Cintigrafia de perfusão miocárdica - Não é o exame mais adequado para excluir doença coronária num doente com baixa probabilidade pré-teste.

C - Coronariografia - Não é o exame mais adequado para excluir doença coronária num doente com baixa probabilidade pré-teste.

D - Ecocardiograma de esforço - Não é o exame mais adequado para excluir doença coronária num doente com baixa probabilidade pré-teste.

E - Prova de esforço em tapete rolante - Não é o exame mais adequado para excluir doença coronária num doente com baixa probabilidade pré-teste.

PERGUNTA 53

Um homem de 35 anos vem ao consultório medico por manutenção da diarreia, que se agravou no último mês, com três dejeções por dia, sem sangue. Refere ainda perda de 10 % do peso corporal desde há seis meses. A história médica inclui diabetes mellitus insulinodependente, cirrose hepática autoimune e doença celíaca desde há dois anos. Tinha abandonado a consulta, referindo cumprimento ocasional da dieta sem glúten. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 110/65 mm Hg; SpO2 98 % (ar ambiente). Ele tem 173 cm de altura e pesa 72 kg; IMC 24 kg/m2. Ao exame físico encontra-se vígil e colaborante. O abdómen é indolor, sem massas palpáveis. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Insistir na restrição de glúten
B. Solicitar biópsias no ângulo de Treitz
C. Solicitar enteroscopia de duplo balão
D. Solicitar HLA-DQ2 sérico
E. Solicitar TC abdominal

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Insistir na restrição de glúten

Trata-se de um homem jovem com diagnóstico estabelecido de doença celíaca com fraca aderência ao tratamento goldstandard, que é a dieta com evicção de glúten. Recorre por agudização das queixas, com diarreia (3 episódios/dia) e emagrecimento. Atendendo ao quadro, o próximo passo é o doente retomar a dieta com restrição total de glúten.

Restantes alíneas:

B - As biópsias do ângulo de Treitz não apresentam ganho diagnóstico nesta patologia, sendo que o que está preconizado para estabelecimento diagnóstico de doença celíaca (que neste caso está feito) são biópsias do bulbo e de D2.

C – A enteroscopia de duplo balão não é um exame de primeira linha na abordagem diagnóstica de uma diarreia aguda, ainda para mais neste caso quando está identificado pela clínica a sua etiologia.

D – O HLA-DQ2 é particularmente útil no rastreio de familiares de doentes com Doença Celíaca ou em circunstâncias em que o diagnóstico histológico não é possível.
E - O doente não tem um quadro clínico que exija um exame de imagem como a TC Abdominal.

PERGUNTA 54

Um homem de 70 anos vem ao serviço de urgência por noção de diminuição da força dos membros inferiores, incapacitante para a marcha, desde o dia anterior. Descreve ainda lombalgia com agravamento progressivo com três semanas de evolução, com alívio com o decúbito, mas sem resposta à analgesia com paracetamol e ibuprofeno, e parestesias nos membros inferiores desde há quatro dias. Nega alteração de esfincteres ou história de trauma. Menciona perda ponderal involuntária (15%) nos últimos três meses. A história médica revela hipertensão arterial e a medicação habitual inclui amlodipina. É fumador de 60 UMA desde há 40 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 120/72 mm Hg. Ele tem 174 cm de altura e pesa 55 kg; IMC 18 kg/m2. Ao exame físico está corado. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Não há deformidades ou dor à palpação dorsal e lombar. Apresenta força muscular grau 3/5 e hipoestesia dos membros inferiores. Realiza raio-X da coluna dorsal e lombar que não mostra sinais de fratura.

Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico adicional mais adequado?

A. Cintigrafia óssea
B. Eletromiografia
C. PET-TC
D. RM da coluna dorsal e lombar.
E. TC da coluna cervical e dorsal

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: RM da coluna dorsal e lombar
O doente apresenta uma diminuição da força muscular objetivável no exame físico, com força muscular 3/5 associada a dor lombar. Este facto é o fundamental do enunciado porque é um sinal de alarme da dor lombar. Pensamos assim numa compressão nervosa do canal medular, nomeadamente de causa tumoral devido à perda de peso, à idade e o facto de ser fumador. Temos de excluir causas de compressão por tecidos moles (com provável etiologia tumoral) que podem não ser visíveis no rx.

A RM é o exame ideal pois dá-nos existência ou não de massa de tecidos moles e também pode dar pistas sobre o tipo de tumor e que estruturas neurológicas estão a ser comprimidas. Por isso a RM da coluna dorsal e lombar é o exame adicional mais adequado.

Restantes alíneas:

A - Cintigrafia óssea
A cintigrafia óssea é utilizada para detetar lesões com elevada atividade inflamatória (Inflamação, infeção, tumor), mas tem baixa especificidade pelo que não é usada para caracterizar a compressão. Pode, no entanto, ser usada mais tarde no estadiamento para detetar massas tumorais ocultas noutras localizações anatómicas.

B - Eletromiografia
A eletromiografia determina quais as raízes que estão envolvidas na compressão, mas não nos dá informação sobre o tipo de lesão compressiva e por isso não tem interesse nesta situação de urgência.

C - PET-TC
A PET-TC pode ser também usada durante o estadiamento para detectar metástases ou mesmo o tumor primário e tem uma especificidade superior à cintigrafia óssea, mas não permite a caracterização tão permenorizada como a RM da massa tumoral e das estruturas nervosas comprimidas. Pode ser usada mais tarde no processo de estadiamento mas não substitui a RM.

E - TC da coluna cervical e dorsal
A TC poderia ser usada como exame adicional em contexto de urgência quando não há acesso a RM, o que na prática sucede com frequência, mas teria de incluir a coluna lombar. De qualquer modo se há acesso a RM, a RM é o mais adequado.

PERGUNTA 55

Um homem de 45 anos vem à consulta de medicina geral e familiar por azia com dois meses de evolução, com impacto nas suas atividades laborais. Ele diz: «Ando quase todos os dias com azia e até beber um pouco de vinho faz arder. E quando não mastigo bem custa a engolir. E depois de comer fico muito enfartado.» É casado e tem uma filha com 15 anos. A história médica revela dislipidemia e a medicação habitual inclui atorvastatina. É fumador de 25 UMA desde os 20 anos e refere hábitos etílicos de 36 g por dia desde há 10 anos. Ele tem 174 cm de altura e pesa 94 kg; IMC 31 kg/m2. Os sinais vitais e o restante exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

A. Prescrever inibidor de bomba de protões em SOS
B. Prescrever um antagonista dos recetores de histamina tipo 2 em SOS
C. Solicitar endoscopia digestiva alta
D. Solicitar pHmetria esofágica
E. Solicitar raio-X baritado do esófago

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Solicitar endoscopia digestiva alta - No caso supracitado o doente refere sinais de alarme, como a disfagia, pelo que tem indicação para realização de endoscopia digestiva alta para exclusão de causa obstrutiva.

Restantes alíneas:

A - Prescrever inibidor de bomba de protões em SOS - neste caso deve ser prescrito inibidor da bomba de protões uma ou duas vezes por dia para terapêutica de sintomas de refluxo. Não está correta a toma em SOS.

B – Prescrever um antagonista dos recetores de histamina tipo 2 em SOS - Não é terapêutica de primeira linha para tratamento de sintomas de refluxo. Além disso deverá ser tomado de forma diária e não em SOS.

D – Solicitar pHmetria esofágica - Este exame está indicado para diagnóstico de DRGE ou DRGE refratário à terapêutica com IBP. Devem ser excluídas outras causas de disfagia primeiro, com recurso a endoscopia.

E – Solicitar raio-X baritado do esófago - Este exame pode ser útil no estudo de doenças motoras do esófago, como a acalasia, ou mesmo na caracterização de estenoses. A endoscopia é o exame de primeira linha no estudo da disfagia.

PERGUNTA 56

Uma mulher de 40 anos, professora de História, vem à consulta de medicina geral e familiar por disfonia iterativa, fraturada, que piora ao fim do dia, com início há seis meses. Refere sentir grande stress causado pela simultaneidade das suas aulas com as dos filhos em casa durante a pandemia por COVID. Deixou de jantar, pois refere sentir-se frequentemente «enfartada». Começou a fumar três maços por dia desde há 12 meses. Ela refere ter ganhado peso durante o confinamento, tendo agora IMC 32 kg/m2. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Ao exame físico observa-se corrimento nasal posterior e pigarreio produtivo. A laringoscopia não revelou alterações. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Qual dos seguintes diagnósticos mais provavelmente explica este quadro clínico?

A. Disfonia de esforço
B. Disfonia psicogénica
C. Granuloma laringeo
D. Nódulos vocais
E. Refluxo faringolaringeo

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: A resposta correta é a A, disfonia de esforço, uma forma de disfonia funcional que ocorre em pessoas que falam muito, muitas horas, ou muito alto (mau uso vocal ou abuso vocal). A profissão da doente, professora, é um fator de risco comum para este tipo de disfonia. O stress é também um fator agravante pois aumenta a tensão na musculatura cervical e laríngea com consequente aumento no esforço da fala. O tipo de disfonia descrito na anamnese é também característico desta entidade: disfonia iterativa e fraturada que piora ao longo do dia (pelo esforço, tensão e fadiga provocadas na musculatura laringea). Ao exame objetivo não existem alterações estruturais nesta entidade embora haja risco de desenvolvimento de lesões estruturais secundárias (por exemplo nódulos vocais) que seriam visíveis, caso estivessem presentes, na laringoscopia e mudariam o padrão de disfonia.

Restantes alíneas:

B - Disfonia psicogénica - Embora a doente refira período de stress aumentado não existe história de patologia psiquiátrica ou algum indício da mesma na anamnese. Por outro lado, estão identificados fatores de risco para a disfonia de esforço (profissão, necessidades vocais aumentadas...). Doentes com este tipo de disfonia geralmente alteram a qualidade vocal ao longo do dia com períodos de qualidade vocal normal alternados com períodos de qualidade vocal alterada sendo que esta varia desde voz fraturada, "esganiçada" até afonia (alterações estas que geralmente ocorrem durante a presença de médicos normalizando muitas vezes com a saída do consultório). O exame objetivo não tem alterações características.

C – Granuloma laringeo - Embora estejam presentes fatores de risco para a presença de granuloma laríngeo (DRGE e abuso vocal) a laringoscopia não revelou alterações (o que não aconteceria uma vez que se trata de uma lesão estrutural). Além disso o padrão de disfonia seria persistente.

D – Nódulos vocais - Embora estejam presentes fatores de risco para a presença de nódulos laringeos (nomeadamente o abuso vocal) a laringoscopia não revelou alterações (o que não aconteceria uma vez que se trata de uma lesão estrutural). Além disso o padrão de disfonia seria persistente podendo causar também diplofonia e sensação de corpo estranho.

E – Refluxo faringolaringeo - Embora estejam presentes fatores de risco para a presença refluxo faringo-laringeo (nomeadamente a DRGE, o excesso de peso, aumento tabagismo) assim como sintomas a ele associado (pigarreio e enfartamento), a laringoscopia não revelou alterações (o que não aconteceria uma vez que tipicamente revela uma inflamação na região posterior da laringe- laringite posterior).

PERGUNTA 57

Uma mulher de 28 anos vem ao centro de saúde para consulta de vigilância. Ela refere ansiedade por eventual risco de cancro da mama. A história médica revela apendicectomia aos 16 anos. É assistente administrativa em repartição pública, passando muitas horas sentada ao computador. Sem atividade desportiva regular. Os antecedentes familiares incluem cancro da mama (mãe, 45 anos, submetida a cirurgia e tratamento com tamoxifeno). Não existem outros casos semelhantes na família (tem duas tias e quatro primas saudáveis). Os antecedentes obstétricos incluem um parto vaginal aos 26 anos, tendo amamentado durante seis meses. Iniciou pílula estroprogestativa há um ano por fluxo menstrual aumentado. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 68/min e pressão arterial 112/72 mm Hg. Ela tem 162 cm de altura e pesa 81 kg; IMC 31 kg/m2. Ao exame físico observam-se mamas simétricas. À palpação não se detetam nódulos ou empastamentos nem adenopatias axilares. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

A. Realizar ecografia mamária anual
B. Realizar mamografia anual
C. Recomendar a realização de autoexame mamário mensal
D. Recomendar o aumento da prática de atividade física
E. Suspender o estroprogestativo

Chave oficial: D
Proposta Academia: D
Validação da afirmação correta: Recomendar o aumento da prática de atividade física - Estamos perante uma doente com 28 anos, sedentária e com antecedentes familiares de cancro da mama na mãe. A doente faz um contracetivo oral combinado. Objetivamente sem alterações no exame mamário, mas é obesa (IMC 31Kg/m2). O rastreio do cancro da mama está indicado a partir dos 50 anos. Abaixo dessa idade a sua indicação é controversa.

Devemos ter em conta que a abordagem é diferente em doentes com suspeita de tumores da mama, qualquer que seja a faixa etária, das doentes sem suspeita de cancro e que integram o programa de rastreio habitual.

A doente apresenta fatores de risco para cancro da mama: história familiar de cancro da mama em familiar de 1ºGrau e obesidade/sedentarismo.

Esta doente não tem indicação para realização de qualquer exame imagiológico aos 28 anos de rastreio. Tem sim indicação para recomendação de prática de atividade física – a prática de atividade física deve ser recomendada a todos os doentes.

Restantes alíneas:

A e B - Doente sem necessidade de realização de exames de rastreio/controlo anuais. A mamografia não está indicada, de forma geral, em doentes com idade inferior a 35 anos. A ecografia mamária pode ser utilizada em mulheres com < 35 anos ou em doentes com elevada densidade mamária/próteses na suspeita de alterações mamárias.
C – O auto-exame mamário mensal não está indicado nem como método de rastreio, nem como controlo.

E– Os estroprogestativos estão associados a um aumento do risco de cancro da mama. No entanto, a sua interrupção não está indicada.

PERGUNTA 58

Uma mulher de 59 anos vem ao serviço de urgência por dispneia e cansaço nos últimos três dias. A história médica revela doença renal crónica por provável nefropatia IgA (KDIGO G5-A3), hipertensão arterial e dislipidemia. A medicação habitual inclui ramipril, hidroclorotiazida, nebivolol e sinvastatina. Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência respiratória 22/min, frequência cardíaca 93/min e pressão arterial 152/89 mm Hg; SpO2 99% (ar ambiente). O exame físico mostra edema maleolar. A auscultação cardíaca revela ruído de fricção audível no bordo esternal esquerdo e a auscultação pulmonar mostra crepitações bibasais. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	4,7 mg/dL	Hemoglobina	9,1 g/dL
Ureia	163 mg/dL	Leucócitos	7740/mm3
Sódio	139 mEq/L		
Potássio	5,7 mEq/L	**Gases (FiO2 21%)**	
Cálcio	8,2 mg/dL	PO2	87 mmHg
Fósforo	5,7 mg/dL	PCO2	31 mmHg
Troponina I	111 ng/mL	pH	7,30
		Bicarbonato	19 mEq/L
		Lactato	0,7 mmol/L

O débito de filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) é de 10 mL/min/1,73 m2. O eletrocardiograma mostra ligeira elevação de ST difusa, sem outras alterações. O ecocardiograma revela derrame pericárdico moderado, sem compromisso hemodinâmico. O raio-X do tórax encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Nesta fase, qual das seguintes alternativas melhor fundamenta o pedido para indução dialítica?

A. Acidose metabólica
B. Débito de filtrado glomerular
C. Hipercaliemia
D. Pericardite
E. Sobrecarga hídrica

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Pericardite

O presente caso retrata um agravamento progressivo de uma doença renal crónica até ao momento em que surge indicação para indução dialítica. Nesta situação, apesar do valor de ureia sérica não ser muito elevado, os sintomas, as alterações semiológicas (atrito pericárdico), a elevação da tropinina I e as alterações eletro e ecocardiográficas sugerem pericardite. Este diagnóstico enquadrado numa doença renal crónica terminal constitui uma pericardite urémica e uma indicação para iniciar técnica de substituição da função renal.

Restantes alíneas:

A - Acidose metabólica - Neste caso, apesar da doença renal crónica terminal, o valor de pH não é demasiadamente baixo e ainda não foram otimizadas medidas médicas para a sua correção.

B - Débito de filtrado glomerular - Este parâmetro, per se, não constitui uma indicação para indução dialítica. Neste caso, já apresenta um valor que caracteriza o estádio 5 de doença renal crónica terminal e, por isso, a necessidade de indução dialítica a curto prazo é mais provável.

C – Hipercaliemia - O doente apresenta uma hipercaliemia moderada, sem alterações eletrocardiográficas características. Ainda não constitui indicação para indução dialítica. Poderia ser otimizada a terapêutica médica de correção com insulina de ação rápida, salbutamol, furosemida e suspensão do ramipril.

E - Sobrecarga hídrica - O doente apresenta sobrecarga hídrica em grau moderado, inclusivamente com edema pulmonar, mas sem hipoxemia associada. Assumindo que mantém diurese residual, ainda poderia otimizar a terapêutica diurética com furosemida antes de se ponderar técnica de substituição da função renal.

PERGUNTA 59

Um recém-nascido com 1 semana e 3 dias é convocado para consulta hospitalar por apresentar aumento marcado de TSH no rastreio realizado no âmbito do programa nacional de diagnóstico precoce. Este o primeiro filho do casal e não existem antecedentes familiares de relevo. A gestação foi vigiada e o parto eutócico, sem complicações. A mãe e o recém-nascido tiveram alta 36 horas após o parto, encontrando-se o recém-nascido sob aleitamento materno exclusivo, com boa adaptação e ganho ponderal adequado.
Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro
TSH 109 µU/mL
T4 1,2 µg/dL
T4 livre 0,4 ng/dL [N = 0,8-2,4 ng/dL]
Foi iniciado tratamento adequado à situação clínica.
Qual dos seguintes constitui o fator indicativo de melhor prognóstico para o recém-nascido?

A. A concentração sérica de tiroxina demonstrar função tiroideia residual
B. Encontrar-se assintomático ao diagnóstico
C. Não apresentar história familiar de hipotiroidismo
D. O hipotiroidismo ter sido detetado e tratado precocemente
E. Ser do sexo masculino

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: O hipotiroidismo ter sido detetado e tratado precocemente.
O prognóstico, sobretudo a nível de crescimento e neurodesenvolvimento depende da deteção e tratamento precoces (idealmente nas primeiras 2 a 6 semanas de vida). Estas crianças quando tratadas atempadamente podem ter um desenvolvimento e crescimento normais

Restantes alíneas:
A – A concentração sérica de tiroxina demonstrar função tiroideia residual.
Pouco consensual, apenas alguns estudos na literatura reportam maior gravidade da doença em crianças com menor concentração sérica de T4 comparativamente com as crianças que apresentam valores mais elevados. Não constitui um fator indicativo de melhor prognóstico.

B - Encontrar-se assintomático ao diagnóstico.
Mais de 95% os recém-nascidos apresentam-se assintomáticos ao nascimento uma vez que a T4 materna atravessa a placenta e maioria dos recém-nascidos pode apresentar níveis de T4 sérica, pelo que o aparecimento de sintomas surge mais tarde se não detectado e tratado precocemente, como é o caso das regiões do mundo onde não está implementado o programa nacional de diagnóstico precoce e, neste caso, o mau prognóstico está relacionado com a deteção tardia da doença.

C - Não apresentar história familiar de hipotiroidismo.
A maioria dos casos de hipotiroidismo congénito são esporádicos e ocorrem por defeito no desenvolvimento da glândula tiroideia, estando associados a melhor prognóstico. Apesar de esta alínea ser correta, não é considerada mais relevante no prognóstico comparativamente à resposta (D), de deteção e tratamento precoces.

E - Ser do sexo masculino.
O hipotiroidismo congénito é mais frequente no sexo feminino. Sem evidência de associação a prognóstico.

PERGUNTA 60

Um homem de 60 anos vem à consulta de medicina geral e familiar mostrar os resultados dos estudos analíticos solicitados em consulta anterior. Refere diminuição ligeira do jato urinário. A história médica revela herniorrafia inguinal há seis anos e gastrite crónica. Ele tem 173 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 28 kg/m2. O toque retal revela próstata de cerca de 30 mL, sem características suspeitas de malignidade.

Os resultados dos estudos analíticos realizados há duas semanas e há dois dias revelam:

Soro (há duas semanas)

Creatinina 0,95 mg/dL

Azoto ureico 45 mg/dL

PSA

Total 7 ng/mL [N≤4 ng/mL]

Soro (há dois dias)

PSA

Total 6,5 ng/mL [N≤4 ng/mL]

Livre 1,2 ng/mL

O sedimento urinário encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Biópsia prostática transretal ecoguiada
B. Cintigrafia óssea
C. Ecografia prostática transretal
D. Levofloxacina durante duas semanas e repetição de PSA total
E. TC abdomino-pélvica

Chave oficial: A
Proposta Academia: -

Justificação: Na nossa opinião esta pergunta poderia ser contestada. Perante o caso descrito, poder-se-ia alegar, à luz das guidelines mais atuais, o seguinte:

1- O próximo passo mais adequado seria realizar uma ressonância magnética multiparamétrica da próstata (que está recomendado ser feita antes da biopsia prostática de forma a dirigir a mesma). A acuidade diagnostica da biopsia prostática no diagnostico de cancro da próstata clinicamente significativo é maior com as biópsias dirigidas do que com biópsias sistemáticas. Isto seria ainda mais importante numa situação de elevação assintomática do PSA com toque retal normal.

2- Atualmente está recomendado que as biópsias prostáticas sejam realizadas por via transperineal ao invés transretal pela menor taxa de complicações infeciosas associadas à biópsia prostática transperineal.

Restantes alíneas:
A - Biópsia prostática transretal ecoguiada.

Estamos perante uma elevação assintomática do PSA em duas avaliações seriadas e sem um contexto sugestivo de ITU / prostatite. A principal suspeita clínica a confirmar /excluir é a presença de neoplasia da próstata. O exame gold-standard no diagnóstico cancro da próstata é a biópsia prostática.

B - Cintigrafia óssea.

Exame tipicamente usado no estadiamento do cancro da próstata, pelo que não é o próximo passo mais adequado

C - Ecografia prostática transretal.

Não tem utilidade, por si só, no diagnóstico de cancro da próstata. As suas principais utilidades são a avaliação do volume prostático e o auxílio na realização da biópsia prostática. Perante uma suspeita clínica de cancro da próstata o gold-standard no diagnóstico é a biópsia

D - Levofloxacina durante duas semanas e repetição de PSA total.

Dada a ausência de clínica sugestiva de prostatite aguda, o tratamento empírico com antibioterapia e repetição do PSA, por defeito, não está recomendado

E - TC abdomino-pélvica.

No contexto de diagnóstico de cancro da próstata a TC abdomino-pélvica tem tipicamente papel no estadiamento, pelo que não é o próximo passo mais adequado

PERGUNTA 61

Uma grávida com 23 anos, primigesta, é observada na segunda consulta de vigilância pré-natal às 14 semanas de gravidez. Os antecedentes ginecológicos incluem menarca aos 13 anos, ciclos menstruais regulares de 26 a 28 dias e cataménios de 4 dias. A história médica revela asma desde os 15 anos (classificada como ligeira persistente, de acordo com a classificação do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia), bem controlada com budesonida inalada. Nega antecedentes familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 130/74 mm Hg. Ela tem 161 cm de altura e pesa 61 kg; IMC 24 kg/m2. Ao exame físico as mucosas estão coradas e hidratadas. O exame ginecológico não revela alterações e é compatível com gravidez de 14 semanas, evolutiva à inspeção. Os resultados dos estudos analíticos de rotina do primeiro trimestre da gravidez não revelam alterações.

Para além de monitorizar regularmente a função respiratória, qual das seguintes recomendações é a mais adequada para a vigilância desta gravidez neste momento?

A. Aconselhar interrupção da gravidez
B. Prescrever glucorticoide oral
C. Realizar cardiotocografia
D. Realizar perfil biofísico
E. Não são necessárias medidas adicionais

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Não são necessárias medidas adicionais.

Perante uma paciente com asma persistente ligeira, com bom controlo com budesonida oral, não são necessárias medidas adicionais nesta idade gestacional.

(Beckmann's – capítulo 22: Cardiovascular and Respiratory Disorders)

Restantes alíneas:
A - Aconselhar interrupção da gravidez.

De acordo com a bibliografia recomendada, mulheres grávidas com asma ligeira ou moderada (classificação do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia) geralmente têm outcomes materno-fetais excelentes. Neste caso, a paciente tem uma asma classificada como ligeira persistente, bem controlada com budesonida inalada, pelo que não há qualquer motivo para ponderar uma interrupção da gravidez.

B – Prescrever glucorticoide oral.

O tratamento de primeira linha para pacientes com asma persistente durante a gravidez é budesonida inalada, que a paciente já se encontra a realizar, com bom controlo. Os glicocorticoides orais ou endovenosos são habitualmente reservados para casos severos.

C – Realizar cardiotocografia.

Nesta idade gestacional, não se realiza cardiotocografia. Esta deve ser iniciada em mulheres com asma moderada ou severa durante a gravidez após as 32 semanas.

D – Realizar perfil biofísico.

A realização de ecografia para perfil biofísico deve ser considerada em mulheres com asma moderada ou severa durante a gravidez com início às 32 semanas.

PERGUNTA 62

Um homem de 39 anos vem ao serviço de urgência por disfagia completa para sólidos com seis meses de evolução. Refere ainda perda ponderal de 5 %, acompanhada de disfagia intermitente neste período. A história médica revela atopia manifestada por eczema e rinite alérgica. É fumador de 80 UMA desde há 25 anos e refere hábitos etílicos de 100 g por dia. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 126/76 mm Hg. Ele tem 175 cm de altura e pesa 71 kg; IMC 23 kg/m2. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A endoscopia digestiva alta revela impatação alimentar no terço médio do esófago, acima de zona de estenose circunferencial, regular, sem lesão aparente, com esófago esboçando uma estrutura anelar.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Acalásia
B. Esofagite eosinofilica
C. Espasmo esofágico difuso
D. Neoplasia esofágica
E. Neoplasia mediastínica

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Esofagite eosfinofílica (EoE).
Trata-se de doente do sexo masculino, jovem (39 anos) com história de atopia (rinite e eczema), refere quadro com 6 meses de evolução de disfagia intermitente, e recorre ao SU por disfagia para sólidos. Os achados na endoscopia com impacto alimentar associado a estenose regular e esófago de estrutura anelar, associados aos antecedentes supracitados são sugestivos de EoE. A perda de peso pode estar associada a diminuição da ingesta alimentar no contexto de disfagia.

Restantes alíneas:

A - A acalasia manifesta-se, habitualmente, com um quadro progressivo, com anos de duração, de disfagia inicialmente para sólidos associada a regurgitação de alimentos não digeridos, pirose / dor retroesternal e a perda ponderal. Na endoscopia os achados típicos são a dilatação do esófago com conteúdo alimentar, e esfíncter esofágico fechado que se ultrapassa com alguma pressão. O diagnóstico é feito com manometria esofágica.

C – Espasmo esofágico difuso é uma doença motora que se manifesta por dor retroesternal e disfagia para sólidos e líquidos. O diagnóstico é feito por manometria e na endoscopia apresenta aspeto normal.

D – A neoplasia do esófago manifesta-se por disfagia com meses de evolução, inicialmente para sólidos e, em fases mais avançadas, para líquidos, associada a perda ponderal (habitualmente 10% do peso corporal) em doentes com fatores de risco como a idade > 50 anos, tabagismo, consumo de álcool ou história de esófago de barrett. Na endoscopia é evidente a presença de uma lesão irregular / ulcerada / estenosante.

E – As neoplasias mediastínicas são raras e podem manifestar-se com dor e perda ponderal. A disfagia associada a estas neoplasias resulta da compressão extrínseca e em fases avançadas.

PERGUNTA 63

Um homem de 87 anos, engenheiro reformado, ainda presidente do clube da sua localidade, vem ao consultório médico para consulta de seguimento. A história médica revela hipertensão arterial e dislipidemia; a medicação habitual inclui ramipril e sinvastatina. O eletrocardiograma, realizado anteriormente revelou fibrilhação auricular e alterações sugestivas de isquemia, que motivaram prescrição de rivaroxabano. Subsequentemente realizou prova de esforço que revelou depressão de 0,1 mV no segmento ST das derivações DII e DIII, durante o esforço máximo. O doente continua assintomático. Os sinais vitais são frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 88/min (arritmia) e pressão arterial 152/89 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se lúcido e colaborante. As mucosas estão coradas e hidratadas. A auscultação cardíaca revela S1 e S2 presentes, arrítmicos, sem sopros audíveis. A auscultação pulmonar apresenta sons presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Não se observam edemas dos membros inferiores.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

A. Coronariografia
B. Ecocardiograma de esforço
C. Estudo eletrofisiológico
D. Otimização dos fatores de risco vascular
E. Redução da atividade física

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Otimização dos fatores de risco vascular - Este enunciado reflete um caso de um doente sem sintomas de toracalgia e que apresenta alterações nos MCDTs sugestivas de isquemia. Portanto, poderá ser considerado um caso de doença arterial coronária assintomática (síndrome coronário crónico). As principais alterações neste enunciado são as alterações sugestivas de isquemia no ECG de repouso que depois não foram particularmente evidentes na prova de esforço (depressão de 0.1 mV do segmento ST em apenas duas derivações e durante o esforço máximo). Tais alterações constituem alterações de baixo risco ou mesmo dentro do espectro da benignidade, não motivando exames adicionais na avaliação da doença coronária, nomeadamente coronariografia (A) ou ecocardiograma de esforço (B). O que se recomenda é de facto a optimização dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente controlo da dislipidemia e hipertensão arterial. Não está recomendada a redução da atividade física (E) (até teria efeitos deletérios na saúde cardiovascular do doente) nem o estudo eletrofisiológico (C) (a fibrilação auricular tem resposta ventricular controlada e o doente não tem sintomas de insuficiência cardíaca que poderiam motivar ablação da fibrilação auricular).

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 64

Um homem de 47 anos vem ao consultório médico referindo episódios de artralgias nos pés, intermitentes, com quatro anos de evolução. O último episódio foi há dois dias e motivou ida ao serviço de urgência, tendo sido medicado com diclofenac (intramuscular) e prescrito ibuprofeno para o domicílio, com melhoria dos sintomas. A dor, quando surge, localiza-se nas articulações interfalângicas distais - sobretudo do 1. ° dedo, em geral uma de cada vez. A dor associa-se a calor, rubor e edema. O doente refere que estes episódios são mais frequentes após a ingestão de refeições copiosas ou contendo marisco. Os antecedentes médicos incluem hipertensão arterial medicada com indapamida. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 68/min e pressão arterial 122/76 mm Hg. Ao exame físico observa-se hallux valgus associado a edema e rubor do 1.o dedo do pé direito. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Soro

Glucose72 mg/dL

Creatinina 1,1 mg/dL

Ureia 28 mg/dL

Proteína C reativa 26 mg/L

Ácido úrico 7,8 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 12,9 g/dL

O raio-X do pé direito revela hallux valgus com pequenas erosões quísticas bem definidas e esclerose marginal no 1.o dedo.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na abordagem deste doente neste momento?

A. Dosear ácido úrico em urina de 24 horas
B. Repetir doseamento do ácido úrico sérico
C. Solicitar TC óssea do pé
D. Suspender ibuprofeno
E. Suspender indapamida

Chave oficial: A
Proposta Academia: E - Bibliografia: Capítulo 365, Harrison 20ª edição

Validação da afirmação correta: Suspender indapamida - caso clínico refere-se a homem de 47 anos, medicado com um diurético tiazídico para a hipertensão arterial, com um quadro de artralgias intermitentes dos pés de evolução crónica (4 anos). Os episódios descritos são de monoartrite aguda recorrente (dor, calor, rubor e edema), mais comumente na articulação interfalângica distal do 1º dedo do pé. Ao exame físico destaca.se a apirexia e a existência de hallux valgus associado a edema e rubor do 1ª dedo do pé direito. Analiticamente observa-se elevação da PCR, compatível com um episódio de inflamação articular. O raio-X do pé direito revela pequenas erosões quísticas bem definidas e esclerose marginal no primeiro dedo.

O início abrupto e intermitente destas "crises" associado aos achados supracitados num homem de meia idade enquadra-se num quadro de artropatia microcristalina, mais especificamente artropatia gotosa – crises gotosas agudas recorrentes com evolução crónica. O facto destes episódios ocorrerem "após a ingestão de refeições copiosas ou contendo marisco" é muito sugestivo.

A gestão de fatores de risco modificáveis, como seja revisão de fármacos usados e medidas dietética, são o primeiro passo da intervenção terapêutica. Desta forma, o próximo passo seria suspender a indapamida, uma vez que o diurético tiazida constitui um fator de risco para o desenvolvimento de crises gotosas agudas e existem outras opções igualmente válidas para o tratamento da hipertensão arterial (Tabela 271.8 e Tabela 363-2).

Restantes alíneas:

A - O doseamento de urina 24 horas (uricosúria) pode ser útil em determinados casos para perceber o risco de desenvolvimento de cálculos de ácido úrico elucidando-nos acerca do excesso de produção ou diminuição da excreção de ácido úrico com intuito de decidirmos se pode ser apropriado ou não usar terapêutica hipouricosúrica. O início da terapêutica hiporucemiante deve ocorrer apenas após resolução completa da crise e deve ter em consideração vários fatores, de entre os quais o risco de cálculos de ácido úrico. Assim, no caso em concreto o "próximo passo mais adequado" seria a resolução da crise gotosa aguda e identificação de fatores de risco modificáveis para prevenção de novas crises (suspensão de diurético e substituição por outro anti-hipertensor, medidas dietéticas).

B – Repetir o doseamento de ácido úrico sérico (uricémia) durante o episódio de crise gotosa aguda é pouco útil dado que os seus níveis podem ser normais ou até baixos. Até 50% dos doentes têm níveis de ácido úrico normais (como no caso descrito) no momento da crise gotosa aguda. Além disso, os níveis de ácido úrico podem não se correlacionar com a gravidade da artropatia. A uricémia será útil para monitorizar a resposta ao tratamento hipouricemiante (ainda não iniciado neste caso).

C – No caso em concreto, o doente já realizou um exame de imagem – a radiografia convencional- que apresentava alterações características de artropatia gotosa crónica, tais como erosões quísticas bem definidas e esclerose marginal no primeiro dedo do pé. A TC óssea, apesar de puder demonstrar alterações específicas que estabelecem a presença de cristais de ácido úrico não é de extrema necessidade para estabelecer o diagnóstico.

D – Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são um dos tipos de fármacos utilizados no tratamento da crise gotosa aguda. Estes são os principais fármacos utilizados em indivíduos mais jovens e sem comorbilidades. O AINE em dose máxima é efetivo em 90% dos doentes e a resolução de sinais e sintomas ocorre em 5 a 8 dias. Um dos AINE mais efetivo é o ibuprofeno, devendo ser utilizado até completa resolução da crise (doente em questão ainda em crise).

PERGUNTA 65

Uma mulher de 52 anos vem à consulta de oncologia para seguimento de carcinoma hepatocelular sob tratamento com sorafenib. Está triste e revoltada com a situação, pouco ajustada à condição de doença incurável e impacto das toxicidades do tratamento na qualidade de vida. A história médica revela hepatite C com cirrose e dislipidemia. A medicação habitual inclui sorafenib, omeprazol, bisoprolol e sinvastatina. É fumadora de 120 UMA desde há 35 anos e é ex-toxicodependente (heroína e cocaína). A história familiar revela carcinoma hepatocelular (pai falecido aos 68 anos, com antecedentes de consumo etílico).

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para a condição desta mulher?

A. Cirrose hepática
B. Dislipidemia
C. Drogas de abuso
D. Síndrome hereditária
E. Tabagismo

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: A hepatite C é um fator de risco para desenvolvimento de carcinoma hepatocelular. A cirrose hepática decorrente da hepatite C é responsável pelo desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.

Restantes alíneas:

B - Dislipidemia não é fator de risco para carcinoma hepatocelular

C – As drogas de abuso não são etiologia.

D – Aqui não existe síndrome hereditária – o pai teve CHC decorrente de consumo etílico provável

E – Tabagismo não é fator de risco

PERGUNTA 66

Uma grávida de 38 anos vem ao serviço de urgência às 36 semanas de gestação por episódio de perda hemática genital escassa, de sangue vermelho vivo, desde há três horas, não acompanhada de dor. A gravidez foi bem vigiada, havendo registo de placenta de inserção baixa. Os antecedentes obstétricos são gesta 3 (com antecedentes de dois abortamentos espontâneos às 12 semanas de gravidez, resolvidos com dilatação e curetagem). A história médica revela hipertensão crónica controlada com nifedipina. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 136/84 mm Hg. Ela mede 169 cm de altura e pesa 61 kg; IMC 21 kg/m2. A monitorização cardiotocográfica revela traçado normal, sem contrações uterinas. A frequência cardíaca fetal é de 140/min.

Com os dados clínicos disponíveis, esta gravidez tem um risco acrescido para qual das seguintes complicações?

A. Acretismo placentar
B. Corioamnionite
C. Hidrâmnios
D. Situação fetal transversa
E. Trabalho de parto prolongado

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: A placenta de inserção baixa tem risco acrescido de acretismo placentário, devido à menor espessura miometrial na região do istmo. Adicionalmente, as curetagens uterinas (ou outras cirurgias uterinas prévias) podem aumentar o risco de acretismo placentário por lesão iatrogénica miometrial e consequente formação de tecido cicatricial.

Restantes alíneas:

B - Corioamnionite - o principal fator de risco para corioamnionite é a rotura prematura de membranas ou infeção materna. Pelos dados apresentados não temos suspeita de nenhuma das duas situações (grávida apirética; frequência cardíaca fetal e materna normais)

C – Hidrâmnios - É mais frequente em mulheres com diabetes gestacional, antecedentes de infeções na gravidez (rubéola, CMV, toxoplasmose, parvovirus, sífilis) ou hidropsia fetal, o que também não é indicado no caso clínico.

D – Situação fetal transversa - No termo, a situação fetal transversa é mais frequente em grávidas com malformações uterinas (ex: útero septado…).

E – Trabalho de parto prolongado - Com os dados fornecidos não podemos aferir a probabilidade de trabalho de parto prolongado.

PERGUNTA 67

Um menino de 27 meses é trazido ao serviço de urgência por suspeita de ingestão de lixívia industrial usada na limpeza da mercearia dos avós cerca de oito horas antes. Os sinais vitais são temperatura timpânica 37°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 88/52 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se choroso, com sialorreia e edema dos lábios. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Administração de carvão ativado
B. Administração de corticosteroide
C. Administração de leite
D. Lavagem gástrica
E. Realização de endoscopia digestiva alta

Chave oficial: E
Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Realização de endoscopia digestiva alta
Indicada se sintomático, na presença de lesões orais ou intoxicação por cáusticos de alto risco como é o caso da lixívia industrial.

Restantes alíneas:

A - Administração de carvão ativado.
Não está indicado na intoxicação por cáusticos.

B - Administração de corticosteroide.
Não está indicado por rotina na intoxicação por cáusticos.

C - Administração de leite.
A sua administração não demonstra eficácia e poderá induzir o vómito. Apenas poderá estar indicada em casos de baixo risco (quando a ingesta é improvável ou de agentes cáusticos de menor risco como a lixívia doméstica), para comprovar tolerância oral.

D - Lavagem gástrica.
Não está indicado na intoxicação por cáusticos.

PERGUNTA 68

Um homem de 75 anos vem ao consultório médico por cansaço e por apresentar valores anormais em análises de vigilância. A história médica revela hipertensão arterial medicada com lisinopril. É fumador de 50 UMA desde há 50 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 87/min e pressão arterial 155/87 mm Hg. Ele tem 168 cm de altura e pesa 96 kg; IMC 34 kg/m2. Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral. A pele e as mucosas estão coradas e as escleróticas anictéricas. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A auscultação pulmonar revela tempo expiratório prolongado. O abdómen é mole, depressível, sem organomegalias.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro
Creatinina 1,28 mg/dL
Ureia 36 mg/dL
Desidrogenase láctica 100 U/L
Ferro 70 µg/dL
Ferritina 110 ng/mL
Eritropoetina 9,5 mU/mL
[N=4,7-23,8 mU/mL]

Sangue
Eritrócitos 6 × 10/mm3
Hemoglobina 19 g/dL
Hematócrito53%
VGM 90 fL
Leucócitos 8 500/mm3
Neutrófilos 62%
Linfócitos 30%
Plaquetas 255 × 109/L N

Qual dos seguintes é o mecanismo mais provável do quadro clínico?

A. Hemoglobina de alta afinidade para o oxigénio
B. Hipoxemia
C. Mutação JAK2 V617F
D. Produção clonal de eritrócitos
E. Produção tumoral de eritropoietina

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Hipoxemia.
Hipótese certa. A elevação de hemoglobina em contexto de hipoxémia crónica ocorre sem alteração dos valores de plaquetas ou leucócitos. Apresenta-se com eritropoetina normal, como é o caso. Doente com vários fatores de risco para hipoxémia: fumador pesado, provável pneumopatia estrutural e SAOS associado ao IMC de 34.

Restantes alíneas:

A -Hemoglobina de alta afinidade para o oxigénio.
Hipótese errada. Hemoglobinopatias de alta afinidade são patologias habitualmente congénitas, sem relação com patologia respiratória descrita. Tem valores de eritropoetina mais elevados do que os descritos.

C - Mutação JAK2 V617F.
Hipótese errada. Neste caso estaríamos perante uma neoplasia mieloproliferativa, do tipo Policitemia Vera, na qual temos poliglobulia extrema, por vezes associada a trombocitose ou leucocitose (inexistente no caso). A LDH está marginalmente elevada e apresenta eritropoetina normal, o que é contra a hipótese de PV (neste caso teríamos uma EPO indoseável).

D - Produção clonal de eritrocitos.
Hipótese errada. Explicação similar à C

E - Produção tumoral de eritropoietina
Hipótese errada. Para além da clínica apontar para um quadro de hipoxémia crónica pelos motivos enumerados na alínea B, os doentes com produção ectópica de eritropoetina apresenta-se com valores mais altos de EPO e de hemoglobina.

PERGUNTA 69

Um homem de 22 anos vem à consulta por cansaço desde há seis meses. Ele está preocupado com o aumento de peso de 10 kg no último ano. Tem antecedentes de asma brônquica desde os 12 anos. Encontra-se medicado com fluticasona. Tem tido alguns episódios de crise asmatiforme, que controla com a medicação instituída. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 28/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 100 70 mm Hg. Ele tem 178 cm de altura e pesa 89 kg; IMC 28 kg/m2. Ao exame físico apresenta bom estado geral e está eupneico. A auscultação cardíaca e pulmonar está dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está mole e depressível.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente neste momento?

A. Ajustar a terapêutica
B. Avaliar o aporte calórico
C. Recomendar a prática do exercício físico
D. Solicitar espirometria.
E. Solicitar função tiroideia

Chave oficial: D
Proposta Academia: D

Nota prévia: É do entender do revisor da Academia, ainda que tenha respondido inicialmente a opção considerada certa, que esta vinheta clínica e hipóteses de resposta têm o seu quê de discutível.

Validação da afirmação correta: O caso clínico relata a vinheta clínica de um doente jovem asmático com indícios de doença não controlada, ainda que não sejam categóricos: sintomas persistentes (dispneia só...) e crises. Em face da persistência de sintomas e crises, do aumento de peso (que é um fator para maior dificuldade no controlo da asma), importa perceber se não há declínio funcional a justificar as queixas de dispneia ou compromisso de função que coloque o doente em risco de crises recorrentes.

Restantes alíneas:

A - Não fica claro se se estão a referir exclusivamente à terapêutica de controlo da asma (pela formulação ampla da resposta). Ainda assim, neste caso, antes de step up terapêutico, parece sensato solicitar a espirometria para eventualmente reconfirmar diagnóstico e monitorizar função respiratória (origem dos sintomas?)

B - Poderia fazer sentido, mas provavelmente se já tivéssemos na faixa ponderal da obesidade

C - Será recomendação quase universal, mas se assumirmos asma não controlada, podemos ter agravamento dos sintomas e crises com o exercício pelo que deve ser estabelecido controlo de asma primeiro.

E - Não havendo sintomas óbvios de hipotiroidismo (seria o que mais facilmente explicaria o ganho ponderal), não parece ser este o próximo passo mais óbvio.

PERGUNTA 70

Uma mulher de 62 anos está internada após ter sido submetida a tiroidectomia total por carcinoma papilar da tiroide. A intervenção decorreu sem incidentes e não foram colocados drenos. No primeiro dia do período pós-operatório, inicia quadro súbito de estridor e dispneia. A história médica revela hipertensão arterial e asma e a medicação habitual inclui ramipril e salbutamol. O exame físico mostra volumosa tumefação cervical.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Abertura da ferida operatória
B. Administração de adrenalina subcutânea
C. Cricotiroidotomia
D. Entubação orotraqueal
E. Nebulização com brometo de ipratrópio

Chave oficial: D
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Abertura da ferida operatória - Estamos perante uma doente em D1 pós-operatório de tiroidectomia total que inicia quadro súbito de estridor e dispneia associado a tumefação cervical. Perante estes achados devemos sempre suspeitar de hematoma cervical.

Doentes submetidos a tiroidectomia total tem elevado risco de compromisso da via aérea (VA) associado a hematoma cervical. Trata-se, por isso, de uma emergência que obriga a intervenção imediata. Os hematomas cervicais após tiroidectomia total (0.45-4.2%) ocorrem, sobretudo, nas primeiras 24H e podem ser provocados por hemorragia de pequenos vasos. Frequentemente necessitam de descompressão do hematoma à cabeceira do doente, com ou sem necessidade de proteção da VA.

Doentes com suspeita de hematoma cervical – tumefação cervical de novo, em expansão e com flutuação – devem ser avaliados para a existência de: edema cervical progressivo, ansiedade, taquipneia/dificuldade respiratória e estridor. Perante pelo menos um destes sinais, devemos administrar de imediato oxigénio (15 L/min), elevar a cabeceira da cama a 45º e, se existir o mínimo risco de compromisso da VA (dessaturação, dificuldade respiratória, estridor e taquipneia), a descompressão do hematoma deve ser efetuada.

Se o doente evidenciar sinais de compromisso da VA a ferida operatória deve ser aberta à cabeceira do doente de forma a descomprimir a região e a evitar a expansão do hematoma, evitando assim a perda da VA. O bloco operatório deve ser de imediato avisado para que, depois, se proceda a exploração cirúrgica do local operatório e revisão da hemostase – tratamento definitivo.

Se após a descompressão do hematoma cervical à cabeceira do doente não existirem sinais de melhoria e o doente progredir no seu estado de deterioração, deve proceder-se à entubação orotraqueal (EOT).

A EOT só deve ser tentada após abertura da ferida operatória e evacuação do hematoma pois permite otimizar as condições para a EOT – previne o agravamento do edema laríngeo num doente já com VA difícil de base, aumentando as hipóteses de EOT bem-sucedida na primeira tentativa. Se a EOT não for conseguida, deve optar-se por uma VA cirúrgica – cricotiroidotomia, por exemplo.

Ora, estamos então perante uma doente com hematoma cervical após tiroidectomia total e com sinais de compromisso da VA – estridor e dificuldade respiratória. Assim, e segundo as guidelines (ver bibliografia abaixo), o primeiro passo consiste na abertura da ferida operatória.

Deixo abaixo o algoritmo de atuação recomendado.

Restantes alíneas:

B - A administração de adrenalina subcutânea não está indicada. Apesar de ação vasoconstritora local e, consequentemente, adjuvante do controlo hemorrágico, não deve ser utilizada. Podemos administrar dexametasona e/ou ácido tranexâmico endovenoso. No entanto, nenhum deles substitui a evacuação do hematoma através da abertura da ferida operatória.

C – A VA cirúrgica só deve ser utilizada como 2ª linha no caso de EOT falhada.

E – O brometo de ipratrópio é utilizado em doentes com dificuldade respiratória provocada por broncoespasmo, tendo uma ação broncodilatadora. A dificuldade respiratória neste caso é devida a compressão cervical da VA e edema laríngeo progressivo. Assim, o uso de broncodilatadores não está indicado. No entanto, deve ser administrada oxigenoterapia.

Bibliografia: liff, H.A., El-Boghdadly, K., Ahmad, I., Davis, J., Harris, A., Khan, S., Lan-Pak-Kee, V., O'Connor, J., Powell, L., Rees, G. and Tatla, T.S. (2022), Management of haematoma after thyroid surgery: systematic review and multidisciplinary consensus guidelines from the Difficult Airway Society, the British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Anaesthesia, 77: 82-95. https://doi.org/10.1111/anae.15585.

PERGUNTA 71

Uma menina de 2 anos é trazida ao serviço de urgência durante a madrugada de uma noite de inverno, por dificuldade respiratória de início súbito. A mãe refere que ela tem rinorreia serosa, tosse e rouquidão desde há dois dias. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência respiratória 38/min, frequência cardíaca 123/min e pressão arterial 94/52 mm Hg; SpO2 94 % (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se chorosa no colo materno, com estridor inspiratório audível e tiragem global. A auscultação pulmonar não apresenta ruídos adventícios. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

A. Adrenalina nebulizada
B. Ceftriaxona endovenosa
C. Dexametasona oral
D. Oxigenoterapia por cânula nasal
E. Salbutamol inalado

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Adrenalina nebulizada
As manifestações clínicas de rinorreia, tosse seca e rouquidão com dificuldade respiratória de agravamento noturna e estridor de predomínio inspiratório são sugestivas do diagnóstico de laringotraqueíte aguda. A adrenalina nebulizada tem eficácia comprovada na laringotraqueíte moderada a grave (como neste caso em que se destaca a tiragem global com estridor inspiratório audível), permitindo um alívio sintomático rápido uma vez que apresenta um início de acção após cerca de 10 minutos.

Restantes alíneas:
B - Ceftriaxona endovenosa.
Não está habitualmente indicada antibioterapia na laringotraqueíte aguda. Estaria indicada na suspeita de sobreinfecção bacteriana ou noutras patologias que fazem parte do diagnóstico diferencial de laringite aguda nomeadamente a epiglotite.

C - Dexametasona oral.
A utilização de corticóides, nomeadamente a dexametasona oral, está recomendada na laringotraqueíte aguda permitindo melhoria clínica e diminuição do número de internamentos. Nos casos moderados a graves é administrada em associação à adrenalina, permitindo diminuir o efeito rebound da adrenalina. Contudo, o seu início de ação é mais tardio, cerca de 1-2 horas, pelo que não permite um alívio de sintomas tão imediato quanto a adrenalina.

D - Oxigenoterapia por cânula nasal.
Oxigenoterapia está indicada se hipoxemia (SpO2 <92% em ar ambiente).

E - Salbutamol inalado.
Não está habitualmente indicado na laringite aguda.

PERGUNTA 72

Uma mulher de 22 anos é trazida ao serviço de urgência pelo marido por «não conseguir cuidar do filho» desde há quatro dias. Adicionalmente, está irritável, chorosa, sem interesse pelo filho, passando longos períodos a dormitar no leito ou no sofá, oscilando com outros em que tenta realizar tarefas domésticas. No entanto, o seu desempenho nestas tarefas é caótico. Segundo o marido, «ontem estava a pôr os dedos nas tomadas elétricas [...] começou a pôr a louça na máquina, mas bebeu dos copos que estavam sujos... não sabe em que dia estamos, não sabe se é hora de jantar ou de pequeno-almoço... está virada do avesso». Quando questionada, a doente não se recorda do sucedido. O marido descreve episódio de tristeza e angústia após o nascimento do filho, há três meses, do qual recuperou após três semanas. Não tem outros antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Os antecedentes obstétricos incluem gesta 3, para 1 e dois abortamentos espontâneos, há dois e quatro anos. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 17/min, frequência cardíaca 81/min e pressão arterial 122/78 mm Hg. À observação a doente está apática, sonolenta, sem iniciativa, embora despertável. Apura-se ideação delirante vaga e fragmentada. Chora durante a entrevista, mas não consegue explicar a razão. Colabora pouco no exame do estado mental por dispersão da atenção, não sendo possível completar essa avaliação. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Delirium
B. Depressão pós-parto
C. Doença bipolar, episódio misto
D. Esquizofrenia
E. Psicose puerperal

Chave oficial: A
Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Delirium.
Estão presentes várias características que, juntas, apontam para este diagnóstico: sonolência, desorientação no tempo e no espaço, confusão, dispersão da atenção, alterações mnésicas, labilidade emocional. Neste diagnóstico podem estar presentes ideias delirantes, muitas vezes atribuídas à dificuldade de interpretar o ambiente corretamente, dada a alteração da consciência. Estas ideias são, como neste caso, pouco elaboradas.

Restantes alíneas:

B - Depressão pós-parto.
Não estão presentes sintomas necessários para o diagnóstico de depressão, começando logo pelo sintoma cardinal e que deverá obrigatoriamente encontrar-se: humor deprimido ou anedonia. Para além disso, no caso específico da depressão pós-parto, trata-se de um quadro que deverá manifestar-se até 4 semanas após o parto, de acordo com o DSM-5.

C – Doença bipolar, episódio misto.
O diagnóstico de episódio misto deve ser realizado quando, na doença bipolar, existe um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo com 3 ou mais características da polaridade oposta. Nesta doente não existem critérios para qualquer episódio, não estando presente o critério principal: humor expansivo/irritável e energia persistentemente aumentada ou humor deprimido ou anedonia.

D – Esquizofrenia.
Não estão presentes os sintomas necessários para ser realizado este diagnóstico. Apesar de existir ideação delirante, na esquizofrenia especialmente em fase inicial, não é típico esta ser vaga e fragmentada, mas sim melhor estruturada. As alterações mais marcantes neste caso, de alteração da consciência, com sonolência e confusão, não têm lugar no diagnóstico de esquizofrenia, devendo até pôr em causa o mesmo. Adicionalmente, independentemente das características clínicas, para ser realizado o diagnóstico de esquizofrenia, o quadro clínico tem de estar presente há pelo menos 6 meses (DSM-5) ou 1 mês (ICD-10), o que não se verifica.

E – Psicose puerperal.

Apesar de existir o tipo delirium dentro da psicose puerperal, esta tem início mais frequentemente nas primeiras duas semanas após o parto. Como o nome indica, terá início no puerpério, período que corresponde às 6 semanas após o parto.

PERGUNTA 73

Uma mulher de 34 anos vem ao serviço de urgência por gengivorragias e equimoses dispersas com uma semana de evolução. A história médica revela anemia ferropénica por cataménios abundantes e a medicação habitual inclui ferro oral. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 63/min e pressão arterial 110/60 mm Hg. Ao exame físico apresenta múltiplas petéquias dispersas nos membros inferiores abaixo do joelho. O exame abdominal não revela organomegalias. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Bilirrubina		Hemoglobina	11,9 g/dL
Total	0,6 mg/dL	VGM	81 fL
Ferro	70 µg/dL	Leucócitos	5 200/mm^3
Ferritina	20 ng/mL	Neutrófilos	60 %
Haptoglobina	156 mg/dL [N = 25-190 mg/dL]	Linfócitos	32 %
		Plaquetas	15 × 10^9/L
		Tempo de protrombina	11 segundos
		Tempo de tromboplastina parcial ativada	26 segundos

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica inicial mais adequada?

A. Azacitidina
B. Corticoterapia
C. Eltrombopag
D. Plasmaferese
E. Rituximab

Chave oficial: B
Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Corticoterapia - Numa mulher jovem com uma trombocitopenia isolada e uma clínica hemorrágica mucocutânea (sugestiva de distúrbios ao nível da hemóstase primária), a PTI é uma hipótese diagnóstica bastante provável. Perante uma contagem plaquetária inferior a 30.000/mm^3 justifica-se iniciar tratamento, sendo a corticoterapia o tratamento de 1ª linha (opção correta).

Restantes alíneas:

A - Azacitidina é um agente hipometilante utilizado em síndromes mielodisplásicos. Na ausência de outras citopenias e de macrocitose, e tendo em conta a idade jovem da doente, trata-se de uma hipótese muito pouco provável.

C – Eltrombopag é um agonista da trombopoietina, que pode ser utlizado em doentes com PTI, mas é reservado para linhas subsequentes.

D – A plasmaferese é o tratamento gold-standard da PTT adquirida – nesse caso seria de esperar, para além da trombocitopenia, uma anemia hemolítica microangiopática, com diminuição das haptoglobinas séricas.

E – À semelhança do eltrombopag, o rituximab também não constitui tratamento de 1ª linha.

PERGUNTA 74

Um recém-nascido do sexo masculino é observado na sala de partos imediatamente após o nascimento. A gestação decorreu sem intercorrências, tendo a mãe sido seguida na consulta de gravidez de risco por ter lúpus eritematoso sistémico. Nos estudos analíticos apresentava anti-Ro e anti-La positivos. O parto decorreu às 38 semanas e 1 dia e foi distócico por ventosa. O APGAR foi de 8, 9 e 10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos. O peso ao nascimento é de 2300 g, o perímetro cefálico de 31 cm e o comprimento de 45 cm. Ao exame físico observa-se cefalo-hematoma na região parietoccipital direita. Qual das seguintes alternativas é o exame inicial mais adequado na abordagem deste recém-nascido?

A. Ecocardiograma
B. Ecografia cerebral
C. Eletrocardiograma
D. Gasometria venosa
E. Hemograma

Chave oficial: C
Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Eletrocardiograma.
Bloqueio AV congénito é a manifestação mais grave do lúpus neonatal pelo que se a mãe apresentar ac anti-Ro ou anti-La positivos durante a gravidez (como é o caso) a realização de ECG no recém-nascido está indicada ao nascimento, sendo este o exame inicial mais adequado.

Restantes alíneas:

A - Ecocardiograma.
Não está indicado por rotina como exame inicial.

B - Ecografia cerebral.
Poderá ser considerada a sua realização.

D - Gasometria venosa.
Não está indicada por rotina

E - Hemograma.
Poderá ser considerada a sua realização dado o risco de alterações hematológicas no lúpus neonatal (trombocitopenia, neutropenia, anemia).

PERGUNTA 75

Um homem de 56 anos, pedreiro, vem ao consultório médico por dor na região epigástrica que se tornou cada vez mais frequente nos últimos três meses. Refere dois ou três episódios de vómito nos últimos dois meses, nos quais verificou uma pequena quantidade de sangue. Ele diz: «Penso que a minha úlcera está de volta,» Descreve uma história intermitente de dispepsia com 15 anos de evolução, automedicada com cimetidina. Há três anos foi medicado com antibióticos para o tratamento de úlcera gástrica. Toma diariamente 100 mg de ácido acetilsalicílico. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 110/70 mm Hg. Ele tem 178 cm de altura e pesa 72 kg; IMC 23 kg/m2. Perdeu 4,5 kg nos últimos dois meses. Ao exame físico nota-se abdómen mole, depressível, sem massas palpáveis, sem hepatomegalia ou adenopatias. A endoscopia revela uma lesão relevada e ulcerada na pequena curvatura do antro com 2 cm de diâmetro. A biópsia da lesão revela inflamação marcada e células atípicas, sem evidência de malignidade. A TC do abdómen realizada após a biópsia mostra que a lesão está confinada ao antro, sem outras alterações. O resultado do teste respiratório da urease é negativo. Para além da descontinuação da terapêutica com ácido acetilsalicílico, qual das seguintes alternativas representa a abordagem mais adequada?

A. Reavaliação endoscópica em seis semanas
B. Ressecção cirúrgica da lesão do antro
C. Terapêutica antibiótica e reavaliação endoscópica em seis semanas
D. Terapêutica antissecretória e reavaliação endoscópica em seis semanas
E. Nenhuma intervenção está indicada

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Reavaliação endoscópica em seis semanas.

Todos os doentes com úlcera gástrica devem repetir endoscopia digestiva alta 6-8 semanas após terapêutica com inibidor da bomba de protões para confirmar cicatrização da mucosa. Caso persista a úlcera devem ser realizadas biópsias para excluir malignidade até que esta cicatrize.

Restantes alíneas:

A - Reavaliação endoscópica em seis semanas - deverá ser feita reavaliação após terapêutica antissecretória.

B – Ressecção cirúrgica da lesão do antro - a cirurgia só está indicada para situações de hemorragia digestiva ativa não controlada por endoscopia ou se evidência de neoplasia gástrica; neste último caso deve ser feito estadiamento adequado e, dependendo deste, decidida a melhor abordagem terapêutica.

C – Terapêutica antibiótica e reavaliação endoscópica em seis semanas - A terapêutica antibiótica só está indicada se se documentar persistência da infeção por Helicobacter pylori.

E – Nenhuma intervenção está indicada - Não se aplica, como justificado acima.