

Parte II

PERGUNTA 76

Um homem de 58 anos recorre ao serviço de urgência por dor intensa, edema e calor no joelho esquerdo, com impotência funcional, com dois dias de evolução. Refere ferida recente no membro inferior, após Traumatismo. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, medicada com sitagliptina e metformina, com cumprimento irregular. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 110/78 mm Hg. Ao exame físico o joelho esquerdo apresenta-se edemaciado e doloroso à palpação e mobilização em todos os eixos. A pele sobre o joelho esta quente e vermelho. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes exames é mais provável de estabelecer o diagnóstico definitivo?

- A. Doseamento de ácido úrico sérico
- B. Hemocultura
- C. Punção articular
- D. Raio-X do joelho
- E. TC do joelho

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Punção articular. A história é típica de infeção do joelho, com dor articular e febre. Tem também ponto de entrada de infeção na pele identificado (ferida). Resta saber se tem atingimento intra-articular e estamos perante uma artrite séptica que exige tratamento cirúrgico urgente com artrotomia, lavagem e antibioterapia ou se estamos perante uma erisipela/celulite, que tem tratamento médico com antibioterapia mas não cirúrgico.

Para isso o exame mais provável de estabelecer o diagnóstico definitivo é a punção articular. No caso de artrite séptica, o líquido sinovial colhido na punção articular vai ter uma contagem de leucócitos aumentada e podem mesmo por vezes ser observadas bactérias no exame microscópico a fresco. A contagem leucocitária do derrame articular é o critério laboratorial principal para estabelecer o diagnóstico de artrite séptica (habitualmente superior a 50.000 leucócitos/mm³) e distingue-a da artrite inflamatória que apresenta contagens leucocitárias mais baixas. A análise microbiológica do derrame, cujos resultados demoram alguns dias, também é útil para escolher o antibiótico mais específico no pós-operatório da artrotomia.

Restantes alíneas:

A - Doseamento de ácido úrico sérico

O doseamento de ácido úrico sérico não tem interesse neste caso. Se suspeitamos de artrite úrica, a presença de cristais no líquido sinovial, que é detetada na punção articular, é mais específica.

B - Hemocultura

A hemocultura demora dias a ter resultados e pode ser útil para mais tarde diminuir o espectro da antibioterapia, principalmente nos casos em que a cultura do derrame foi negativa, mas para a decisão na urgência não é útil.

D - Raio-X do joelho

O raio-X do joelho tipicamente não mostra alterações na artrite séptica. Teria de existir uma artrite séptica bastante prolongada, não diagnosticada, que provocasse danos suficientemente graves de destruição de cartilagem e osso sub-condral para serem visíveis no raio-x.

E - TC do joelho

A opção TC do joelho tem uma justificação semelhante ao raio-x, ou seja, teria de haver já danos importantes da articulação, graves, fruto de uma artrite séptica prolongada, e por isso habitualmente a TC não mostra alterações na fase inicial da artrite séptica.

PERGUNTA 77

Um homem de 24 anos vem ao consultório médico para seguimento, após exame de robustez pré-admissão a emprego. Um raio-X do tórax realizado nessa altura revelou uma adenopatia hilar e um infiltrado difuso, irregular, no lobo superior, bilateralmente, sugerindo uma cavitação no lado direito. Foi realizada uma prova de Mantoux cuja leitura, hoje, revela 0 mm de induração. Ele refere ter tido «tosse e bronquite por um tempo». Ao exame físico apresenta bom estado geral e está apirético. A auscultação pulmonar revela roncos bilaterais e crepitações discretas no andar superior do campo pulmonar direito.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Doença dos legionários
- B. Pneumocistose
- C. Pneumonia aguda pneumococica
- D. Pneumonite virica
- E. Tuberculose

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Tuberculose

Trata-se de um jovem que realizou uma radiografia de tórax em contexto de rastreio. A vinheta é pobre na descrição de sintomatologia, embora refira um período de tosse. A radiografia de tórax mostra alterações fortemente associadas a tuberculose pulmonar, nomeadamente a cavitação no lobo superior e a adenopatia hilar. O doente permanece assintomático, embora haja alterações à auscultação (que até são raras num contexto de tuberculose pulmonar). A prova de Mantoux descrita no caso não tem validade, uma vez que não é referido quando foi realizada, não sendo possível interpretar os resultados, já que devem ser lidos às 48-72h. Atendendo à clínica de tosse que o doente recorda, podemos associar que a infeção primária terá sido recente. Dado o período de janela (sensivelmente 8 semanas), a prova de Mantoux poderia não ser positiva por essa razão. Independentemente disso, temos uma radiografia a mostrar tuberculose ativa, pelo que a prova nem faria sentido nesta fase e não deve ser usada para afastarmos o diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Sem contexto epidemiológico sugestivo e com cavitação no Rx tórax - que se associaria a infeção necrotizante por Legionella, algo muito pouco provável com a parca sintomatologia descrita no caso ósseo.

B - Não são apresentados fatores de risco para infeção por Pneumocystis (HIV, fármacos imunossupressores, cancro, transplante medular, etc.). A cavitação e as adenopatias são raras.

C - Jovem pouco sintomático (apenas refere ter tido uma tosse), pelo que o diagnóstico de pneumonia aguda bacteriana seria muito pouco provável. O padrão radiológico mais frequente é o de pneumonia lobar e não intersticial.

D - As pneumonias víricas (pneumonias) geralmente associam-se a padrões radiológicos intersticiais, mas sem cavitações ou adenopatias hilares. Sem clínica sugestiva (cefaleias, mialgias, febre, etc.).

PERGUNTA 78

Um homem de 65 anos recorre ao serviço de urgência por dor precordial intensa, sem irradiação, com três dias de evolução, prejudicando o repouso noturno. A história médica revela hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. É fumador de 46UMA desde há 40 anos e refere hábitos etílicos de 48g por dia há 25 anos. O electrocardiograma não revela alterações patológicas. Os valores de creatinoquinase e troponina I séricas encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A endoscopia digestiva alta não mostra alterações e a manometria revela ondas compatíveis com uma situação de espasmo esofágico difuso. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

- A. Diazepam
- B. Diclofenac
- C. Domperidona
- D. Nifedipina
- E. Pantoprazol

Chave oficial: A

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Nifedipina.

O quadro supracitado e os exames realizados permitem o diagnóstico de espasmo difuso do esófago, uma doença motora que se manifesta sob a forma de dor retroesternal. O tratamento médico inclui os bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem, nifedipina) ou, em casos refratários, um antidepressivo tricíclico em baixa dose (imipramina).

Restantes alíneas:

A - Diazepam - é uma benzodiazepina, atuando como ansiolítico. Nas situações de dor torácica em que todos os exames diagnósticos excluem doença orgânica, nomeadamente cardíaca, pulmonar ou esofágica, a dor pode surgir num contexto de ansiedade ou ataque de pânico pelo que o recurso a este fármaco poderia ser útil. Neste caso temos o diagnóstico de espasmo difuso do esôfago para o qual existe terapêutica dirigida, pelo que não será a opção mais correta.

B - Diclofenac - é um anti-inflamatório não esteroide, não indicado nesta patologia.

C - Domperidona - atua como pró-cinético, sem indicação nesta patologia.

E - Pantoprazol - um inibidor da bomba de prótons pode ter indicação nos casos de DRGE concomitante que, por sua vez, pode despoletar o espasmo difuso do esófago. No entanto não trata diretamente a dor.

PERGUNTA 79

Uma mulher de 30 anos recorre ao serviço de urgência por dispneia de início súbito há uma hora. O quadro caracterizou-se inicialmente por palpitações e tonturas, mas agravado nos minutos seguintes por dor precordial, dispneia e ansiedade. No momento em que é observada encontra-se muito assustada com a possibilidade de estar a ter um «ataque do coração» e pede para «fazer exames». A doente relata episódios similares ao atual desde há seis meses, mais frequentes nos últimos três, ocorrendo de forma súbita e inesperada, tanto em casa como no trabalho ou quando está a conduzir. Descreve ainda problemas na relação com os seus colegas de trabalho, que já a levaram a faltar ao trabalho em diversas ocasiões. A história médica não revela outros antecedentes. Tem implante subcutâneo de etonogestrel. É fumadora de 10 UMA desde há 10 anos. Os antecedentes familiares incluem hipertensão arterial no pai, que morreu há seis meses com enfarte agudo do miocárdio, aos 65 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 85/min e pressão arterial 142/80 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 31 kg/m². Os resultados dos estudos analíticos, incluindo hemograma, ionograma, função renal e hepática, troponinas e d-dímeros, e o eletrocardiograma encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

- A. Administrar captopril
- B. Administrar diazepam
- C. Enviar para consulta de psiquiatria.
- D. Prescrever venlafaxina
- E. Requisitar angio-TC pulmonar

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Administrar diazepam.

Esta é a alínea correta. Tratando-se de uma observação em serviço de urgência, e estando a doente ainda com sintomas de episódio de pânico, este deve ser terminado com recurso a medicação ansiolítica.

Os sintomas referidos pela doente (dispneia, precordialgia, palpitações, tonturas e ansiedade), juntamente com o receio de se tratar de um evento cardíaco, ocorrendo episodicamente e de forma súbita em diversos contextos são sugestivos de episódios de pânico. Não se documentando qualquer alteração em exames complementares de diagnóstico e estando presentes há mais de 4 semanas, é possível realizar o diagnóstico de perturbação de pânico e medicar de acordo.

Restantes alíneas:

A - Administrar captopril.

Perante a hipótese diagnóstica de perturbação de pânico, não é incomum a elevação de tensão arterial durante o episódio. O tratamento sintomático de urgência deve dirigir-se à doença responsável pela elevação de tensão e não a anti-hipertensores.

C - Enviar para consulta de psiquiatria.

A patologia em questão poderá ser gerida em contexto de medicina geral e familiar ou psiquiatria, pelo que esta opção poderá ser necessária. Contudo, sendo a questão "o próximo passo mais adequado", e encontrando-se a doente com sintomas ativos no momento de observação, o primeiro passo seria o alívio desses sintomas, e só depois eventual referenciação.

D - Prescrever venlafaxina.

Os antidepressivos são fármacos que tratam a perturbação de pânico a longo prazo. Dentro desta classe, os SSRIs ou a venlafaxina podem ser uma opção, porém, tal como na alínea C, o "próximo passo mais adequado" será a resolução rápida da situação aguda, com controlo sintomático, e não a prescrição de medicamentos cujo efeito só será notório após algum tempo de toma.

E - Requisitar angio-TC pulmonar.

As alterações dos sinais vitais podem ser explicadas pelo episódio de pânico, pelo que não há indicação para a realização de mais exames complementares de diagnóstico.

PERGUNTA 80

Um homem de 76 anos vem ao consultório médico por cansaço que se tem vindo a acentuar nos últimos meses. Relata um episódio de síncope há dois meses, mas não recorreu ao médico. Ele não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 100/70 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico, mais audível no 2.º espaço intercostal do bordo direito do esterno, grau IV/VI, com irradiação ao pescoço. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas melhor explica o quadro atual do doente?

- A. Endocardite
- B. Estenose valvular degenerativa
- C. Febre reumática
- D. Mixoma
- E. Válvula bicúspide

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Estenose valvular degenerativa- a presença de sopro sistólico grau IV no foco aórtico é altamente sugestiva de estenose aórtica. Os sintomas de dispneia de esforços e síncope ~são manifestações cardinais de desta doença. A estenose aórtica pode ser degenerativa calcificante (mais típica nos idosos) ou congênita bicúspide (mais frequente em doentes jovens).

Restantes alíneas:

A - Endocardite- na ausência de febre e na ausência de outros critérios de Duke (cultura de sangue positiva para os organismos de endocardite infecciosa típica; ecocardiograma com massa intracardíaca, serologias para Coxiella positivas com títulos IgG de antifase >1:800; dispositivos intravasculares/intracardíacos; fenômenos vasculares: embolia arterial, infarto pulmonar, aneurisma micótico, sangramento intracraniano, hemorragia conjuntiva, lesões Janeway; Fenômenos imunológicos: glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth, fator reumatoide).

C - Febre reumática- para o diagnostico de febre reumática aguda seriam necessários 2 critérios major ou 1 critério major e 2 critérios minor segundo os critérios de Jones modificados. Os critérios são: cardite, coreia, eritema marginatum, poliartrite, nódulos subcutâneos. Os critérios minor são: Poliartralgia, Velocidade de hemossedimentação > 60 mm/h) ou proteína C-reativa > 30 mg/L, Febre ($\geq 38,5^{\circ}$ C), Intervalo PR prolongado no ECG. A ausência de manifestação extracardíacas tornam o diagnóstico de febre reumática aguda pouco provável. Além disso, a incidência de um primeiro episódio de febre reumática aguda acima dos 35 anos é rara.

D - Mixoma- Os mixomas são mais frequentes na aurícula esquerda e originam sintomas quando prolapsam através da válvula mitral causando estenose mitral ou quando traumatizam e distorcem o aparelho valvular causando insuficiência mitral. Embora a insuficiência mitral associada ao mixoma possa original um sopro sistólico, este é mais audível próximo do ápex cardíaco e não irradia para as carótidas

E - Válvula bicúspide- Como discutido na alínea B, a estenose aórtica associada à válvula bicúspide é congênita e geralmente torna-se sintomática em idades mais jovens.

PERGUNTA 81

Uma mulher de 63 anos, recentemente diagnosticada com adenocarcinoma indiferenciado do pulmão, vem à consulta para seguimento. O seu marido, que a acompanha, diz: «Ela anda realmente esgotada - não consegue subir escadas ou carregar as compras da mercearia. Ontem tive de a ajudar a sair da cadeira onde estava sentada, porque ela não conseguia levantar-se.» Deixou de fumar há 10 anos e bebe um copo de vinho do Porto por dia. A história médica revela hipertensão arterial medicada com hidroclorotiazida e a medicação habitual inclui ainda estrogénio e medroxiprogesterona. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 88/min, regular, e pressão arterial 136/82 mm Hg. O exame físico revela excesso ponderal e pálpebras de cor violácea e edemaciadas. A orofaringe encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O exame do pescoço revela nódulos cervicais com 1 cm de diâmetro e um gânglio supraclavicular esquerdo, de consistência firme. Existe fraqueza simétrica do deltoide, bicípite, tricípite e flexores da anca, com força muscular mantida nos restantes grupos musculares. O exame da pele revela pápulas de cor violácea sobre as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas, bilateralmente.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Artrite reumatoide
- B. Dermatomiosite
- C. Síndrome da cauda equina:
- D. Síndrome de Cushing por hormona adrenocorticotrófica ectópica
- E. Síndrome de Eaton-Lambert

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Dermatomiosite - O caso clínico aborda uma mulher de 63 anos com um quadro clínico (com evolução temporal desconhecida) de fraqueza muscular proximal e simétrica ("fraqueza simétrica no deltoide, bicípite, tricípite e flexores da anca") com incapacidade funcional no dia-a-dia ("não consegue subir escadas... não conseguia levantar-se"). Além disso, a doente apresenta alterações cutâneas, nomeadamente um rash heliotropo ("pálpebras edemaciadas e violáceas") e pápulas de Gottron ("pápulas violáceas sobre as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas bilateralmente"). Estes aspetos sugerem fortemente o diagnóstico de Dermatomiosite (alínea B), sendo a biópsia muscular o exame que confirma o diagnóstico. Além disso, esta hipótese é apoiada pelo diagnóstico recente de neoplasia do pulmão pois esta doença ocorre frequentemente como uma síndrome paraneoplásica. A presença de uma adenopatia supra-clavicular esquerda firme sugere a presença de envolvimento ganglionar pela neoplasia.

As restantes alíneas são muito menos prováveis pois não explicam o quadro clínico.

Restantes Alíneas:

A - Artrite Reumatoide – o quadro de miopatia proximal e simétrica com rash heliotropo e pápulas de Gottron não é explicado pela Artrite Reumatoide. Esta apresenta-se tipicamente com poliartrite simétrica envolvendo as metacarpofalângicas e interfalângicas proximais, sendo muito raro a miopatia.

C - Síndrome da Cauda Equina – esta síndrome é uma emergência cirúrgica que ocorre por compressão das raízes lombossagradas. Apesar de se manifestar com fraqueza muscular dos membros inferiores, esta síndrome não explica o envolvimento muscular dos membros superiores e as alterações cutâneas, bem como não apresenta outros sintomas comuns como anestesia da região perineal e incontinências esfinterianas.

D - Síndrome de Cushing por hormona adrenocorticotrófica ectópica – esta síndrome ocorre como uma manifestação paraneoplásica, nomeadamente da neoplasia do pulmão. No entanto, esta não se manifesta com miopatia proximal e simétrica, nem rash heliotropo nem pápulas de Gottron. Além disso, estão ausentes as alterações clínicas características da Síndrome de Cushing (obesidade facial e tronco).

E - Síndrome de Eaton-Lambert - esta síndrome ocorre como uma manifestação paraneoplásica, nomeadamente da neoplasia do pulmão e manifesta-se com fraqueza muscular (podendo envolver os membros superiores e inferiores) pelo envolvimento da junção neuromuscular. Neste sentido, seria uma hipótese a considerar, apesar de menos provável que a Dermatomiosite pois não explica o rash heliotropo nem as pápulas de Gottron.

PERGUNTA 82

Um homem de 44 anos, casado, recorre ao seu médico assistente referindo: «Acho que quero degolar a minha mulher.» Esta ideia surgiu há seis meses, de forma súbita, depois de ter tido uma discussão com a mulher e ter visto, posteriormente, um filme sobre um homicida em série. Este pensamento tornou-se recorrente e causa-lhe enorme ansiedade, especialmente quando pega em facas durante a confeção das refeições. Tem evitado cozinhar, e até entrar na cozinha, por ter «medo de cometer este crime hediondo». Refere, contudo, que tem uma boa relação conjugal e que, «no fundo, esta ideia não me faz sentido, não falei disto a ninguém, tenho uma vergonha horrível». A observação está vígil, orientado no tempo e no espaço. Apresenta humor francamente ansioso, sem atividade delirante ou alucinatória.

Qual das seguintes é a opção mais apropriada na discussão do risco de heteroagressividade com este doente?

- A. «As suas ideias são muito perigosas e vai acabar por cometer um crime. Quer que o ajude a falar com as autoridades»
- B. «Estas ideias são sintomas de uma perturbação que tem tratamento e o risco de magoar a sua mulher é muito baixo»
- C. «Fico preocupado com a segurança da sua esposa e temos de a avisar. É necessário que ela venha cá ter»
- D. «Isso são tudo ideias da sua cabeça. No fundo deve estar a sentir-se culpado por alguma coisa que não me está a contar. Há algum problema na relação com a sua mulher»
- E. «O melhor é mesmo afastar-se das facas e evitar ficar sozinho com a sua mulher. Se essas ideias continuarem depois fala com o nosso psicólogo»

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: «Estas ideias são sintomas de uma perturbação que tem tratamento e o risco de magoar a sua mulher é muito baixo»

Estes pensamentos repetitivos, intrusivos (aparecem na consciência, com resistência) e egodistónicos (causadores de sofrimento) são uma forma de apresentação da perturbação obsessivo-compulsiva (POC), que é uma perturbação tratável.

A vinheta descreve um caso clínico de uma fobia de impulso num homem de 44 anos. A fobia de impulso, ou impulsos obsessivos são pensamentos na forma de impulsos que uma pessoa tem acerca de perder o controlo e causar dano a outras pessoas. Neste caso é o medo de degolar a mulher. Estes pensamentos repetitivos, intrusivos (aparecem na consciência, com resistência) e egodistónicos (causadores de sofrimento) são uma forma de apresentação da perturbação obsessivo-compulsiva (POC), que é uma perturbação tratável.

Este doente, como é habitual nestas situações, apresenta um grande sofrimento associado, fenómenos de evitamento (“enorme ansiedade [...] tem evitado cozinhar e até entrar na cozinha”) e insight para o fenómeno “no fundo, esta ideia não me faz sentido”. Ao exame de estado mental não existe qualquer sintomatologia psicótica.

O examinador pergunta qual é a opção mais apropriada na discussão do risco de heteroagressividade com este doente. O risco de passagem ao acto é muito baixo, sendo que um exercício que pode ser utilizado na psicoterapia cognitivo-comportamental, pode ser o de dar ao doente uma faca para as mãos, durante a terapia.

Restantes alíneas:

A - O risco de passagem ao ato é muito baixo, sendo que um exercício que pode ser utilizado na psicoterapia cognitivo-comportamental, pode ser o de dar ao doente uma faca para as mãos, durante a terapia.

C - O risco de passagem ao ato é muito baixo, sendo que um exercício que pode ser utilizado na psicoterapia cognitivo-comportamental, pode ser o de dar ao doente uma faca para as mãos, durante a terapia.

D - O risco de passagem ao ato é muito baixo, sendo que um exercício que pode ser utilizado na psicoterapia cognitivo-comportamental, pode ser o de dar ao doente uma faca para as mãos, durante a terapia.

E - O risco de passagem ao ato é muito baixo, sendo que um exercício que pode ser utilizado na psicoterapia cognitivo-comportamental, pode ser o de dar ao doente uma faca para as mãos, durante a terapia.

PERGUNTA 83

Observa na consulta um casal por infertilidade primária desde há cinco anos. A mulher tem 39 anos e o homem 40 anos. É a primeira relação conjugal de ambos. A mulher tem ciclos regulares de 28 a 30 dias e fluxos menstruais de três a quatro dias. Ela nega antecedentes de doenças do foro ginecológico e de cirurgias abdominais ou pélvicas. O rastreio oncológico do colo do útero de há dois anos foi negativo. Ela tem 167 cm de altura e pesa 62 kg; IMC 22 kg/m². O exame físico, incluindo o ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O relatório da histerossalpingografia descreve obstrução tubária proximal direita e permeabilidade tubária duvidosa à esquerda. A ecografia transvaginal não mostra alterações. O homem não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. O espermograma encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão da infertilidade deste casal?

- A. Fertilização in vitro
- B. Hiperestimulação ovárica controlada.
- C. Indução da ovulação
- D. Inseminação intrauterina
- E. Salpingoplastia por laparotomia

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Fertilização in vitro - O sucesso da concepção depende de uma série de eventos complexos e específicos: (1) ovulação de um oócito competente, (2) produção de esperma competente, (3) justaposição de espermatozoides e oócito num trato reprodutivo funcional com subsequente fertilização, (4) geração de um embrião viável, (5) transporte do embrião para a cavidade uterina, (6) implantação com sucesso do embrião no endométrio. Dado o resultado da histerossalpingografia (HSG) descrevendo obstrução tubária proximal direita e permeabilidade tubária duvidosa à esquerda, podemos concluir que um dos fatores que poderá estar por detrás da infertilidade primária do casal poderá ser o ponto (3) previamente descrito, isto é, a ausência de um conduto funcional (trompas) que permita o encontro entre o oócito e os espermatozoides. A fertilização in vitro (FIV) permite contornar a obstrução tubária, através do recurso à colheita de oócitos após estimulação, fertilização dos mesmos in vitro (uma vez que o espermograma se encontra dentro dos parâmetros da normalidade) e à transferência de embrião diretamente para a cavidade endometrial. Trompas uterinas obstruídas constituem uma indicação para FIV.

Restantes alíneas:

B - Hiperestimulação ovárica controlada.

A estimulação ovárica controlada implica a utilização de gonadotropinas exógenas com vista à estimulação do desenvolvimento folicular. Esta terapia tem o objetivo de atingir uma ovulação monofolicular numa mulher com ciclos anovulatórios (o que não parece ser o caso nesta paciente, uma vez que tem ciclos regulares) e a ovulação de vários folículos maduros noutras mulheres com infertilidade. Uma vez que o primeiro passo de uma FIV é a estimulação ovárica controlada, esta poderia ser considerada como uma opção correta. Apenas se considerarmos o caso das estimulações ováricas controladas com vista à inseminação intrauterina ou relações sexuais programadas é que esta não seria uma opção a ponderar, uma vez que não ultrapassa o fator de infertilidade identificado – obstrução tubária.

C - Indução da ovulação.

A indução da ovulação não resolveria o motivo da infertilidade, uma vez que pressupõe que os espermatozóides consigam alcançar as trompas, onde se encontrarão com o ócito e darão início à fertilização. Para além disso, esta paciente tem ciclos regulares, o que parece indicar a ocorrência natural de ovulação cíclica espontânea.

D - Inseminação intrauterina.

A inseminação intrauterina não resolveria o problema neste caso, uma vez que pressupõe que os espermatozóides consigam alcançar as trompas, onde se encontrarão com o ócito e darão início à fertilização.

E - Salpingoplastia por laparotomia.

Os procedimentos cirúrgicos estão indicados em algumas circunstâncias de casais sob processo de procriação medicamente assistida (PMA). Se uma trompa de Falópio obstruída for identificada por HSG, pode ser possível corrigir a obstrução cirurgicamente. Para que esta intervenção tenha sucesso, a endosalpinge deve ser saudável. Se o dano tubário for significativo para impedir o transporte de gâmetas, como se verifica neste caso pela não passagem de contraste na HSG, deve-se optar por técnicas de PMA, nomeadamente FIV. Para além do mais, estes procedimentos sob as trompas são habitualmente realizados por via laparoscópica.

(Beckmann's – capítulo 42 – Infertility)

PERGUNTA 84

Uma mulher de 55 anos, assistente técnica, vem ao consultório médico solicitar análises por pensar estar a ser envenenada. Refere que se apercebeu de que o sabor da água está alterado desde que os vizinhos fizeram obras perto do poço, há cerca de 10 anos. Pensa que as obras foram realizadas com intenção de contaminar a água para a envenenar. Apenas bebe água engarrafada para evitar a ingestão de produtos tóxicos. Já efetuou anteriormente análises ao sangue pelo mesmo motivo, não se verificando quaisquer alterações, mas não acredita no seu resultado. Refere também ansiedade e insónia inicial que atribui à preocupação com esta situação. Não se apuram outras queixas. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e tem mantido o trabalho de forma regular. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes é a resposta mais adequada a dar à doente neste momento?

- A. «As análises devem vir novamente normais, mas vamos pedir na mesma.»
- B. «É possível que essas ideias não sejam reais. Existem medicamentos que ajudam essas ideias a desaparecer.»
- C. «Esta situação está a deixá-la muito angustiada. Seria melhor ficar internada durante uns dias.»
- D. «Já pensou em contactar a saúde pública para verificar a qualidade da água do poço?»
- E. «Penso que poderia beneficiar de um medicamento para melhorar o seu sono.»

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: O diagnóstico mais provável do caso relatado é Perturbação Delirante, visto que a doente apresenta delírio de envenenamento, sem prejuízo do seu funcionamento (“...tem mantido o trabalho de forma regular”) e o quadro terá aparecido quando tinha cerca de 45 anos (idade média mais comum 46 anos), tendo se mantido aparentemente estável.

«Penso que poderia beneficiar de um medicamento para melhorar o seu sono.» Devido à baixa adesão ao tratamento por ausência de insight, por vezes este é aceite se direcionado aos sintomas não específicos, neste caso a ansiedade e insónia inicial.

Restantes alíneas:

*A – «As análises devem vir novamente normais, mas vamos pedir na mesma.»
Como se verificou anteriormente, a existência de análises normais não irá retirar a convicção no seu envenenamento, pelo que voltar a repeti-las não terá qualquer vantagem na abordagem a esta doente.*

*B - «É possível que essas ideias não sejam reais. Existem medicamentos que ajudam essas ideias a desaparecer.»
Devido à desconfiança e ausência de crítica para os sintomas psicóticos dos doentes com Perturbação Delirante, e especialmente numa primeira abordagem, o confronto com a irrealidade das suas ideias muito provavelmente levará a uma quebra na relação terapêutica, perdendo-se assim a confiança do doente, tornando-se impossível o tratamento.*

*C - «Esta situação está a deixá-la muito angustiada. Seria melhor ficar internada durante uns dias.»
O internamento está indicado se existir risco significativo ou imediato de violência ou suicídio. Não existe informação nesta vinheta nesse sentido, devendo ser tentado o tratamento em ambulatório.*

*D - «Já pensou em contactar a saúde pública para verificar a qualidade da água do poço?»
Este tipo de sugestões apenas reforça a crença de que a água possa estar envenenada, não trazendo nenhuma vantagem ao clínico para que consiga iniciar o tratamento.*

PERGUNTA 85

Uma mulher de 70 anos é diagnosticada com anemia por deficiência em ferro. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é negativa. A colonoscopia revela uma massa com 5 cm, de pedículo largo, no ângulo esplénico. Metade da lesão é removida endoscopicamente, não tendo sido removida a restante por receios quanto à extensão da cauterização. O exame anatomopatológico revela um adenocarcinoma. A senhora é hospitalizada para realização de colectomia. Durante a cirurgia foram ressecadas várias pequenas metástases hepáticas.

Qual dos seguintes é o procedimento mais adequado no seguimento pós-operatório?

- A. Administrar terapêutica adjuvante e reavaliar a utente em três meses
- B. Agendar polipectomia colonoscópica complete
- C. Agendar ressecção segmentar do cólon sigmoide
- D. Monitorizar o antigénio carcinoembrionário (CEA) trimestralmente
- E. Não fazer qualquer terapêutica e pedir nova colonoscopia em seis meses

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Administrar terapêutica adjuvante e reavaliar a utente em três meses

De acordo com a evidência atual, a realização de QT após ressecção de metastases hepática em doente com carcinoma coloretal aumenta a sobrevivência livre de progressão, embora sem benefício tão claro em termos de sobrevivência global, sendo contudo um benefício mais evidente em doentes que não tenham desenvolvido metastases após QT adjuvante prévia, como é o caso desta doente que se apresentou com metastização síncrona (Primrose J, Falk S, Finch-Jones M, et al. Systemic chemotherapy with or without cetuximab in patients with resectable colorectal liver metastasis: the New EPOC randomized controlled trial. *Lancet Oncol.* 2014/05// 2014;15(6):601-611; Bridgewater JA, Pugh SA, Maishman T, et al. Systemic chemotherapy with or without cetuximab in patients with resectable colorectal liver metastasis (New EPOC): long-term results of a multicentre, randomized, controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* Mar 2020;21(3):398-411; Nordlinger B, Sorbye H, Glimelius B, et al. Perioperative FOLFOX4 chemotherapy and surgery versus surgery alone for resectable liver metastases from colorectal cancer (EORTC 40983): long-term results of a randomized, controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2013/11// 2013;14(12):1208-1215.). Não só perante o facto da terapêutica adjuvante ser uma opção válida, também o facto de ser necessária nestes casos uma reavaliação imagiológica aos 3 meses é indicada nas guidelines internacionais. Assim, esta seria a opção mais correta entre as apresentadas.

Restantes alíneas:

B - Agendar polipectomia colonoscópica complete

A doente já foi submetida à ressecção do pólipó uma vez que retirou o colon e por inerência o pólipó.

C - Agendar ressecção segmentar do cólon sigmoide.

*O tumor encontrava-se no colon esquerdo (ângulo esplénico) e a doente realizou uma colectomia; mesmo que tenha havido preservação de parte do sigmóide, não existe indicação para ressecção do mesmo; existe sim indicação para reavaliação endoscópica em 1 ano do intestino grosso remanescente (Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. A. Cervantes, R. Adam, S. Roselló, T. Yoshino, E. Martinelli. *Ann Oncology*, October 25, 2022)*

D - Monitorizar o antigénio carcinoembrionário (CEA) trimestralmente.

Apesar de este ser um dos parâmetros englobados no seguimento deste doente (Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. A. Cervantes, R. Adam, S. Roselló, T. Yoshino, E. Martinelli. Ann Oncology, October 25, 2022), não se trata do próximo passo (vide opção A).

E - Não fazer qualquer terapêutica e pedir nova colonoscopia em seis meses

Vide justificação opção A e C.

PERGUNTA 86

Um homem de 42 anos, de origem africana, vem ao consultório médico para exame de vigilância de saúde. A história médica revela refluxo gastroesofágico e intolerância à lactose. A medicação habitual inclui cimetidina e paracetamol, em SOS. É casado e tem dois filhos. Não fuma. Bebe bebidas alcoólicas socialmente. Nega utilização de drogas ilícitas. A história familiar inclui demência, tipo Alzheimer (pai), e hipertensão arterial (mãe). Ao exame físico existe crepitação no joelho direito. Os resultados dos estudos analíticos realizados há uma semana encontram-se dentro dos intervalos de referência, à exceção do valor de bilirrubina total sérica (2,1 mg/dL). Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável para este resultado anormal?

- A. Abuso de álcool
- B. Etiologia desconhecida
- C. Infecção viral
- D. Mutação genética
- E. Toxina ambiental

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Mutação genética

Estamos perante um homem de 42 anos, aparentemente saudável exceto doença do refluxo e intolerância à lactose, que num exame de rotina apresenta elevação ligeira da bilirrubina total sérica. Atendendo ao facto de que não apresentar anemia, alterações da citólise hepática ou de colestase,   provável que se trate de uma elevação isolada da bilirrubina, no entanto não nos apresentam o valor de bilirrubina direta e indireta. No entanto, atendendo ao sexo e idade do doente a hipótese mais provável é de que se trate de um síndrome de Gilbert, um síndrome genético caracterizado pela diminuição da atividade da UDPGT (opção D).

Restantes  lneas:

A - O abuso de  lcool (A) pode cursar com elevação da bilirrubina, mas geralmente em contexto de cirrose hepática ou de hepatite alcoólica aguda, e ambos cursam com alterações ao exame objetivo e outras alterações laboratoriais que o doente não apresenta.

B - Pode-se afirmar com segurança que existe uma etiologia mais provável atendendo ao facto do Gilbert apresentar este contexto epidemiológico e apresentação laboratorial, o que exclui a resposta etiologia desconhecida (B).

C e E - As infeções virais (C) são causa frequente de hepatite aguda, que, no entanto, apresentam elevação de aminotransferases, que não é descrito, tal como ocorre na hepatite tóxica (E).

PERGUNTA 87

Um lactente de 12 meses   internado para tratamento com ampicilina por pneumonia confirmada por raio-X do tórax. Na admissão apresentava hipocalemia, hipomagnesemia e anemia. É o quinto filho de uma família socialmente desfavorecida, com pais desempregados. O lactente não frequentou a consulta de saúde juvenil e infantil previamente. Os pais não trazem o boletim de saúde infantil e juvenil. A mãe descreve quatro a cinco dejeções diárias de fezes semilíquidas nos últimos meses. Ela refere que o filho não gatinha, não faz pinça fina, apenas usa uma ou duas palavras e interessa-se pouco pelo ambiente envolvente. Ele tem 71 cm de comprimento (< P5) e pesa 8 kg (< P5); o perímetro cefálico   de 46 cm (P27). Os sinais vitais são temperatura 36,8 C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 90/60 mm Hg. Ao exame físico a pele e as mucosas estão secas e existe palidez cutânea. Não há massas abdominais palpáveis ou edemas. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico de ejeção de grau II/VI no bordo esternal esquerdo.

Qual das seguintes alternativas   a causa mais provável do quadro apresentado?

- A. Acidose tubular renal
- B. Cardiopatia cong nita
- C. Fibrose quística
- D. Malnutrição por défice de aporte
- E. Neuroblastoma

Chave oficial: D

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Fibrose quística - O quadro clínico desta criança é caracterizado por uma má progressão estaturoponderal (MPP), associada a um possível atraso do desenvolvimento psicomotor (mais pelo pouco interesse no meio envolvente, porque todas as outras características relativamente ao desenvolvimento poderão ser normais), uma diarreia crónica (aumento da frequência das dejeções, com diminuição da sua consistência, com evolução de 5 meses) e alterações hidroeletrolíticas em provável relação com a diarreia prolongada, bem como anemia.

Fibrose quística - Uma das causas de MPP nesta faixa etária é a fibrose quística, que pela insuficiência pancreática se manifesta com diarreia crónica (geralmente esteatorreia, fezes de cheiro fétido), condicionando as alterações hidroeletrolíticas, e pela mal absorção também a anemia. Este bebé poderá não ter feito o diagnóstico endocrinometabólico conforme programado entre o 3º e o 5º dia de vida (se não tem seguimento no seu Centro de Saúde), motivo pelo qual poderá não ter sido detetada esta doença que é rastreada no teste do pezinho. Mais se refere que o rastreio endocrinometabólico também não deteta todas as formas desta doença. O facto de estar atualmente também internado por uma pneumonia poderá ser a favor deste diagnóstico, se considerarmos as manifestações pulmonares também associadas, em que existe uma maior frequência de infeção respiratória por patogénios. E de resto, também não conhecemos se poderá ter tido outro tipo de manifestações pulmonares, uma vez que não tem sido seguido regularmente.

Restantes alíneas:

A - Acidose tubular renal - Não estaríamos à espera de uma apresentação com diarreia crónica numa acidose tubular renal.

B - Cardiopatia congénita - Não estaríamos à espera de uma apresentação com diarreia crónica numa cardiopatia congénita.

D - Malnutrição por défice de aporte - Relativamente a esta opção, o contexto social poderia apontar nesse sentido, associado à ausência de seguimento do Centro de Saúde, mas a vinheta não traz outros elementos quer na história quer no exame objetivo que possam suportar isto mais concretamente (não nos é referido o perfil alimentar, não há referência ao aspeto cuidado ou não do bebé) - e deve ser salientado que uma malnutrição desta ordem, a condicionar este atraso de crescimento, e estas alterações laboratoriais, tem que ser acompanhada por uma ingesta extremamente deficiente. Com esta história de diarreia crónica e os desequilíbrios hidroeletrolíticos que apresenta, não seria de assumir esta como a hipótese mais provável sem excluir patologia, e neste caso, a fibrose quística.

E - Neuroblastoma - apesar de ser um dos tumores mais frequentes na infância, para se adequar a esta apresentação teria de ser uma forma com síndrome paraneoplásico com secreção de VIP, que condiciona uma diarreia secretória. Contudo esta forma de apresentação é extraordinariamente rara, muito menos frequente que a fibrose quística.

PERGUNTA 88

Um homem de 55 anos vem ao consultório médico por dificuldade gradual na progressão alimentar, com sensação de paragem dolorosa dos alimentos referida ao terço inferior do esterno, desde há três meses. Nega regurgitação, perdas sanguíneas visíveis pelo tubo digestivo ou perda de peso. Nos últimos 15 dias, teve tosse muito produtiva durante a noite, que o acorda. A história médica revela pirose, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Refere ainda ter «ansiedade». A medicação inclui pantoprazol, metformina e bisoprolol. É fumador social de charutos. Tem alimentação variada e ingestão alcoólica a todas as refeições (um a dois copos de vinho) e bebidas brancas socialmente. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 17/min, frequência cardíaca 65/min (pulso rítmico, regular e amplo) e pressão arterial 140/80 mm Hg. Ele mede 178 cm e pesa 91 kg; IMC 29 kg/m². Ao exame físico apresenta aparente biótipo normal, sem cianose periférica. A auscultação pulmonar revela crepitações dispersas e sibilos, principalmente à direita. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Acalásia
- B. Carcinoma do esófago
- C. Espasmo difuso do esófago
- D. Estenose péptica do esófago
- E. Hérnia do hiato

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Carcinoma do esófago

Trata-se de um homem de 55 anos com história provável de DRGE (pirose) e com fatores de risco para neoplasia do esófago como DRGE, consumo de tabaco e de álcool. Apresenta história de disfagia para sólidos com 3 meses de evolução (progressão relativamente rápida), com sensação de paragem da progressão dos alimentares e atualmente apresenta provável pneumonite de aspiração condicionada pela estase esofágica decorrente da obstrução causada por um tumor, o que faz com que a resposta (B) seja a mais correta.

Restantes alíneas:

A - A disfagia da acalásia é tipicamente para sólidos e para líquidos (sugere patologia da motilidade), acontece que neste doente existe apenas para sólidos. Também a regurgitação é muito frequente nos doentes com acalásia, outro fator contra esse diagnóstico, uma vez que é negada no enunciado. Nota ainda para o facto de que a pergunta é qual o diagnóstico mais provável e a acalásia além de não explicar toda a situação clínica é menos prevalente.

C - O espasmo difuso do esófago é uma patologia caracterizada por episódios recorrentes de dor torácica, disfagia e regurgitação, sendo que no atual contexto clínico o primeiro e último não estão presentes.

D - A estenose péptica é uma complicação da DRGE com longa evolução, que cursa com disfagia de longa evolução (o que não se verifica). Por outro lado, este doente por se encontrar medicado com IBP o seu surgimento é menos esperado.

E - A grande maioria das hérnias do hiato são assintomáticas, podendo cursar com regurgitação, pirose e disfagia, sendo, no entanto, uma hipótese muito menos provável.

PERGUNTA 89

Um homem de 35 anos vem ao consultório médico por dor na região gemelar bilateral quando anda a pé, desde há um ano, e que se tem vindo a agravar. Refere dormência, alteração da cor das mãos com o frio e dores e «inchaço em veias pequenas», quer das pernas quer das mãos. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. A história familiar revela doença de Buerger (pai e tio paterno). Ele é fumador de 38 UMA desde os 14 anos e refere hábitos etílicos de 26 g por dia nos últimos 10 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 130/80 mm Hg. Ele tem 176 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 22 kg/m². Os pulsos poplíteos e braquiais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade; a palpação dos pulsos radiais e pediosos revela redução de amplitude.

Os resultados dos estudos analíticos realizados há um ano revelaram:

Soro

Creatinina 0,78 mg/dL

Glucose 82 mg/dL

Ácido úrico 4,3 mg/dL.

Sangue

Hemoglobina 14,2 g/dL

Além de recomendar a cessação tabágica, qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

- A. Amlodipina
- B. Furosemida
- C. Prednisolona
- D. Varfarina
- E. Não são necessárias medidas adicionais.

Chave oficial: B

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Amlodipina

O presente caso clínico ilustra um quadro típico de Buerger. Esta doença vascular acomete sobretudo doentes do sexo masculino, sendo o tabagismo ativo o principal fator de risco e fisiopatológico desta doença. Clinicamente, esta patologia caracteriza-se por uma afeção predominantemente distal (ausência de pulsos radiais e pediosos) A tríade de claudicação intermitente, fenómeno de Raynaud ("dormência, alteração da cor das mãos com o frio) e trombose venosa superficial ("inchaço em veias pequenas», quer das pernas quer das mãos) é descrita nesta doença. Para além da cessação tabágica, o uso de antagonistas de canais de cálcio como a amlodipina está preconizado se houver fenómeno de Raynaud decorrente desta patologia (podendo ser benéfico para este doente e daí a suspensão tabágica não ser por si só suficiente – opção E)), não havendo lugar para nenhum dos restantes fármacos listados nas opções B, C e D.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 90

Um homem de 82 anos é trazido pela família ao serviço de urgência por mal-estar geral, prostração e confusão desde há três dias. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e perturbação depressiva. A medicação habitual inclui linagliptina, metformina, irbesartan e escitalopram. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 169/93 mm Hg; SpO2 98 % (ar ambiente). Ele tem 169 cm de altura e pesa 71 kg; IMC 25 kg/m². Ao exame físico apresenta-se sonolento, não colaborando na anamnese. As mucosas estão coradas e hidratadas e não existe ingurgitamento venoso jugular a 45°. Não há edemas dos membros. O exame neurológico não mostra Sinais focais, sinais meníngeos ou outras alterações. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar e o exame abdominal, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,7 mg/dL

Azoto ureico 40 mg/dL

Glucose 201 mg/dL

Proteína C reativa 13 mg/L

Sódio 121 mEq/L

Potássio 4,1 mEq/L

Cloreto 118 mEq/L

Sangue

Hemoglobina 12 g/dL

Leucócitos 4. 500/mm³

Plaquetas 158 × 10⁹/L

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável do quadro atual do doente?

- A. Escitalopram
- B. Glicemia
- C. Linagliptina
- D. Perturbação depressiva
- E. Pressão arterial

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Neste caso clínico considera-se que a hiponatremia marcada (121 mEq/L) poderá justificar os sintomas do doente (mal-estar geral, prostração e confusão), que num doente idoso podia ter múltiplas etiologias subjacentes. No entanto as alíneas remetem-nos para causas decorrentes da medicação habitual ou os antecedentes médicos do doente.

Escitalopram – o escitalopram é um inibidor seletivo da recaptção de serotonina. Pode gerar hiponatremia por síndrome inapropriada de hormona antidiurética.

Restantes alíneas:

B - Glicemia – a hiperglicemia é uma causa de hiponatremia, uma vez que a elevação da glicose aumenta a tonicidade sérica, promovendo o efluxo intracelular de água e reduzindo desta forma a concentração de sódio sérico. O valor de glicose do doente encontra-se apenas marginalmente aumentado, tornando improvável esta etiologia como causa da hiponatremia.

C - Linagliptina – a linagliptina é um antidiabético oral pertencente ao grupo dos inibidores dipeptidil peptidase-4 (inibidores da DPP-4). Os antidiabéticos orais que causam hiponatremia são a tolbutamida e clorpropamida (sulfonilureias), pelo que a linagliptina não é uma causa comum desta patologia.

D - Perturbação depressiva – não é uma causa conhecida de hiponatremia. Contudo, alguns fármacos usados no tratamento desta patologia podem causar hiponatremia, designadamente inibidores seletivos da recaptção da serotonina, antidepressivos tricíclicos, fármacos antipsicóticos.

E - Pressão arterial – Embora elevada, não é uma causa conhecida de hiponatremia nem justificaria por si só o quadro clínico.

PERGUNTA 91

Uma menina de 3 anos é trazida ao serviço de urgência por febre (temperatura 39°C) com seis dias de evolução. O pai refere ainda que a filha apresenta os olhos vermelhos desde o início do quadro febril, tendo desenvolvido exantema. A criança tem apresentado irritabilidade, sem cefaleias. O pai nega contactos conhecidos com crianças doentes. O programa nacional de vacinação encontra-se atualizado. A história médica revela asma ligeira, medicada apenas em crise. A criança vive em casa com os pais, dois irmãos, um cão e dois pássaros. Os sinais vitais à admissão são temperatura 39,9°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 114/min e pressão arterial 100/65 mm Hg. Apresenta hiperemia conjuntival, sem exsudados, e eritema marcado da língua e lábios. Ao exame cervical palpa-se adenomegalia cervical. Observa-se exantema micropapular no tronco e na região inguinal. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes tratamentos iniciais e mais provável de influenciar o curso da doença?

- A. Amoxicilina oral.
- B. Clindamicina intravenosa
- C. Gamaglobulina intravenosa
- D. Ibuprofeno oral.
- E. Prednisolona oral

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Gamaglobulina intravenosa - o quadro clínico desta criança é compatível com um diagnóstico de Doença de Kawasaki (tem uma febre com mais do que 5 dias, associada a 4 outros critérios – exantema, hiperémia conjuntival, alterações da mucosa oral, e linfadenopatia cervical).

O tratamento de primeira linha da doença de Kawasaki, não havendo indicação de se tratar de uma criança de risco elevado de doença severa, consiste na administração de imunoglobulina ev (associada a aspirina), pelo que é esta a alternativa correta.

Restantes alíneas:

A - Na doença de Kawasaki não existe nenhum papel terapêutico na utilização de antibioterapia

B - Na doença de Kawasaki não existe nenhum papel terapêutico na utilização de antibioterapia

D - Na doença de Kawasaki não existe nenhum papel terapêutico na utilização de ibuprofeno, apesar de anti-inflamatório, não se considera uma alternativa à aspirina.

E - O uso de prednisolona pode ser considerado em doentes de risco elevado, mas não isoladamente, sempre associado à imunoglobulina e à aspirina.

PERGUNTA 92

Um homem de 23 anos, turco, a trabalhar em Portugal, vem ao consultório médico por febre acompanhada de dor articular no joelho direito, com 24 horas de evolução. Associadamente refere dor e distensão abdominal. Refere já ter tido outros episódios semelhantes desde os 15 anos, que duram dois a três dias, umas vezes com dores torácicas e outras abdominais. Afirma ter frequentemente mialgias quando faz exercício. Já fez vários exames sendo portador apenas de um, que mostra presença da mutação M694V em homozigotia. Não consegue identificar o nome da sua doença e afirma ter deixado de tomar um comprimido diário, cujo nome não se recorda, desde que chegou a Portugal. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 148/92 mm Hg; SpO2 98% (ar ambiente). A auscultação pulmonar revela sons respiratórios mantidos e simétricos bilateralmente. O abdómen apresenta-se distendido e difusamente doloroso à palpação. Apresenta dor à mobilização do joelho direito e edema associado.

Qual dos seguintes diagnósticos se encontra mais frequentemente associado com a situação descrita?

- A. Artrite reumatoide
- B. Espondilite anquilosante
- C. Lúpus eritematoso sistémico
- D. Poliarterite nodosa
- E. Síndrome de Sjögren

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Poliarterite Nodosa

O caso clínico remete para o diagnóstico de Febre Mediterrânea Familiar (FMF) que não é uma hipótese das alíneas apresentadas. No entanto tem sido realçada na literatura a relação da FMF com a Poliarterite Nodosa através de mutações em comum, nomeadamente no gene MEFV (mutação M694V), vez que elevam o risco de desenvolver Poliarterite Nodosa em regiões onde a FMF é endémica. ("Akpolat Tekin, Özkaya Ozan, Özen Seza; Familial Mediterranean Fever, Polyarteritis Nodosa and MEFV Mutations, 2013, Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal"). Não existe correlação tão bem documentada com nenhuma das restantes opções de resposta.

ENQUADRAMENTO

- Área do conhecimento: Medicina – Reumatologia
- Conteúdos: Não contemplado na matriz 2022 (estava presente na matriz antiga – Febre Mediterrânea Familiar e outras febres recorrentes – tema C)
- Competências: Diagnóstico

PERGUNTA 93

Um rapaz de 5 anos é trazido à consulta pela mãe por congestão nasal com duas semanas de evolução, sem febre associada. Ele iniciou tosse há três dias. A mãe refere que o quadro se tem agravado, especialmente ao acordar, e descreve rinorreia amarelada espessa. Ele tem antecedentes de otite média recorrente no primeiro ano de vida, mas o exame físico hoje não evidencia alterações na otoscopia. Neste momento, qual dos seguintes é o exame de diagnóstico mais adequado?

- A. Determinação da IgE sérica total
- B. Pesquisa de eosinófilos em esfregaço nasal
- C. Raio-X dos seios perinasais
- D. Testes cutâneos para alérgenos comuns
- E. Não são necessários exames adicionais

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Não são necessários exames adicionais. Neste caso o diagnóstico é clínico, não sendo indicados exames complementares de diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Determinação da IgE sérica total.

Não está neste caso indicada a sua realização.

B - Pesquisa de eosinófilos em esfregaço nasal.

Não está neste caso indicada a sua realização.

C - Raio-X dos seios perinasais.

Não está neste caso indicada a sua realização.

D - Testes cutâneos para alérgenos comuns.

Não está neste caso indicada a sua realização.

PERGUNTA 94

Um homem de 31 anos vem ao consultório médico por congestão nasal, odinofagia e tosse produtiva com expectoração amarelo-esverdeada com três dias de evolução. A história médica revela deficiência de imunoglobulina A e infeções do trato respiratório superior e seios perinasais que ocorrem três a quatro vezes por ano. Ele não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 38,2°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 126/72 mm Hg; SpO2 97% (ar ambiente). Ele tem 175 cm de altura e pesa 89 kg; IMC 29 kg/m². Ao exame físico apresenta dor discreta à percussão dos seios maxilares, edema da mucosa nasal e rinorreia posterior. A auscultação pulmonar mostra ronos expiratórios discretos, que desaparecem com a tosse. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O raio-X do tórax não revela alterações.

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

- A. Antibioterapia oral
- B. Broncofibroscopia
- C. Imunoglobulina endovenosa
- D. Internamento hospitalar
- E. Laringoscopia

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Antibioterapia oral

Doente apresenta sintomas compatíveis com quadro de sinusite aguda sobreinfectada, uma vez que o doente apresenta sintomas respiratórios altos, com rinorreia mucopurulenta e sinais compatíveis com preenchimento dos seios maxilares (dor à percussão). Assim sendo, e tendo em conta a abordagem adequada para a sinusite no doente com défice de IgA, devemos iniciar de imediato antibioterapia (A), semelhante a que iniciáramos no caso de infeções da comunidade, mas se necessário com uma duração mais prolongada.

Restantes alíneas:

B - Broncofibroscopia – Nesta situação, não se justifica para já a realização de exames invasivos.

C - Imunoglobulina endovenosa. - Apesar de neste caso termos um indivíduo com défice de imunoglobulina A, não se encontra preconizado a administração de imunoglobulina, uma vez que, tem uma semivida curta. A única situação onde poderia ser admissível esta administração seria se o doente apresenta-se concomitantemente uma deficiência de IgG, ou então, uma imunodeficiência comum variável, que não parece ser este o caso.

D - Internamento hospitalar. - o doente parece encontrar-se hemodinamicamente estável e eupneico, sem imagem sugestiva de pneumonia, não apresentando critérios para internamento hospitalar

E - Laringoscopia. – Nesta situação, não se justifica para já a realização de exames invasivos

PERGUNTA 95

Um homem de 45 anos vem ao consultório médico por dor no membro superior direito com dois meses de evolução. Refere que a dor se iniciou após um período de três semanas de férias, em que trabalhou de forma repetida e diária como pedreiro na reconstrução da sua casa. A dor é incomodativa, permanente, interfere com o sono e localiza-se desde a cabeça do úmero até ao punho direito. A história médica revela doença pulmonar obstrutiva crónica e a medicação habitual inclui salbutamol e brometo de ipratrópio. Teve intercorrência infecciosa recente medicada com cefuroxima. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 134/70 mm Hg; SpO2 98 % (ar ambiente). Ele tem 176 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 22 kg/m². Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral. Existe dor à palpação da cabeça do úmero. A dor agrava-se com a mobilização ativa em abdução e rotação externa do membro superior, entre os 60° e os 120°. O exame abdominal não mostra massas palpáveis. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Bursite do olecrânio
- B. Epicondilite medial
- C. Rotura do tendão bicipital
- D. Tendinite da coifa dos rotadores
- E. Tendinopatia induzida por fármacos

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Tendinite da coifa dos rotadores - O caso clínico refere-se a um homem de 45 anos com um quadro de omalgia direita subaguda (2 meses) após esforço repetitivo diário. A dor é persistente, noturna e localiza-se desde a cabeça do úmero até ao punho. Ao exame físico, o doente tem dor à palpação da cabeça do úmero, que agrava com a mobilização ativa em abdução e rotação externa do membro superior direito, entre os 60 e os 120 graus. O facto de a omalgia surgir após esforço repetitivo diário e agravar com a mobilização ativa é sugestivo de patologia de etiologia não articular/periarticular. A patologia periarticular constitui a causa mais frequente de dor músculo-esquelética (Figura-363.3). Em particular, a tendinopatia da coifa dos rotadores é uma das causas mais comuns de omalgia crónica (30% nos idosos), caracterizando-se por dor persistente e noturna localizada na região externa do ombro (deltoide) e que agrava com abdução ativa do membro superior – arco doloroso entre os 60 e os 120 graus.

Restantes alíneas:

A - A bursite consiste na inflamação de uma bursa por fricção excessiva devido a movimentos repetitivos de uso ("overuse"), trauma, infeção ou doença reumatológica inflamatória (artrite reumatoide, por exemplo). Ao exame físico, observa-se uma tumefação focal flutuante, de margens bem definidas, localizada sobre as proeminências ósseas. Em particular, a bursite do olecrânio localiza-se face posterior do cotovelo.

B - A epicondilite medial ocorre por movimentos repetitivos de uso em atividades recreacionais ou profissionais, resultando em dor na superfície medial do cotovelo (epicôndilo medial), com irradiação para o antebraço. Os movimentos repetitivos que despoletam esta condição consistem em movimentos resistidos repetitivos de flexão e pronação do punho. Ao exame físico, verifica-se um desconforto/dor à palpação imediatamente distal ao epicôndilo medial (inserção dos flexores do antebraço). A dor do doente pode ser reproduzida pela manobra de contra resistência de flexão e pronação do punho com o cotovelo em extensão.

C - A rutura bicipital ocorre com exercício vigoroso do braço e geralmente associa-se a dor intensa na região anterior do braço, irradiando do bicipite braquial até ao punho. Nos indivíduos mais idosos, a rutura bicipital pode despoletar pouca dor, associando-se a tumefação persistente. Na patologia bicipital, ao exame físico ocorre dor à palpação do tendão na goteira bicipital, dor na flexão do braço contra resistência com antebraço em extensão (Palm-up test) e dor na supinação do antebraço contra resistência com o cotovelo fletido a 90 graus (Yergason's supination sign).

E - Os fármacos mais associados à tendinopatia induzida por fármacos são: quinolonas, glicocorticoides, inibidores da aromatase e estatinas. Nenhum destes fármacos é referido no texto.

PERGUNTA 96

Um homem de 22 anos é enviado ao serviço de urgência por dor abdominal no mesogastro, súbita, tipo queimor e de intensidade 8/10 seguida de síncope, há 30 minutos. Ele nega febre, diarreia, vômitos, consumo etílico ou de drogas. Os sinais vitais são temperatura 37,5°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 100/50 mmHg. Ele tem 169 cm de altura e pesa 68,5 kg; IMC 24 kg/m². Ao exame físico está consciente, orientado e colaborante. Apresenta-se diaforético. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é difusamente doloroso, com área eletiva de dor no mesogastro, sem sinais de irritação peritoneal e sem tumefações palpáveis.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		Sangue	
Creatinina	0,8 mg/dL	Hemoglobina	11,5 g/dL
Amilase	25 U/L	HCM	31 pg
AST	20 U/L	VGM	85 fL
ALT	30 U/L	Leucócitos	15 000/mm ³
Fosfatase alcalina	80 U/L	Neutrófilos	87 %
Bilirrubina		Velocidade de sedimentação	20 mm/1. ^a hora
Total	1 mg/dL		
Proteína C reativa	30 mg/L		
Creatinoquinase	200 U/L		
Troponina I	0 ng/mL		

O sedimento urinário encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O eletrocardiograma revela ritmo sinusal, frequência cardíaca 70/min, QRS de morfologia normal, sem inversão de ondas T ou elevação do segmento J. Efetuou TC abdominal com contraste que revelou trombo não oclusivo da emergência do tronco celíaco.

Tendo em conta a hipótese de diagnóstico mais plausível, qual das seguintes alternativas é mais provável de encontrar neste doente?

- A. Episódios prévios de diarreia com sangue.
- B. História de úlceras orais e genitais
- C. História de xerostomia e xeroftalmia
- D. História familiar de doença aterosclerótica em idade precoce
- E. Presença de hiper mobilidade articular marcada

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: História de úlceras orais e genitais
Temos como principais achados clínicos a dor abdominal e a síncope.

Analiticamente, temos marcadores de inflamação crónica: anemia normocítica (VGM normal) normocrómica (HCM normal) com velocidade sedimentação positiva (Homem < 15); a leucocitose com neutrofilia e PCR positiva (>10) associam-se mais a inflamação aguda e poderão estar relacionadas com o evento agudo atual. Temos também creatinoquinase (CK) elevada, um marcador de lesão muscular (esquelético ou cardíaco).

Dos exames de imagem, temos um trombo numa localização pouco comum, o tronco celíaco.

Apesar de o lead in pedir sinais e sintomas, esta é uma pergunta para diagnóstico. Cada alínea transmite, pelos seus achados mais típicos, uma doença ou síndrome. A abordagem à pergunta passa, então, por descodificar os diagnósticos transmitidos e perceber qual deles explica o caso.

Pensamos em Doença de Behçet, que justificaria os marcadores inflamatórios crónicos. Nesta doença surgem aneurismas, e um aneurisma da aorta torácica poderia gerar um trombo que encrava no tronco celíaco. Apesar de não oclusivo, o trombo reduz a perfusão intestinal e causa uma dor abdominal intensa, generalizada, mas mais focada na região periumbilical, que não tem grande tradução no exame objetivo, o que é típico da isquémia intestinal (sendo que a vasculatura mais distal também estará afetada pela doença e mais suscetível a reduções parciais do aporte sanguíneo).

Assim sendo, a resposta que reúne mais pontos a favor sem ir contra achados do caso clínico é a B) História de úlceras orais e genitais. Todavia, nenhuma destas opções parece explicar a síncope. Não temos achados que justifiquem perda de volume circulante, com hipoperfusão cerebral. A possibilidade de uma embolização cerebral é muito remota, pois implicaria um trombo que bloqueasse a irrigação do tronco cerebral e não teríamos o doente consciente e sem achados neurológicos. A possibilidade de a síncope se dever a uma obstrução transitória dos troncos aórticos superiores pela passagem do êmbolo antes de este encravar no tronco celíaco também é estranha, visto que a síncope ocorreu depois da dor abdominal. Resta a possibilidade de se tratar de uma síncope vaso-vagal reflexa à dor abdominal.

A elevação da CK também parece uma descontextualizada, enquanto marcador de necrose muscular. Tendo em conta que o doente sincopou, poderá ter sofrido um ligeiro trauma com o impacto no chão com consequente rbdomiólise.

Restantes alíneas:

A - Pensamos em Doença Inflamatória Intestinal, que justificaria os marcadores inflamatórios crónicos. Havendo dor abdominal, estaríamos a pensar numa exacerbação da doença, mas então teríamos neste momento manifestações intestinais, e o doente nega diarreia. Além disso, a DII não se associa a fenómenos trombo-embólicos.

C - Pensamos em Doença de Sjogren, que justificaria os marcadores inflamatórios crónicos. Mas não se associa a fenómenos trombo-embólicos. Apesar de numa pequena parte dos doentes poder ter uma componente vasculítica, esta afeta a pele (manifestando-se por púrpura) e pequenos vasos, não artérias viscerais de grande calibre.

D - Pensamos em hipercolesterolemia familiar. Esta não justifica os marcadores inflamatórios crónicos. Para justificar o trombo, pensaríamos na trombose de uma placa de ateroma na emergência do tronco celíaco, mas a localização típica das placas nesta doença é mais proximal, nas coronárias. Poderíamos, portanto, pôr a hipótese de a dor abdominal ser na verdade a dor referida/irradiada de um enfarte agudo do miocárdio (expectável nestes doentes), mas é-nos dado um ECG completamente normal e troponina negativa.

E - Pensamos em colagenoses como Síndrome de Marfan ou Ehlers-Danlos. Estas não justificam os marcadores inflamatórios crónicos. No entanto, predisõem a aneurismas aórticos, que poderiam então gerar o trombo e consequentemente as queixas deste caso. Todavia, morfotipo do doente que não é de todo o típico longilíneo: trata-se de um doente de altura média (esperaríamos marcadamente alto) e IMC no limite superior do normal (esperaríamos mais baixo, pois estes são tendencialmente indivíduos magros).

PERGUNTA 97

Uma menina de 9 anos é trazida pela mãe à consulta por preocupação de que o crescimento mamário tenha começado demasiado cedo. A criança tem sido saudável, não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Ainda não teve menarca. Tem rendimento escolar razoável. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ela tem 129 cm de altura (P25) e pesa 25 kg (P25). Ao exame físico apresenta dois nódulos firmes, indolores, móveis, de 1 a 2 cm, no tronco, subjacente a cada aréola. Não tem pelo púbico ou axilar. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Determinar a concentração sérica de prolactina
- B. Informar que se trata de desenvolvimento normal.
- C. Solicitar biópsia dos nódulos
- D. Solicitar raio-X do punho para determinação de idade óssea
- E. Solicitar RM cerebral.

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Informar que se trata de desenvolvimento normal.

A puberdade normal nas raparigas inicia-se entre os 9 e os 13 anos de idade.

Restantes alíneas:

A - Determinar a concentração sérica de prolactina.

Trata-se de um desenvolvimento normal. Início da puberdade aos 9 anos, pelo que não existe indicação para avaliação analítica.

C - Solicitar biópsia dos nódulos.

Os nódulos corresponderão ao botão mamário (telarca), pelo que não está indicada a biópsia nódulos.

D - Solicitar raio-X do punho para determinação de idade óssea.

Não se trata de um caso de puberdade precoce, pelo que não está indicada a determinação da idade óssea.

E - Solicitar RM cerebral

Não se trata de um caso de puberdade precoce, pelo que não está indicada a realização de RM cerebral.

PERGUNTA 98

Uma mulher de 61 anos recorre à consulta de medicina geral e familiar e questiona-o sobre o risco que tem de desenvolver osteoporose. Trata-se de uma mulher ex-fumadora (10 UMA, até aos 34 anos). Os antecedentes ginecológicos e obstétricos incluem menarca aos 14 anos, ciclos regulares, gesta 2, para 2, menopausa aos 49 anos, não tendo realizado terapêutica hormonal de substituição. Os antecedentes médicos incluem cancro da mama diagnosticado há quatro anos (tratado com cirurgia e radioterapia) e hipotireoidismo. Refere ainda ter tido fratura da tíbia esquerda aos 44 anos, após acidente com queda de 2 metros de altura. Nega consumo regular de álcool. A medicação habitual inclui levotiroxina e tamoxifeno. Os antecedentes familiares incluem morte da mãe aos 77 anos após AVC e do pai aos 72 anos por agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 68/min e pressão arterial 112/74 mm Hg. Ela tem 156 cm de altura e pesa 65 kg; IMC 27 kg/m². O restante exame físico assim como os estudos analíticos recentes, incluindo ionograma, bioquímica e o doseamento de T3 e T4, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes fatores no histórico desta mulher mais aumenta o risco de desenvolver osteoporose?

- A. Antecedentes de fratura
- B. Antecedentes tabágicos
- C. Hipotireoidismo
- D. Idade da menopausa
- E. Toma de tamoxifeno

Chave oficial: E

Proposta Academia: B - Antecedentes tabágicos (ou anular)

Validação da afirmação correta: O caso clínico aborda uma mulher de 61 anos em que se pede para avaliar qual o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de osteoporose. Da história clínica não é identificado nenhum fator de risco major já que o antecedente de fratura (alínea A) não é considerado pois a fratura da tíbia aos 44 anos após uma queda de 2 metros não é considerada uma fratura de fragilidade; a menopausa não é precoce pois ocorreu depois dos 40 anos, nomeadamente aos 49 anos (alínea D); e não existe referência aos restantes (fratura vertebral prévia, história de fratura da anca nos pais, glicocorticoide sistémico > 3 meses, hiperparatiroidismo primário e hipogonadismo). Relativamente à discussão dos possíveis fatores de risco minor, a doente realiza tamoxifeno (alínea E – e considerada a chave correta), referindo-se que não fez terapêutica de substituição hormonal, pelo que se admite que tenha iniciado após o diagnóstico de neoplasia da mama há 4 anos, ou seja após a menopausa. Relativamente ao risco osteoporótico deste medicamento, ele é protetor quando iniciado após a menopausa e é deletério quando iniciado antes da menopausa, pelo que a no caso clínico esta alínea não se associa a aumento do risco de osteoporose.

O hipotireoidismo não é considerado um fator de risco, mas sim o hipertireoidismo clínico e neste caso, apesar do doente estar sob levotiroxina, não apresenta clínica de hipertireoidismo e a função tiroideia está normal. Assim, por exclusão de hipóteses, a única hipótese que poderá ser considerada correta é antecedentes de tabagismo (hipótese B). No entanto, esta hipótese também é bastante enganadora porque na realidade apenas o tabagismo atual é considerado um fator de risco menor e, quer a carga tabágica do doente (10 UMA), quer o longo período de suspensão (27 anos) tornam este fator de risco muito duvidoso.

PERGUNTA 99

Uma mulher de 53 anos é trazida à consulta de medicina geral e familiar pelo filho por agitação marcada desde o dia anterior, estando «a tremer do corpo todo». Refere ainda que a mãe dormiu poucas horas nas últimas noites e que nesse mesmo dia tinha acordado «alheada» da realidade e parecia confusa. A doente colabora mal com a entrevista, parecendo estar muito focada nas paredes à sua volta e assustada com a presença de «cobras e lagartos» dentro do centro de saúde. O filho refere que a mãe tem antecedentes de síndrome de dependência do álcool desde há dois anos, já com tratamento em unidade de alcoologia, onde tem seguimento em psiquiatria. Refere que, por esse motivo, evita ter em casa bebidas alcoólicas e que há três dias retirou de casa todas as bebidas que conseguiu encontrar. Os sinais vitais são frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 145/90 mm Hg. A doente encontra-se sudorética, com pupilas dilatadas e reativas à luz. Apresenta ainda tremor grosseiro dos membros superiores, telangiectasias faciais e hipertrofia parotídea bilateral. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar diazepam por via oral
- B. Administrar solução de dextrose 5 % em água.
- C. Administrar tiamina por via oral
- D. Enviar ao serviço de urgência hospitalar
- E. Referenciar ao psiquiatra assistente

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Enviar ao serviço de urgência hospitalar

O caso descreve o quadro clínico de delirium tremens: após a abstinência alcoólica quando o filho retirou as bebidas de casa há 3 dias, precedida de vários anos de consumo de álcool, ocorreu uma alteração rápida do estado mental (“«alheada» e confusa”); alucinações vividas, mais frequentemente visuais (“focada nas paredes (...) «cobras e lagartos» dentro do centro de saúde”); agitação; tremores generalizados; medo (a doente encontra-se assustada); alterações autonómicas, sendo um quadro de agravamento noturno. Pelo elevado risco de mortalidade, é considerado uma emergência médica.

Pelo elevado risco de mortalidade, é considerado uma emergência médica, não existindo nos centros de saúde recursos suficientes para abordar situações de risco de vida emergente.

Restantes alíneas:

A - Administrar diazepam por via oral. O diazepam, enquanto benzodiazepina de longa ação, pode ter um papel importante em quadros de abstinência alcoólica. Porém, nos casos graves e agudos o uso de benzodiazepina oral não é o mais indicado, dada a urgência da situação clínica.

B - Administrar solução de dextrose 5 % em água. A utilização de dextrose 5% apenas deverá ser administrada após a administração de tiamina.

C - Administrar tiamina por via oral. A tiamina é fundamental nos quadros graves de abstinência alcoólica, mas a sua administração não deverá ser oral, como no caso do diazepam.

E - Referenciar ao psiquiatra assistente. Sendo uma emergência médica, a referência ao médico assistente não possibilitará uma abordagem com a celeridade necessária.

PERGUNTA 100

Uma mulher de 23 anos vem ao consultório para aconselhamento nutricional. Refere ter episódios frequentes de diarreia desde há três anos e menciona ter perdido 25 kg de peso nesse período estando em investigação etiológica de síndrome de má absorção. Mantém fome e come o que lhe apetece, mas refere sentir astenia, emagrecimento e cansaço fácil para médios esforços. Os sinais vitais são frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 124/56 mm Hg; SpO2 98% (ar ambiente). Ela tem 172 cm de altura e pesa 42 kg; IMC 14,2 kg/m². A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está deprimido e é indolor à palpação. Não se observam edemas.

Qual das seguintes alternativas é o melhor indicador para avaliar a gravidade da desnutrição?

- A. Avaliação global subjetiva do estado nutricional.
- B. Depleção do tecido adiposo subcutâneo.
- C. Ecografia da massa muscular.
- D. Índice de massa corporal.
- E. Volume do fluido extracelular.

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Avaliação global subjetiva do estado nutricional.

Não há testes práticos goldstandard que forneçam um índice geral do estado nutricional.

Apesar de individualmente cada uma das outras respostas poder fornecer alguma informação ao médico, "A avaliação nutricional de um paciente requer a integração da história clínica, exame físico e estudos antropométrico e laboratoriais" Harrison

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 101

Um homem de 59 anos, motorista, vem ao consultório médico por dejeções diárias de fezes moles (média de cinco por dia), com seis meses de evolução. Refere ainda emagrecimento de 12 % do peso corporal nesse período. A história médica inclui pancreatite crónica, de etiologia etílica. É fumador de 40 UMA desde há 35 anos e refere hábitos etílicos de 60 g por dia. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 130/85 mm Hg. Ao exame físico observa-se edema não depressível ligeiro dos membros inferiores. O abdómen é indolor à palpação. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Glicemia 110 mg/dL

AST 78 U/L

ALT 35 U/L

Albumina 2,7 g/dL

Sangue

Hemoglobina 13 g/dL

VGM 100 fL

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

- A. Causa osmótica
- B. Causa secretória
- C. Esteatorreia
- D. Inflamação crónica
- E. Neuropatia visceral

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Esteatorreia - Num doente com pancreatite crónica conhecida, pela insuficiência pancreática exócrina, pode surgir esteatorreia, que condiciona má absorção e emagrecimento, como é o caso do doente, tornando esta a explicação mais provável. Na vinheta clínica não existem outros dados que nos façam suspeitar da existência de outras causas de diarreia.

Restantes alíneas: Ver justificação da alínea correta.

PERGUNTA 102

Um homem de 28 anos vem ao serviço de urgência por «urina cor de vinho do Porto» com cinco dias de evolução. Refere ainda astenia e perda ponderal involuntária desde há três meses. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Ele tem 178 cm de altura e pesa 72 kg; IMC 23 kg/m². Ao exame físico apresenta-se com razoável estado geral. A pele e as mucosas estão ictéricas. Está hidratado e eupneico. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O exame do abdómen revela hepatomegalia dolorosa, palpável 10 cm abaixo do rebordo costal, na linha medioclavicular direita. Não há adenopatias periféricas palpáveis.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

AST 230 U/L

ALT 180 U/L

Fosfatase alcalina 420 U/L

y-glutamil transferase (GGT) 670 U/L

Bilirrubina

Total 5 mg/dL

Desidrogenase láctica (LDH) 520 U/L

Sangue

Hemoglobina 11 g/dL

Leucócitos 4 500/mm³

Plaquetas 140 × 10⁹/L

Realizou TC abdominal, que revelou «fígado aumentado e com múltiplas lesões nodulares compatíveis com metastização; conglomerado ganglionar peri-hilar 6 cm a condicionar dilatação das vias biliares intra-hepáticas; conglomerado ganglionar retroperitoneal com 12 cm; visualização inferior do tórax com lesões parenquimatosas compatíveis com metastização pulmonar bilateral».

Qual dos seguintes estudos é o mais adequado para identificar a localização mais provável da lesão primária?

- A. Aspirado de medula óssea
- B. Colangio-RM
- C. Ecografia abdominal superior
- D. Ecografia testicular
- E. TC torácica

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Ecografia testicular

Por se tratar de um doente jovem (28 anos) com massa retroperitoneal e metastização hepática, via biliar e pulmonar associada a alterações da cor da urina a hipótese mais provável é a de se tratar de um cancro do testículo – assim o próximo passo é a requisição de uma ecografia testicular.

Restantes alíneas:

A - Aspirado de medula óssea - Sem alterações sugestivas que indiquem suspeita da doença hematológica, pelo que não é o próximo passo.

B - Colangio-RM - Ainda que se apresente com alterações no fígado e da via biliar, dada a faixa etária e os sintomas urinários o mais provável é que se trate de um primário do testículo pelo que para diagnóstico do tumor primário a correta será ecografia testicular.

C - Ecografia abdominal superior - Doente já com TC a evidenciar alterações; sem indicação para realização de ecografia (menor acuidade que TC)

E - TC torácica - A TAC Torácica não seria o exame complementar mais apropriado para esclarecer a provável lesão dado o descrito na opção correta

PERGUNTA 103

Uma mulher de 68 anos vem à consulta de endocrinologia, referenciada pelo médico de família, por tumefação cervical direita na dependência do lobo direito da tireoide. A história médica revela carcinoma da mama direita, submetida previamente a mastectomia radical, radioterapia e quimioterapia. Os sinais vitais são frequência respiratória 19/min, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 120/80 mm Hg. Na região cervical anterior direita palpa-se formação de consistência elástica, móvel e sem adenopatias palpáveis.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Hemoglobina 14 g/dL

Leucócitos 7 000/mm³

Plaquetas 190 x 10⁹/L

Soro

Creatinina 1,2 mg/dL

AST 45 U/L

ALT 50 U/L

Proteína C reativa 9 mg/L

Sódio 141 mEq/L

Potássio 4 mEq/L

TSH 4 µU/mL

Tiroxina (T4) 8 µg/dL

Tri-iodotironina (T3) 120 ng/dL

A ecografia da tireoide revela formação com cerca de 4,2 cm com zonas de quisto e zonas sólidas. A biópsia com agulha fina desta formação foi inconclusiva.

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

- A. Aspiração do quisto
- B. Cintigrafia com iodo-131
- C. Lobectomia direita da tireoide
- D. Realização de nova biópsia com agulha fina
- E. Tireoidectomia total

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Lobectomia direita da tireoide - Estamos perante uma doente com um nódulo na dependência do lobo direito da tireoide, sem sinais de alarme – nódulo móvel, de consistência elástica e sem adenopatias palpáveis. Doente eutiroideia. Ecografia com formação quística de componente líquida e sólida com 4.2cm e BAF inconclusiva. Doente com história de exposição a radiação prévia – radioterapia por Cancro da Mama que é fator de risco para tumores malignos da tireoide, sobretudo tumores papilares.

Segundo os critérios de Bethesda, nódulos inconclusivos na BAF tem, regra geral, indicação para repetição da mesma. No entanto, neste caso, temos um nódulo quístico com áreas sólidas e líquidas (quisto complexo) com > 4cm de maior diâmetro (maior risco de malignização associada), numa doente com história de exposição prévia a radiação. Neste caso, está indicada a lobectomia direita da glândula tireoide.

Restantes alíneas:

A - A aspiração do quisto está preconizada para quistos com componente apenas líquida.

B - Indicado apenas em nódulos hiperfuncionantes de pequenas dimensões

D - Estaria indicado se não estivéssemos perante um quisto complexo, com > 4cm de diâmetro e com história de exposição da radiação prévia.

E - A tireoidectomia total estaria indicada no caso de existência de história familiar de tumores da tireoide ou de irradiação da mesma.

PERGUNTA 104

Um homem de 48 anos vem ao consultório médico por polaquiúria, noctúria e sensação de peso suprapúbico, com intensidade crescente nos últimos seis meses. É motorista de profissão e faz cicloturismo ao fim de semana. Nega hábitos tabágicos e consome álcool apenas em ocasiões festivas. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 132/81 mm Hg. Ao exame físico apresenta genitais externos sem alterações aparentes. O toque retal revela próstata com volume estimado de 40 mL, simétrica, indolor, de consistência elástica, com sulco médio presente, sem nódulos. O restante exame físico, incluindo a palpação e percussão abdominal, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Hiperplasia prostática benigna
- B. Neoplasia maligna da próstata.
- C. Neoplasia vesical
- D. Prostatite aguda
- E. Prostatite crónica

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Hiperplasia prostática benigna

A HBP é um diagnóstico histológico, mas que muitas vezes pode ser presumido pela anamnese e exame objetivo. Os LUTS de armazenamento (que são muito típicos em situação de HBP sintomáticas) em conjunto com exame objetivo prostático totalmente dentro da normalidade (consistência elástica, com sulco médio presente, sem nódulos) fazem deste o diagnóstico mais provável

Restantes alíneas:

B - Neoplasia maligna da próstata.

Toque retal totalmente insuspeito (próstata com volume estimado de 40 mL, simétrica, indolor, de consistência elástica, com sulco médio presente, sem nódulos) fazem deste um diagnóstico menos provável.

C - Neoplasia vesical.

Não tem antecedentes tabágicos (principal fator de risco para neoplasia vesical), não há referencia a hematúria (o sinal e sintoma mais frequentemente associado a situações de tumor vesical).

D - Prostatite aguda.

Habitualmente este quadro curso com queixas de LUTS com disúria e dor perineal, com toque retal doloroso, com próstata globosa quente e edemaciada e associado habitualmente a febre, sendo um quadro de instalação mais aguda, o que não é o caso descrito

E - Prostatite crónica.

Pode ser bacteriana (1) ou não-bacteriana (2). O primeiro é um quadro arrastado tipicamente com início numa prostatite aguda. O segundo enquadra-se na síndrome de dor pélvica crónica que se caracteriza por quadros intermitentes de agravamento e melhoria das queixas de LUTS / dor ou desconforto períneo-escrotal. Nenhum desde se enquadra como primeira hipótese no caso clínico descrito

PERGUNTA 105

Uma mulher de 70 anos vem ao consultório médico para consulta de vigilância de saúde. Encontra-se assintomática. A história médica revela glaucoma medicado com timolol + latanoprost em colírio. A menarca ocorreu aos 12 anos e a coitarca aos 22 anos. Os antecedentes obstétricos são gesta 3, para 2 (dois partos eutócicos) e 1 aborto espontâneo. Refere que a menopausa ocorreu aos 52 anos, negando ter realizado terapêutica hormonal de substituição. Atualmente, não tem atividade sexual, por não ter parceiro sexual. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 140/72 mm Hg. Ela tem 158 cm de altura e pesa 70 kg; IMC 28 kg/m². Ao exame ginecológico apresenta atrofia vulvovaginal; observa-se prolapso uterino ao nível do hímen, sem corrimentos patológicos e exocolo sem lesões macroscópicas visíveis. 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. Aplicar toxina botulínica
- B. Prescrever terapia hormonal oral
- C. Recomendar utilização de pessário
- D. Referenciar para cirurgia
- E. Não são necessárias medidas

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Não são necessárias medidas.

O prolapso é assintomático e nesses casos não está recomendado qualquer tratamento – pessário (C) ou cirurgia (D).

A toxina botulínica (A) não é usada neste contexto.

A atrofia vaginal poderia ser tratada com terapia hormonal tópica e não oral (B).

Restantes alíneas:

Verificar a justificação completa da resposta correta.

PERGUNTA 106

Uma mulher de 23 anos é assistida na via pública após um acidente de veículo de duas rodas. A mulher viajava sem capacete e embateu contra um muro. Os antecedentes médicos são desconhecidos. Os sinais vitais são temperatura 35,9°C, frequência respiratória 10/min, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 92/48 mm Hg. Ao exame físico observa-se múltiplas lacerações e feridas contusas no tronco e membros à esquerda e uma equimose nas regiões frontal e temporal à esquerda. Não se observa lesão aparente do pescoço. A doente não responde à estimulação verbal. Quando estimulado o leito ungueal nos quatro membros observa-se reação em fuga e abertura lenta dos olhos, sem resposta verbal.

Em qual dos seguintes graus, na escala de coma de Glasgow, se encontra esta doente?

- A. 5
- B. 6
- C. 7
- D. 8
- E. 9

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: 7

TABLE 38-2		
Glasgow Coma Scale		
BEHAVIOR	RESPONSE	SCORE
Eye opening response	Spontaneously	4
	To speech	3
	To pain	2
	No response	1
Best verbal response	Oriented to time, place, and person	5
	Confused	4
	Inappropriate words	3
	Incomprehensible sounds	2
	No response	1
Best motor response	Obeys commands	6
	Moves to localized pain	5
	Flexion withdrawal from pain	4
	Abnormal flexion (decorticate)	3
	Abnormal extension (decerebrate)	2
	No response	1
Total score:	<i>Best response</i>	15
	<i>Comatose client</i>	8 or less
	<i>Totally unresponsive</i>	3

Melhor resposta ocular: abertura lenta dos olhos à dor (pressão do leito ungueal) – abertura ocular à dor: +2 pontos

Melhor resposta verbal: a doente não responde à estimulação verbal – resposta verbal ausente: +1 ponto

Melhor resposta motora: reação em fuga dos 4 membros ao estímulo doloroso – resposta motora em fuga à dor: +4 pontos

A pontuação final resulta do somatório das 3 pontuações. Assim, GCS = 7.

Restantes alíneas:

Verificar resposta da alínea correta.

PERGUNTA 107

Uma mulher de 52 anos vem ao serviço de urgência por tosse não produtiva, incomodativa, impedindo o sono, com dois dias de evolução. A história médica revela hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e neoplasia do cólon operada há 20 dias, sem complicações aparentes. A medicação habitual inclui losartan, hidroclorotiazida, insulina glargina e insulina de ação rápida. Encontra-se a aguardar início de quimioterapia. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência cardíaca 104/min, frequência respiratória 157/min e pressão arterial 134/82 mm Hg. O exame físico revela crepitações na base do hemitórax esquerdo, edemas ligeiros nos pés até aos tornozelos. Observa-se aumento de volume gemelar esquerdo com dor à palpação local.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Troponina I 3 ng/mL

NT-proBNP 322 pg/mL [N< 300 pg/mL]

Sangue

Hemoglobina 11,5 g/dL

Leucócitos 15.000/mm³

Neutrófilos 80%

O raio-X do tórax mostra hipotransparência triangular de base costal, na porção inferior do hemitórax esquerdo. O eletrocardiograma revela ritmo sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

Qual dos seguintes cálculos é o próximo passo mais adequado?

- A. CURB-65
- B. PSI
- C. Score GAME
- D. Score GRACE
- E. Score WELLS

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Score WELLS

Este caso é sugestivo de tromboembolia pulmonar com origem em trombose venosa profunda do membro inferior. Trata-se de uma doente com fatores de risco tromboembólicos (neoplasia ativa) e que se apresenta com dor e edema particularmente localizado na região gemelar esquerda (local da trombose venosa profunda). Adicionalmente está taquicárdica, o que é sugestivo de TEP. O Rx tem uma hipotransparência em forma triangular (sinal de Hampton) o que também é sugestivo de TEP. Poder-se-ia pensar que a doente teria uma infeção respiratória (apresentação com tosse e com leucocitose), mas a tosse era não produtiva e não há descrição de febre; note-se que tais achados também podem estar presentes na TEP. Perante a suspeita de TEP, recomenda-se a avaliação da probabilidade pré-teste recorrendo a scores validados como o score de WELLS com doseamento subsequente dos D-dímeros. Não se tratando de um caso de pneumonia, não se aplica os scores CURB-65 (A) nem PSI (B). Não se tratando de um síndrome coronário agudo (troponina normal), não se aplica o Score GRACE. Não conheço a existência do Score GAME.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 108

Uma grávida de 24 anos é admitida no hospital às 35 semanas de gestação por dispneia desde há 12 horas. A gravidez tem decorrido sem complicações até ao momento. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 30/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 90/40 mm Hg. O exame físico revela um ponto difuso de impulso máximo localizado lateralmente à linha axilar anterior. O raio-X do tórax mostra um aumento da sombra cardíaca e campos pulmonares limpos. O exame à urina com tira-teste é negativo para a presença de proteínas.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Cardiomiopatia periparto
- B. Embolia pulmonar
- C. Estenose pulmonar
- D. Pré-eclampsia
- E. Sépsis puerperal

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: A cardiomiopatia periparto é uma causa rara de insuficiência cardíaca que afeta as mulheres no final da gravidez ou no puerpério precoce. Geralmente esta patologia apresenta-se com dispneia (como no caso clínico), embora também possa incluir tosse, ortopneia e edemas periféricos. Ao exame físico, pode apresentar alterações auscultatórias como um murmúrio de regurgitação mitral e frequentemente um impulso apical deslocado ('ponto difuso de impulso máximo localizado lateralmente á linha axilar anterior'). O raio X do tórax geralmente mostra um alargamento da silhueta cardíaca, podendo ter outras alterações pulmonares, embora não descritas no caso. Assim, sendo o diagnóstico mais provável é cardiomiopatia periparto. Embora a descrição de um ecocardiograma poderia tornar o diagnóstico mais fácil.

Restantes alíneas:

B - Embolia pulmonar seria o diagnóstico diferencial mais difícil. Durante a gravidez pode ter uma sintomatologia sobreponível à cardiomiopatia periparto, com dispneia, tosse e até dor torácica. Associa-se a taquicardia e taquipneia, sendo que no caso clínico a taquicardia não está presente. O raio X com alargamento da silhueta cardíaca, também favorece mais outro diagnóstico, embora o ecocardiograma poderia ajudar no DD.

C - A estenose pulmonar, dependendo do grau de gravidade, pode originar diferente sintomatologia. Assim, pode ser assintomática ou apresentar-se com dispneia ou mesmo com sinais de insuficiência cardíaca direita. Ao exame físico, os doentes podem ter um impulso sistólico do ventrículo direito proeminente com um lift paraesternal esquerdo, um clique de ejeção pulmonar e um murmúrio de ejeção sistólico, entre outras. O ecocardiograma é essencial para o seu diagnóstico. O caso clínico não mostra esta clínica, sendo que na gravidez para uma instalação subaguda da sintomatologia, teria que haver descrição de patologia prévia.

D - A pré-eclâmpsia é uma doença da gravidez, que surge após as 20 semanas. Cursa com hipertensão de novo, associada a lesão de órgão alvo. No caso clínico a doente não apresenta hipertensão (TA 90/40 mmHg) e a única lesão de órgão alvo (ausência de proteinúria) seria eventualmente um edema agudo do pulmão, que pode ser uma complicação grave da pré-eclâmpsia. No entanto, no raio X não existem alterações dos campos pulmonares.

E - Sépsis puerperal. O puerpério é um período de tempo após o parto. No caso clínico a doente ainda se encontra grávida. Para além disso não parece ter qualquer sinal de infeção que despoletasse um quadro de sépsis.

PERGUNTA 109

Um homem de 19 anos vem ao serviço de urgência por febre, arrepios intermitentes e tosse produtiva, com expectoração esverdeada, nas últimas 24 horas. Refere também dor torácica ligeira, de tipo pleurítico, à esquerda, sem hemoptises. A história médica revela quatro episódios de pneumonia desde a infância e vários de sinusite. Ele afirma ter episódios frequentes e intermitentes de tosse produtiva. Refere que, nos últimos nove anos, teve vários períodos de diarreia e flatulência. A colonoscopia, efetuada há seis anos, não mostrava alterações. Nos últimos seis meses, tem tido dispneia progressiva ao exercício e atualmente fica dispneico após caminhar dois quarteirões. Ele não faz medicação habitual. Nega consumo de tabaco ou álcool. Os antecedentes familiares incluem doença pulmonar obstrutiva crónica (tio paterno), diabetes mellitus tipo 1 e pneumonias recorrentes (irmão). Ele tem 183 cm de altura e pesa 70 kg; IMC 21 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 38,8°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 110/60 mm Hg; SpO₂ 93% (FiO₂ 28% por cânula nasal). Existe dor ligeira à palpação dos seios maxilares, bilateralmente. À auscultação pulmonar ouvem-se crepitações na metade superior do campo pulmonar esquerdo e sibilos dispersos. Apresenta hipocratismo digital.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,4 mg/dL
Azoto ureico 47 mg/dL
Glucose 155 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 10 g/dL
Leucócitos 16 000/mm

Gases (FiO₂: 28 %)

PO₂ 63 mm Hg
PCO₂ 48 mm H
pH 7,39

O raio-X do tórax revela pulmões hiperinsuflados, com hipotransparência no lobo superior esquerdo e vários quistos bronquiectásicos nos lobos superiores. Qual dos seguintes estudos clínicos é o mais adequado para confirmar o diagnóstico etiológico mais provável?

- A. Doseamento da concentração da alfa 1-antitripsina sérica
- B. Imunoelectroforese quantitativa
- C. Pesquisa de autoanticorpos antineutrófilos citoplasmáticos no soro
- D. Serologia para pneumonite de hipersensibilidade
- E. Teste do cloreto no suor.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Teste do cloreto no suor - O doente apresenta-se com um quadro clínico de pneumonias de repetição, sinusite, diarreia e flatulência, hipocratismo digital e pulmões hiperinsuflados, com hipotransparência no lobo superior esquerdo e vários quistos bronquiectásicos nos lobos superiores no raio x. O caso clínico apresentado é compatível com um quadro de fibrose quística - componente gastrointestinal, com diarreia e flatulência por disfunção pancreática, componente respiratória com sinusite crônica e infecções de repetição, bronquiectasias no raio x, e hipocratismo digital. Um dos primeiros testes a realizar-se na suspeita de fibrose quística é o teste de cloreto no suor.

Restantes alíneas:

A - Doseamento da concentração da alfa 1-antitripsina sérica.

O déficit de alfa 1 antitripsina é uma doença genética que se manifesta muitas vezes por disfunção hepática, e disfunção pulmonar com enfisema pulmonar em idade jovem. Manifesta-se com tosse, dispneia, sibilância, e muitas vezes com icterícia ao nascimento e sintomas de cirrose hepática em idade jovem. Não costuma, como neste caso clínico, apresentar-se com episódios de repetição de pneumonia, sinusite ou quistos bronquiectásicos no raio x. Assim, não é a resposta mais correta.

B - Imunoelectroforese quantitativa

A imunoelectroforese pode ser usada para detetar várias patologias, como doenças gamopáticas monoclonais, doenças linfoproliferativas entre outras. O caso clínico sugere um diagnóstico clínico de fibrose quística, pelo que existe uma resposta mais correta.

C - Pesquisa de autoanticorpos antineutrófilos citoplasmáticos no soro.

A Pesquisa de autoanticorpos antineutrófilos citoplasmáticos no soro é utilizada no diagnóstico de algumas doenças associadas aos anticorpos ANCA, como a granulomatose com poliangeíte, o síndrome de Churg Strauss e a poliangeíte microscópica. A granulomatose com poliangeíte pode ser responsável por um quadro de sinusite crônica, muitas vezes acompanhada de deformações do septo nasal e sintomas pneumonia like como tosse, sibilância, hemoptises. Acompanha-se muitas vezes de alterações cutâneas, cardíacas e renais, com hematúria e muitas vezes glomerulonefrites rapidamente progressivas. Apesar da disfunção respiratória e da lesão renal aguda presentes no caso clínico as vasculites ANCA não costumam apresentar-se com episódios de repetição de pneumonia, hipocratismo digital, diarreia ou quistos bronquiectásicos no raio x. Assim, não é a resposta correta.

D - Serologia para pneumonite de hipersensibilidade.

A pneumonite de hipersensibilidade pode apresentar-se clinicamente com sintomas gripe like, com febre, mialgias, tosse e dispneia. Se o estímulo for contínuo pode evoluir para a cronicidade. No raiox pode notar-se um padrão reticulonodular, ou com infiltrados difusos principalmente nos lobos médios e superiores, ou, se exposição crônica com um padrão de vidro despolido. Tipicamente não se apresenta com episódios de diarreia, pneumonias de repetição, hipocratismo digital ou quistos bronquiectásicos no raiox. Assim, não é a resposta correta.

PERGUNTA 110

Um homem de 41 anos, bancário, vem ao consultório médico mostrar resultado de exames laboratoriais solicitados em consulta de vigilância de saúde prévia. Encontra-se assintomático. Ele não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e não faz medicação habitual. Deixou de fumar há dois anos e bebe cerca de uma a duas bebidas-padrão de álcool por dia. Pratica exercício físico de forma esporádica. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 121/67 mm Hg. Ele tem 171 cm de altura e pesa 80 kg; IMC 27 kg/m². O perímetro da cintura é de 98 cm e o índice cintura-anca 0,9. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Colesterol

Total 219 mg/dL

HDL 48 mg/dL

LDL 116 mg/dL

Triglicerídeos 78 mg/dL

Qual das seguintes recomendações prioritária neste momento?

- A. Iniciar dieta adequada para um perímetro da cintura < 80 cm
- B. Iniciar medicação com sinvastatina
- C. Promover a prática regular de exercício físico
- D. Reavaliar analiticamente em três meses
- E. Não são necessárias medidas adicionais

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Promover a prática regular de exercício físico - Antes de mais temos de pensar que o que eles pretendem é a recomendação prioritário, o que deixa em aberto a possibilidade de outras das atitudes enumeradas serem corretas. Sendo assim, a prática de exercício regular parece ser o mais correto.

Restantes alíneas:

A - Iniciar dieta adequada para um perímetro da cintura < 80 cm

Comentário: Deverá iniciar dieta, sim, mas não para o perímetro de cintura referido, que corresponde aquele pretendido para mulheres e não homens.

B - Iniciar medicação com sinvastatina

Comentário: Até poderá ser uma estratégia, mas não nesta fase. Terá de otimizar medidas de estilo de vida e repetir perfil lipídico posteriormente e só após a eventual falha de medidas de estilo de vida é que se poderá equacionar o início de uma estatina de baixa intensidade.

D - Reavaliar analiticamente em três meses

Comentário: O doente não se encontra no alvo da LDL. Segundo as guidelines da ESC, para um risco baixo pretendemos um LDL <115. Portanto, o nosso paciente está mesmo no limite. Deverá repetir perfil lipídico, mas o mais prioritário será otimizar medidas de estilo de vida, nomeadamente realizar exercício regularmente.

E - Não são necessárias medidas adicionais

Comentário: Falsa, tendo em conta que deverá primeiro realizar medidas de modificação de estilo de vida.

PERGUNTA 111

Um homem de 23 anos vem ao serviço de urgência por diminuição da força do membro superior direito desde há duas horas, após acordar. Nota menos força muscular e dormência, sobretudo na mão. Refere também tonturas e náuseas. Conta que na noite prévia consumiu álcool e cannabis na forma inalada e não se lembra de ter chegado a casa. Terá sido levado por um amigo para casa e dormiu no sofá. Não recorda sintomas semelhantes previamente. Ele não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Refere hábitos etílicos, com intoxicações agudas frequentes, e inalação regular de cannabis desde há quatro anos, cerca de três vezes por semana. Não tem história de infeções ou imunizações nas últimas semanas. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência cardíaca 63/min e pressão arterial 137/74 mmHg. Ele tem 179 cm de altura e pesa 66 kg; IMC 21 kg/m². Ao exame físico encontra-se vígil, colaborante e orientado. Não há alterações das funções nervosas superiores ou dos pares cranianos. No membro superior direito, apresenta queda da mão na prova dos braços estendidos, diminuição da força de extensão do pulso e dos dedos, diminuição da força de abdução do polegar e perda de sensibilidade no dorso da mão entre o indicador e o polegar. Não há alterações da força muscular segmentar proximal ou do regime de reflexos. A força, sensibilidade e coordenação do membro superior esquerdo e dos membros inferiores encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes mecanismos melhor explica o quadro clínico?

- A. Lesão neuropráxica do nervo radial
- B. Mononeuropatia hereditária
- C. Neuropatia inflamatória desmielinizante aguda
- D. Neuropatia por défice de tiamina
- E. Plexopatia braquial imunomediada

Chave oficial: A

Proposta resposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Lesão neuropráxica do nervo radial

A vinheta clínica descreve uma lesão do nervo radial, dado défice de extensão do punho assim como hipostesia no (pequeno) território sensitivo deste nervo. A causa mais frequente de neuropatia adquirida do radial é traumática/compressiva pela sua lesão junto do úmero; a compressão frequentemente acontece após consumo de substâncias sedativas. Desta forma a resposta correta é lesão do nervo radial.

Existem doenças hereditárias com aumento da suscetibilidade a neuropatias compressivas, mas tratando-se do primeiro episódio, com facto de risco associado, o índice de suspeição é muito baixo. A neuropatia desmielinizante aguda tipicamente apresenta-se com padrão ascendente e não monomérico. As neuropatias carenciais tipicamente são "dependentes do comprimento" e como tal também não têm apresentação monomérica. A plexopatia imunomediada (ou síndrome de Parsonnage-Turner) é tipicamente muito dolorosa e o padrão de envolvimento muscular/sensitivo é diferente do relatado.

Restantes alíneas:

Verificar a resposta da alínea correta.

PERGUNTA 112

Um lactente de 2 meses é observado em consulta por agravamento recente de lesões cutâneas surgidas na terceira semana de vida. A gestação foi vigiada, sem intercorrências, e o parto eutócico às 37 semanas. A mãe tem história de psoríase tratada com calcipotriol tópico durante a gestação. Ao exame físico o lactente apresenta lesões eritematosas, descamativas, bem delimitadas, algumas com exsudação amarelada na fronte e pavilhões auriculares, atingindo o sulco nasogeniano e sulcos retroauriculares. Existem lesões semelhantes, mas menos descamativas, nas pregas inguinais.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Dermatite alérgica de contacto
- B. Dermatite atópica
- C. Dermatite seborreica
- D. Eritema tóxico
- E. Psoríase

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Dermatite seborreica - A dermatite seborreica é uma condição muito frequente nos bebés pequenos, com o pico de prevalência aos 3 meses (praticamente 70% das crianças). Geralmente as suas manifestações são mais precoces do que as do eczema atópico, que é uma das formas de distinguir estas situações. Outro fator a favor deste diagnóstico é a localização das lesões, que no caso da dermatite seborreica atinge as áreas ricas em glândulas sebáceas, nomeadamente os pavilhões auriculares, a zona central da face (neste caso o sulco nasogeniano), e as zonas intertriginosas (neste caso as pregas inguinais). O eczema atópico em crianças assim tão pequenas normalmente tem um tingimento mais generalizado, atingindo também as bochechas e zonas extensoras dos membros. A história de psoríase da mãe não influencia para já aquele que é o diagnóstico mais provável, em frequência, neste lactente, deixando-nos apenas alerta para o futuro, no sentido de considerar a situação caso evolução menos favorável. Quanto ao eritema tóxico e dermatite de contacto, as manifestações clínicas não são de todo a favor de qualquer um destes diagnósticos.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 113

Um homem de 32 anos sofre um acidente de viação em veículo motorizado com colisão com outro veículo a alta velocidade. A chegada ao serviço de urgência está visivelmente alcoolizado e pouco colaborante referindo dispneia e dor torácica à direita. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 28/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 95/50 mm Hg. Ao exame físico o doente está no grau 14 da escala de coma de Glasgow, Observa-se cianose e desvio da traqueia para a esquerda e com sinais de contusão e enfisema subcutâneo da parede torácica à direita. Os sons respiratórios estão ausentes à direita.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,7 mg/dL

Sódio 140 mEq/L

Potássio 4,6 mEq/L

Proteína C reativa 130 mg/L

Sangue

Hemoglobina 11 g/dL

O raio-X do tórax revela fratura de seis arcos costais à direita, com hipertransparência do hemitórax direito e desvio do mediastino para a esquerda.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável neste quadro clínico?

- A. Contusão pulmonar.
- B. Hemotórax
- C. Pneumotórax hipertensivo
- D. Retalho costal móvel
- E. Tamponamento cardíaco

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Pneumotórax hipertensivo

O caso clínico apresenta um doente vítima de trauma de alta cinética. O doente apresenta dor torácica à direita. Está hemodinamicamente instável e apresenta cianose periférica e desvio da traqueia para a esquerda com sinais de contusão e enfisema subcutâneo. Associadamente existe abolição do murmúrio vesicular (MV) à direita. Perante estes achados o raio-X de tórax podia ser dispensado por estarmos perante um doente com pneumotórax hipertensivo. No entanto, o raio-X comprova a existência de pneumotórax – hipertransparência do hemitórax direito, desvio do mediastino para a esquerda e fraturas de 6 arcos costais à direita.

Restantes alíneas:

A - Raio-X sem evidência de contusão pulmonar de momento – traduzir-se-ia como uma opacidade a nível do campo pulmonar. A contusão pulmonar, por si só, não está associada a instabilidade hemodinâmica.

B - Apesar da abolição do MV poder significar ar ou líquido intra-pleural, neste caso, com o desvio da traqueia para o lado contralateral à abolição do MV e com os achados radiológicos, a suspeita de pneumotórax hipertensivo prevalece face à de hemotórax. Seria de esperar um apagamento do seio costo-frénico direito com um nível hidro-aéreo no hemicampo pulmonar a nível do Rx. O hemotórax, se massivo, está frequentemente associado a instabilidade hemodinâmica

D - O retalho costal móvel consiste num movimento paradoxal de um segmento costal associado à fratura de pelo menos 3 costelas contíguas fraturadas em pelo menos 2 locais. Muitas vezes com contusão pulmonar associada, evolui para falência respiratória aguda. O raio-X apresenta fraturas simples de 6 arcos costais.

E - O tamponamento cardíaco está frequentemente associado a trauma torácico penetrante. No entanto, apesar de cursar com instabilidade hemodinâmica, não seriam de esperar os restantes achados típicos de pneumotórax hipertensivo. Ao invés, seria de esperar hipofonese cardíaca e ingurgitamento jugular (juntamente com hipotensão arterial, formam a tríade de Beck, raramente presente na sua totalidade).

PERGUNTA 114

Uma mulher de 52 anos vem ao serviço de urgência por urina de cor vermelha e dor severa no flanco esquerdo com seis horas de evolução. A dor tem intensidade de 10/10 e descreve-a como constante, fina, tipo facada, sem irradiação. Ela notou edema dos membros inferiores e ganho de peso de 4 kg nos últimos cinco dias. Nega dispneia ou dor torácica. Não faz exercício de forma excessiva e nega traumatismo prévio. A história médica revela hipotireoidismo, hipertensão arterial e nefropatia membranosa diagnosticada há seis meses por biópsia renal, após evidência de proteinúria em análise de urina. Nessa altura, foi iniciado tratamento com lisinopril e atorvastatina, mas não foi indicado tratamento com imunossupressor. Encontra-se medicada também com levotiroxina. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 86/min e pressão arterial 158/88 mm Hg; SpO2 92 % (ar ambiente). Ela tem 159 cm de altura e pesa 81 kg; IMC 32 kg/m². O exame físico revela desconforto moderado no ângulo costovertebral esquerdo e edema bilateral das extremidades dos membros inferiores (4+). Os resultados de hemograma, perfil bioquímico e provas de função hepática encontram-se dentro dos valores de referência. O valor de desidrogenase láctica é de 225 U/L.

Os resultados da análise de urina revelam:

Urina

Densidade	1020 [N= 1,003-1,029]
Proteínas	3+
Sangue	3+
Leucócitos	0/cga
Eritrócitos	> 100/cga [N<3/cga]
Cilindros	0/cga

A TC abdominal com contraste revela trombose da veia renal esquerda e aneurisma da aorta abdominal com 3,5 cm.

Qual dos seguintes fatores na história da doente está mais fortemente associado ao desenvolvimento dos sintomas atuais?

- A. Aneurisma da aorta abdominal
- B. Hipertensão
- C. Hipotireoidismo
- D. Nefropatia membranosa
- E. Obesidade

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Nefropatia membranosa

Apresenta-se um caso de trombose da veia renal e edema agravado nos últimos dias numa mulher de 52 anos com nefropatia membranosa diagnosticada há 6 meses. O exame sumário de urina revela sangue e proteinúria. Sabemos que a síndrome nefrótica, ainda mais no caso da que é provocada pela nefropatia membranosa, através da perda de fatores antitrombóticos na urina e síntese compensatória de fatores protrombóticos no fígado, aumenta o risco trombótico, motivo pelo qual muitos doentes são hipocoagulados de forma profilática.

Restantes Alíneas:

A - O aneurisma da aorta abdominal parece ser um achado da TC sem significado para o caso.

B - A hipertensão não tem uma associação forte à trombose da veia renal

C - O hipotireoidismo tratado não está associado a aumento do risco trombótico.

E - A obesidade aumenta o risco de tromboembolia, mas não de forma marcada como a no caso da síndrome nefrótica associada à nefropatia membranosa.

PERGUNTA 115

Uma mulher de 59 anos vem ao consultório médico por ansiedade e intenção de suspender a medicação, solicitando mais informação sobre o funcionamento da glândula suprarrenal. A história médica revela lupus eritematoso sistémico com 10 anos de evolução, estabilizado. Desde essa altura a medicação é prednisolona e hidroxiclороquina. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 145/89 mm Hg. Ela tem 163 cm de altura e pesa 77 kg; IMC 29 kg/m². Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral, facies pletórica e rubor fácil. A pele esta fina e seca. Existe bossa cervical. A auscultação cardíaca e pulmonar e a palpação da tiroide encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole e depressível, com estrias da pele. Apresenta edema periférico depressível.

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

- A. Cortisol livre em urina de 24 horas
- B. Nível sérico de colesterol total
- C. Nível sérico de cortisol
- D. Nível sérico de potássio
- E. Potássio em urina de 24 horas

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Discordo em absoluto da resposta considerada porque não tem qualquer lógica. O enunciado mostra-nos uma doente com lúpus e medicada há 10 anos com prednisolona, apresentando alguns sinais e sintomas sugestivos de Síndrome de Cushing. Contudo, este Síndrome de Cushing é exógeno, decorrente da administração crónica de prednisolona. Sendo assim, não faz sentido dosear o cortisol livre urinário em urina de 24 h, que é sim um dos exames de rastreio para suspeita de Sínd de Cushing endógeno.

Para mim todas as respostas estão erradas.

Restantes alíneas:

Ver a justificação acima.

PERGUNTA 116

Um homem de 18 anos vem ao consultório médico por dor lombar mecânica (intensidade 5/10) desde há três anos. As queixas agravaram-se após início de frequência de ginásio, há dois meses. Não tem outros sintomas. Não toma medicação habitual. Existe história familiar de polimiosite (mãe). Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. Ele tem 172 cm de altura e pesa 59 kg; IMC 20 kg/m². Ao exame físico apresenta mobilidade lombar normal. Observa-se contratura da musculatura lombar direita.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Mediar com paracetamol antes da prática desportiva
- B. Solicitar doseamento sérico de proteína C reativa
- C. Solicitar estudo de condução neuromuscular
- D. Solicitar mielografia. X
- E. Solicitar TC da coluna lombar

Chave oficial: E

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Mediar com paracetamol antes da prática desportiva

O caso clínico aborda um homem de 18 anos com uma lombalgia mecânica crónica (duração de 3 anos) agudizada há 2 meses em contexto da prática desportiva. Da restante informação clínica, apenas se identifica a presença de contratura muscular no exame físico. Assim, tratando-se de uma lombalgia mecânica não sendo identificados fatores de risco para uma etiologia grave (neoplasia, infeção, fratura, espondilartrite e mielopatia) não existe indicação para a requisição de exames complementares e o próximo passo deve ser o tratamento sintomático (que o doente ainda não realizou), sendo o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteróides duas alternativas de primeira linha. Nesse sentido, a alínea A) é a opção mais correta, apesar da indicação para a administração de paracetamol profilaticamente antes da prática desportiva não é correta, devendo a sua administração realizar-se para alívio da lombalgia quando esta surgir.

Como mencionado anteriormente, a lombalgia mecânica crónica agudizada do caso clínico não tem indicação para a requisição de exames complementares pois não existem fatores de risco para uma etiologia grave e o doente ainda não realizou tratamento sintomático conservador. Assim, as restantes alíneas estão incorretas. A requisição da proteína C reativa (alínea B) faria sentido na suspeita de uma etiologia infecciosa ou espondilartrite. A requisição de estudo da condução neuromuscular (alínea C) deveria ser equacionado na presença de sintomatologia sensitiva ou motora dos membros inferiores não claramente explicado por radiculopatia ou mielopatia (de forma a identificar o local da lesão neurológica periférica). A requisição de mielografia (alínea D) poderia ser equacionado na presença de sintomas de mielopatia e/ou suspeita de patologia inflamatória, infecciosa ou neoplásica, no entanto é um exame atualmente pouco utilizado pois foi substituído em muitas indicações pela ressonância magnética. A requisição de TC da coluna lombar (alínea E – considerada correta) faria sentido como exame de primeira linha caso o doente não tivesse resposta à terapêutica médica ao final de 4 a 6 semanas (lombalgia crónica refratária ao tratamento médico).

VER NOC 2011 DGS IMAGIOLOGIA COLUNA VERTEBRAL (ponto 3 Alínea B)

ENQUADRAMENTO:

- Área do conhecimento: Medicina – Reumatologia
- Conteúdos: Abordagem ao doente com cervicalgia, dorsalgia e lombalgia
- Competências: Diagnóstico e Gestão do Doente

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 117

Uma mulher de 68 anos vem ao serviço de urgência por dificuldade na marcha, sensação de pés dormentes desde há quatro dias e diminuição da força nos pés nas últimas 48 horas. 15 dias antes teve episódio de artralgias, febre, odinofagia, disfonia e tosse com duração de cinco dias. Desde então, menciona fadiga, anorexia e significativa redução da sua ingestão alimentar. Refere ainda episódios pontuais de dejeções líquidas. A história médica revela asma, obesidade, esofagite de refluxo, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 com diagnóstico há menos de um ano, sem nefropatia ou retinopatia. A medicação habitual inclui metformina, candesartan, hidroclorotiazida, rosuvastatina e esomeprazol. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 19/min, frequência cardíaca 65/min e pressão arterial 162/89 mm Hg. Ela tem 162 cm de altura e pesa 95 kg; IMC 36 kg/m². Ao exame físico encontra-se vígil, corada e hidratada. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é globoso, timpanizado, sem massas. Não há edema dos membros, alterações dos pares cranianos, da força ou sensibilidade dos membros superiores. Verifica-se hipoestesia álgica em meia, simétrica. A força distal dos membros inferiores está diminuída, com grau 3 na flexão e grau 4 na extensão dos pés, grau 4 na flexão/extensão da perna. Os reflexos aquilianos e rotulianos estão ausentes e os tricipitais e bicipitais fracos. Os reflexos cutâneos plantares são em flexão bilateralmente. Não se observa fasciculações, aumento do tônus, atrofia, dor à palpação muscular ou ataxia. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Miopatia associada às estatinas
- B. Miopatia inflamatória viral
- C. Polineuropatia aguda inflamatória desmielinizante
- D. Polineuropatia sensitivo-motora diabética
- E. Polineuropatia tóxica

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Polineuropatia aguda inflamatória desmielinizante

A vinheta descreve um quadro infeccioso, provavelmente viral, ao qual se seguiram, duas semanas depois, alterações da sensibilidade e motoras. Ao exame físico estas alterações são corroboradas, existindo também perda de reflexos. No seu conjunto, a história e exame sugerem Síndrome de Guillain-Barré (AIDP) – resposta C. As miopatias não dariam alterações da sensibilidade, a polineuropatia diabética é de evolução lenta e não há elementos da história clínica que façam suspeitar de polineuropatia tóxica.

Restantes alíneas:

Verificar justificação da alínea correta.

PERGUNTA 118

Um homem de 67 anos, pintor de automóveis, vem ao consultório médico por prurido generalizado intenso. Tem antecedentes de colangite biliar primária, com esteatose hepática grave, e não está a fazer terapêutica para a sua situação de base. Teve um episódio recente de peritonite bacteriana espontânea com ascite de difícil resolução. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Ele tem 172 cm de altura e pesa 97 kg; IMC 33 kg/m². Ao exame físico, apresenta lesões de coceira. O restante exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,8 mg/dL

Bilirrubina total 6 mg/dL

Sódio 136 mEq/L

Sangue

INR 2

Obtém-se um total de 27 pontos na escala MELD.

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

- A. Iniciar plasmaferese e prescrever anti-histamínico
- B. Iniciar profilaxia com antibiótico de largo espectro e reavaliar dentro de seis meses
- C. Iniciar terapêutica com ácido ursodesoxicólico de forma intensiva
- D. Propor transplante hepático
- E. Recomendar perda de peso

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Propor transplante hepático

Trata-se de doente com diagnóstico de colangite biliar primária, não tratada, e obesidade com esteatose hepática, com história de descompensação da sua doença hepática crônica sob a forma de ascite com peritonite bacteriana espontânea, o que nos indica que estamos perante uma cirrose hepática já descompensada.

Agora surge com prurido intenso e, analiticamente, com alteração na função hepática (elevação do INR > 1.5, hiperbilirrubinemia), função renal e um MELD elevado, portanto com indicação para referenciação para transplante hepático.

Restantes alíneas:

A - No tratamento sintomático do prurido associado a colangite biliar primária está indicado iniciar terapêutica com anti-histaminico, colestiramina ou, em casos refratários, rifampicina. Em casos graves a plasmaferese está descrita. Todos estes tratamentos devem ser usados com precaução em doentes com cirrose. Na cirrose descompensada o tratamento do prurido embora importante não é a prioridade.

B - A profilaxia com antibiótico é uma opção para doentes com história de PBE com o objetivo de reduzir o risco de nova infeção. Neste caso, o doente apresenta sinais de descompensação grave com MELD elevado e, portanto, com indicação para transplante hepático pelo que não é a opção mais correta.

C - A terapêutica com ácido ursodexocólico (AUDC) é a terapêutica de primeira linha para a CBP, estando associado a melhoria clínica, analítica e histológica. No entanto, neste caso o doente apresenta cirrose hepática descompensada, o que requer tratamento dirigido / transplante, pelo que o AUDC não é prioritário nesta fase.

E - A perda de peso, guiada por nutricionista, é importante nos doentes obesos. No entanto, na fase de descompensação da cirrose não será o tratamento mais adequado.

PERGUNTA 119

Um rapaz de 8 anos é trazido à consulta hospitalar por dificuldades de aprendizagem em todos os domínios, logo após o início do primeiro ano de escolaridade, altura em que os pais se divorciaram. Os pais sentem-se frustrados com os resultados que tem obtido, por acharem que é uma criança inteligente. A professora refere que a criança não perturba o funcionamento da turma e tem bom relacionamento com os colegas. No entanto, embora pareça compreender o conteúdo lecionado, no dia seguinte não se recorda do que aprendeu. Os pais referem que perde o material escolar com frequência e se esquece de recados; tem dificuldade em acompanhar até ao final programas televisivos adequados à sua faixa etária, mesmo quando escolhidos por si.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Perturbação de défice de atenção e hiperatividade
- B. Perturbação depressiva
- C. Perturbação do desenvolvimento intelectual
- D. Perturbação do espectro do autismo
- E. Perturbação específica da linguagem compreensiva

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Perturbação de défice de atenção e hiperatividade - Trata-se de uma criança com PHDA do tipo desatenção uma vez que apresenta dificuldade em lembrar-se das atividades diárias não se recorda do que aprendeu, perde o material com frequência, esquece-se de recados e dificuldade em manter a atenção até ao final de uma tarefa dificuldade em acompanhar até ao final dos programas televisivos.

Restantes alíneas:

B - Perturbação depressiva.

Falsa. Não preenche os critérios para perturbação depressiva.

C - Perturbação do desenvolvimento intelectual.

Falsa. Não preenche os critérios para PDI. A PDI apresenta défice no funcionamento intelectual, adaptativo (domínios conceptual, social e prático) e tem início durante uma fase precoce do desenvolvimento. Neste caso o início foi por volta dos 8 anos, a criança não apresenta défice no funcionamento adaptativo uma vez que apresenta bom domínio social no relacionamento com os colegas e não parece apresentar défices no funcionamento do autocuidado.

D - Perturbação do espectro do autismo.

Falsa. Não preenche critérios para PEA: A) défices persistentes na comunicação e interação social, em múltiplos contextos + B) Padrões de comportamento, interesses e atividades restritivos e repetitivos + C) Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento + D) Limitam e incapacitam no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente)

E - Perturbação específica da linguagem compreensiva.

Falsa. Não preenche os critérios para perturbação específica da linguagem compreensiva. Sem queixas de vocabulário reduzido, competências linguísticas não estão afetadas, a criança parece compreender pareça compreender o conteúdo lecionado e início pelos 8 anos ao contrário da perturbação da linguagem cujo início ocorre numa fase precoce do desenvolvimento.

PERGUNTA 120

Um homem de 45 anos vem ao serviço de urgência por agravamento de toracalgia esquerda de características pleuríticas, instalada desde as últimas duas semanas. Refere ainda edema periorbitário e dos membros inferiores. Nega ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 19/min, frequência cardíaca 81/min e pressão arterial 110/76 mm Hg; SpO2 97 % (ar ambiente). Ele tem 177 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 24 kg/m². A auscultação pulmonar mostra diminuição dos sons respiratórios na metade inferior do hemitórax esquerdo, associada a diminuição da transmissão vocal. Observam-se edemas periorbitários e nas mãos e pernas, até ao nível do joelho, de forma simétrica. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e o exame do abdómen, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Foi realizada toracocentese.

Os resultados dos estudos analíticos e da toracocentese revelam:

Soro

Creatinina: 1,1 mg/dL

Ureia: 36 mg/dL

Sódio: 138 mEq/L

Potássio: 4 mEq/L

Desidrogenase láctica (LDH): 119 U/L

Proteínas: 5 g/dL

Líquido pleural

Desidrogenase láctica (LDH): 56 U/L

Proteínas: 2,1 g/dL

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Insuficiência cardíaca congestiva
- B. Lúpus eritematoso sistémico
- C. Mesotelioma
- D. Síndrome nefrótico
- E. Tuberculose

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: O síndrome nefrótico é uma patologia renal que se manifesta clinicamente por edema progressivo dos membros inferiores e edema periorbitário. Simultaneamente, em alguns casos pode-se apresentar também com edema pericárdico ou pleural (como o doente do caso apresentado) e alterações urinárias. Analiticamente caracteriza-se por hipoproteinémia (nomeadamente hipoalbuminémia), hipercolesterolémia e e proteinúria superior a 3.5g em urina de 24h.

Se usarmos os critérios de Light percebemos que o líquido pleural é um transudado, cuja uma das causas poderá ser um síndrome nefrótico.

Deste modo, se juntarmos a clínica aos resultados que temos disponíveis, a hipótese diagnóstica mais provável é o Síndrome Nefrótico.

Restantes alíneas:

A - Insuficiência Cardíaca Congestiva

O doente em questão apresenta edemas dos membros inferiores e derrame pleural, ambos os achados poderiam eventualmente ser compatíveis com uma insuficiência cardíaca congestiva, hipótese que seria também apoiada pelas características do líquido pleural. No entanto, o facto de negar ortopneia e dispneia paroxística noturna, a ausência de antecedentes cardíacos de relevo, o edema periorbitário e a hipoproteinémia grave, são todos achados que tornam a hipótese de síndrome nefrótico a mais provável.

B - Lúpus eritematoso sistémico

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune, mais comum em mulheres que se manifesta por sintomas constitucionais (como fadiga, mialgias, febre) com períodos longos de evolução, a que se associa tipicamente artrite de características inflamatórias, eritema da região malar e fotossensibilidade. Apesar do envolvimento renal ser frequente, o quadro que o doente apresenta, não é sugestivo de LES.

C - Mesotelioma

O mesotelioma é um tumor raro das células da pleura, sendo mais comum em homens entre os 40 e 80 anos (faixa etária do nosso doente) e apresenta-se habitualmente com um quadro de dor torácica ou dispneia, por vezes associada a perda de peso, fadiga e sudorese. Não se apresenta tipicamente por edemas dos membros inferiores nem periorbitários. Além do mais, no mesotelioma (na malignidade em geral), o derrame pleural deveria ser compatível com um exsudado e não com um transudado como o do caso apresentado.

E - Tuberculose

A tuberculose pulmonar apresenta-se através de febre, fadiga, perda de peso, tosse, sudorese noturna e hemoptises, nenhum destes sintomas referidos pelo doente. Além do mais, também na tuberculose, o líquido pleural deveria ser um exsudado e não um transudado, pelo que esta não é a hipótese correta.

PERGUNTA 121

Um homem de 52 anos vem ao consultório médico por «urina com gás», após cirurgia eletiva. Ele tinha queixas anteriores de hematúria macroscópica e tinha realizado ecografia vesical e biópsia, que revelaram «massa da parede posterior da bexiga» e «lesão inflamatória», respetivamente, motivo pelo qual foi proposta cirurgia. Ele tem antecedentes de diabetes mellitus insulino-tratada e hipertensão arterial medicada com perindopril e clorotalidona. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 136/84 mm Hg. O toque retal revela próstata aumentada de volume. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Proteína C reativa: 2 mg/L

Sangue

Hemoglobina: 13,5 g/dL

Leucócitos: 6 200/mm³

 Neutrófilos segmentados: 56%

 Linfócitos: 25%

Plaquetas: 150 × 10/L

Urina

Urocultura: Escherichia coli (>10⁵)

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Divertículo vesical
- B. Fistula colovesical
- C. Infecção por *Trichomonas vaginalis*
- D. Pielonefrite enfisematosa
- E. Prostatite crónica

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Fistula colovesical

A clínica de pneumatúria é muito típica de um quadro de fistula intestinal-urinária (neste caso colovesical). Os antecedentes de cirurgia recente com ressecção de lesão da parede posterior da bexiga (que está em íntima relação com o intestino) faz deste o diagnóstico mais provável.

Restantes alíneas:

A - Divertículo vesical.

Divertículo vesical é uma alteração anatómica da bexiga que pode ser assintomática ou manifestar-se com sintomas do trato urinário inferior (LUTS) de armazenamento. Habitualmente surge de forma adquirida em consequência de obstrução crónica infra-vesical. Neste caso, é um diagnóstico para o qual o quadro descrito não remete.

*C - Infecção por *Trichomonas vaginalis**

*A urocultura tem o isolamento de *Escherichia coli* (>10⁵). C - Estudo urodinâmico.*

D - Pielonefrite enfisematosa

Embora a pielonefrite enfisematosa é um quadro infeccioso potencialmente fatal que pode cursar com quadro de pneumatúria. No entanto, este diagnóstico cursa normalmente com alterações analíticas marcadas (leucocitose, elevação da PCR, lesão renal aguda) e alterações ao exame objetivo (doente febril, taquicárdico, hipotenso) em função do quadro infeccioso grave, que não é o caso.

E - Prostatite crónica.

A clínica que pneumatúria não é enquadrável num quadro de prostatite crónica, o que, conjuntamente com estes antecedentes cirúrgicos recentes, torna esta hipótese menos provável.

PERGUNTA 122

Um homem de 39 anos vem ao consultório médico por cefaleia ligeira, difusa e «surda» ao acordar com quatro meses de evolução. A cefaleia desaparece ao início da tarde. Ele refere ainda fraqueza generalizada com três meses de evolução, mas é capaz de desempenhar todas as atividades que desempenhava há um ano. Nega fotossensibilidade, náuseas ou alterações visuais. A história médica revela distrofia muscular e a medicação habitual inclui suplementação com coenzima Q10 e ibuprofeno (SOS), existe história familiar de distrofia muscular (pai). Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 122/82 mm Hg. Ele tem 180 cm de altura e pesa 82 kg; IMC 25 kg/m². O exame físico revela alopecia androgenética. Existe hipotonia dispersa e atraso no relaxamento muscular para preensão e percussão. Qual dos seguintes estudos clínicos é o mais adequado para avaliar a cefaleia neste momento?

- A. Angiografia com fluoresceína
- B. Doseamento da atividade de creatinoquinase sérica
- C. Eletrocardiograma
- D. Polissonografia
- E. Testes neurocognitivos

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Polissonografia

A vinheta clínica descreve um indivíduo com distrofia miotónica (DM). De facto, referem distrofia muscular e, ao exame físico é descrita miotonia (atraso no relaxamento na preensão/percussão), assim como outras características típicas, nomeadamente a alopecia.

Dentro das cefaleias primárias, a cefaleia referida tem algumas características de cefaleia tipo-tensão; no entanto, o padrão circadiano não é o mais habitual (o agravamento é habitual ao final do dia). Desta forma, poderíamos pensar numa cefaleia secundária. No contexto clínico do doente (distrofia muscular), a probabilidade de existir apneia do sono é elevada; frequentemente a apneia do sono cursa com cefaleias matinais.

As restantes opções não seriam úteis no estudo da cefaleia. A angiografia fluoresceínica poderia melhor avaliar o fundo ocular e seus vasos, por vezes alterado na DM, mas sem interesse para o estudo da cefaleia. O doseamento da CK estaria provavelmente fora do intervalo de referência, mas não informaria sobre a causa da cefaleia. Da mesma forma o ECG e a avaliação neuropsicológica poderiam fazer parte da avaliação de um doente com DM, mas não seriam úteis para avaliar a cefaleia.

Restantes alíneas:

Ver a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 123

Um homem de 66 anos vem ao consultório médico por colúria, acolia de fezes e prurido com quatro semanas de evolução. A história médica revela colecistectomia por litíase vesicular aos 51 anos, asma controlada, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada há cerca de três meses. A medicação habitual inclui metformina, atorvastatina e anti-histamínico. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. O exame físico revela icterícia. O exame do tórax e do abdómen encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Glucose: 89 mg/dL

AST: 289 U/L

ALT: 338 U/L

Fosfatase alcalina: 480 U/L

γ -glutamil transferase (GGT): 655 U/L

Bilirrubina Total: 9,2 mg/dL

Direta: 7,4 mg/dL

CA 19-9: 65 790 U/mL [N= 0-37 U/mL]

Sangue

Hemoglobina: 10 g/dL

Leucócitos: 6 200/mm³

Plaquetas: 120 × 10⁹/L

A TC toracoabdomino pélvica revela formação tumoral localizada na cabeça do pâncreas com 3 x 2cm, sugestiva de neoplasia com dilatação distal do ducto pancreático principal e das vias biliares Intra e extra-hepáticas sem invasão da veia mesentérica superior ou da artéria mesentérica superior.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Colangiopancreatografia retrógrada com prótese
- B. Duodenopancreatectomia cefálica
- C. Laparoscopia exploradora
- D. Quimioterapia neoadjuvante
- E. Radioterapia

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Laparoscopia exploradora - Como referido no ponto anterior, este seria o passo seguinte, mais adequado i.e., a avaliação intraoperatória de ressecabilidade para uma cirurgia upfront, a única estratégia curativa para neoplasia do pâncreas, sendo este o standard of care per guidelines da NCCN e ESMO.

Restantes alíneas:

A - Colangiopancreatografia retrógrada com prótese

A realização da CPRE tem valor terapêutico e diagnóstico perante a presença de obstrução biliar assim como da suspeita de neoplasia do pâncreas; contudo perante a ausência de metastização à distância na TC TAP assim como de tumor da cabeça do pâncreas imagiologicamente ressecável dada ausência de envolvimento dos vasos mesentéricos superiores, veia porta, tronco celíaco e artéria hepática comum, o passo seguinte deveria ser a intervenção cirúrgica que permanece o standard of care. Existe inclusivamente evidência que mostra que a drenagem pré-operatória tem um aumento da taxa de complicações (van der Gaag N.A. Rauws E.A. van Eijck C.H. et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. N Engl J Med. 2010; 362: 129-137)

B - Duodenopancreatectomia cefálica.

Apesar desta ser a cirurgia de eleição para tumores na cabeça do pâncreas, antes da ressecção cirúrgica propriamente dita, existe uma avaliação intra-operatória da ressecabilidade uma vez que o exame de imagem poderá subdiagnosticar o envolvimento locorregional – cerca de 37% dos doentes com doença ressecável em TC acabam por ter uma cirurgia R1 (Hong, S.B.; Lee, S.S.; Kim, J.H.; Kim, H.J.; Byun, J.H.; Hong, S.M.; Song, K.B.; Kim, S.C. Pancreatic Cancer CT: Prediction of Resectability according to NCCN Criteria. Radiology 2018, 289, 710–718).

D - Quimioterapia neoadjuvante

O standard para neoplasia do pâncreas ressecável é cirurgia seguida de QT adjuvante per guidelines da ESMO; não existe evidência de superioridade nestes casos de um regime perioperatório com QT neoadjuvante e a realização da mesma limita-se neste momento ao contexto de ensaio clínico neste subgrupo de doentes. O único estudo de fase 3 randomizado foi o PREOPANC, que não demonstrou benefício estatisticamente significativo com regime perioperatório (neoadjuvante » cirurgia » adjuvante) vs apenas QT adjuvante. Apesar de existirem diversos estudos de fase 2 a comprovar eficácia e segurança de regimes perioperatórios (estudo NEPAFOX; estudo SWOG S1505), neste momento o standard of care nestes doentes ainda é cirurgia seguida de QT adjuvante até evidência de superioridade num ensaio de fase 3.

E - Radioterapia.

Da mesma forma que foi descrita na justificação previamente dada para a não realização de QT neoadjuvante, não existe qualquer evidência para a realização de RT neoadjuvante em neoplasias do pâncreas ressecáveis.

PERGUNTA 124

Um homem de 58 anos vem ao consultório médico por fraqueza generalizada, tremores das mãos e dificuldade na marcha com um ano de evolução. A sua mulher diz que, durante este tempo, tem dificuldade ao iniciar o movimento e desloca-se de forma mais lenta. A história médica revela úlcera péptica e doença pulmonar obstrutiva crónica. Ele sofreu uma concussão durante um jogo de futebol, aos 17 anos. A medicação habitual inclui atorvastatina e amlodipina. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 68/min e pressão arterial 115/70 mm Hg. O exame físico revela piscar de olhos e movimento facial raros. A voz é mais grave e o discurso discretamente arrastado. Verifica-se tremor de repouso das mãos, mais visível na mão direita. Existe rigidez em roda dentada de ambos os punhos. A força muscular é de 5/5 em todas as extremidades. A marcha é de base larga e arrastada.

Qual das seguintes opções terapêuticas é a mais adequada para aliviar o tremor do doente?

- A. Lorazepam
- B. Primidona
- C. Propranolol
- D. Topiramato
- E. Tri-hexifenidilo

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Tri-hexifenidilo

A vinheta clínica descreve um doente com uma síndrome Parkinsónica. Descrevem um quadro de alteração da marcha, diminuição do pestanejo, hipomimia assim como rigidez e tremor. A ausência de assimetria franca ao exame e a descrição de marcha de base larga não permitem, de momento, estabelecer diagnóstico de Doença de Parkinson dado tratarem-se de achados atípicos, embora não sejam critérios de exclusão absolutos.

Os tratamentos referidos poderão ser todos usados para melhor o tremor. No caso do lorazepam, primidona, propranolol e topiramato poderão ser usados, com maior ou menor evidência, para controlo do tremor essencial. Apenas o tri-hexifenidilo é útil para abordagem do tremor na Doença de Parkinson.

Restantes alíneas:

Verificar a resposta da alínea correta.

PERGUNTA 125

Uma mulher de 35 anos vem ao consultório médico por poliúria, enurese e polidipsia com dois meses de evolução. Refere ter sido sempre saudável, apesar de artralguas e mialgias esporádicas. É fumadora de 20 UMA desde há 10 anos e refere ingestão de bebidas alcoólicas socialmente ao fim de semana. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 122/62 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 86 kg; IMC 32 kg/m². As mucosas encontram-se coradas e hidratadas. A auscultação cardíaca mostra sons rítmicos, sem sopros audíveis, e a auscultação pulmonar revela raros sibilos dispersos. O abdómen é globoso e indolor à palpação. Não há edemas periféricos.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina: 0,6 mg/dL

Glucose: 115 mg/dL

Sangue

Hemoglobina: 12,6 g/dL

Leucócitos: 5 600/mm³

Urina de 24 horas

Volume: 3 800 mL

Glucose: NEGATIVO

OSMOLARIDADE 270 mOsmol/kg H₂O (normal)

Qual das seguintes alternativas melhor explica o quadro atual da doente?

- A. Diabetes mellitus
- B. Doença hepática crónica
- C. Enfisema pulmonar
- D. Gota
- E. Sarcoidose

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Sarcoidose

Excluídas todas as outras hipóteses diagnósticas (ver justificações abaixo), ficamos com a hipótese restante: a sarcoidose. Ora, a sarcoidose é uma doença sistêmica autoimune, multisistémia com apresentação inespecífica e altamente variável que pode incluir sintomas constitucionais como fadiga e mialgias (apresentados pela doente), mas também tosse, alterações visuais ou lesões cutâneas. Pode afetar qualquer sistema de órgãos, podendo provocar inclusivamente diabetes insipidus como parece ser o caso da nossa doente. A diabetes insipidus manifesta-se por poliúria, noctúria e polidipsia (sintomas apresentados pela doente), associada a aumento do débito urinário e urina hipotónica (Osm < 800mOsm/kg), presentes neste caso. Por tudo isto, a sarcoidose torna-se a hipótese mais provável.

Restantes alíneas:

A - Diabetes Mellitus

Apesar da doente apresentar alguns fatores que nos possam levar a pensar em diabetes Mellitus como a hipótese mais provável (obesidade, polidipsia e poliúria), a verdade é que para o diagnóstico ser feito necessitávamos de uma glicemia > 200mg/dL associada a esta sintomatologia ou 2 avaliações da glicemia em jejum > 125mg/dL. Também, o facto de a glicosúria ser negativa, faz com esta hipótese se torne menos provável.

B - Doença Hepática Crónica

Nada no quadro apresentado pela doente nos remete para uma doença hepática crónica que geralmente se apresenta por alterações da coagulação, aumento dos parâmetros de citocolestase, sendo muitas vezes os doentes assintomáticos. Ora nada do quadro apresentado pela doente nos remete para uma provável DHC.

C - Enfisema Pulmonar

Apesar da doente ser fumadora e apresentar "raros sibilos dispersos", nada disto nos leva a pensar num enfisema pulmonar como causa mais provável, até porque o quadro que traz a doente até nós não é respiratório, mas sim caracterizado por polidipsia, poliúria e artralgias, sintomatologia não compatível com o diagnóstico de enfisema.

D - Gota

Apesar da doente referir artralgias esporádicas e ter fatores de risco para gota como a obesidade, a doente deveria referir um quadro típico de dor severa, associada a eritema, calor e edema de 1 articulação em específico, com resolução espontânea do quadro entre 1 a 2 semanas. Ora a doente não descreve este quadro típico, nem temos evidência de que tenha hiperuricemia, pelo que a gota não será o quadro mais provável.

PERGUNTA 126

Um menino de 18 meses é observado no serviço de urgência por recusa de apoio na perna esquerda e febre. Caiu há quatro dias, enquanto corria. Na altura, os pais recorreram ao serviço de urgência, tendo sido diagnosticado com entorse do joelho esquerdo e infecção vírica das vias aéreas superiores e medicado com ibuprofeno. Não tem antecedentes patológicos de relevo e o programa nacional de vacinação está atualizado. Os sinais vitais à admissão são temperatura 39,2°C, frequência respiratória 36/min, frequência cardíaca 144/min e pressão arterial 106/64 mm Hg. Ao colo da mãe mantém o membro inferior esquerdo. Em posição neutra e sem movimentos espontâneos, não apresentando edema ou eritema. Chora à rotação interna, externa e flexão da anca esquerda, sem dor a palpação do joelho ou tornozelo esquerdos. O restante exame físico não mostra alterações.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Proteína C reativa 7,3 mg/L [N=0,08-3,1 mg/L]

Sangue

Hematócrito: 32,3%

Hemoglobina: 10,7 g/dL

Leucócitos: 17 300/mm³

Neutrófilos, segmentados: 65%

Neutrófilos, bandas: 20%

Linfócitos: 10%

Monócitos: 5%

Plaquetas: 425 × 10⁹/L

Qual dos seguintes estudos mais provavelmente permitirá estabelecer o diagnóstico?

- A. Aspiração de medula óssea do fêmur proximal esquerdo
- B. Aspiração por agulha da articulação coxofemoral esquerda
- C. Cintigrafia óssea
- D. Raio-X da anca esquerda
- E. RM da anca esquerda

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Aspiração por agulha da articulação coxofemoral esquerda

A aspiração do líquido sinovial deve ser realizada o mais rapidamente possível quando artrite séptica bacteriana é suspeita, como é o caso. A identificação da bactéria e/ou identificação de leucócitos no líquido sinovial, associada a uma forte suspeita clínica, estabelecem o diagnóstico.

Restantes alíneas:

*A - Aspiração de medula óssea do fémur proximal esquerdo
Trata-se de uma suspeita de artrite séptica da anca, a aspiração de medula óssea não tem indicação.*

*C - Cintigrafia óssea
Sem indicação no diagnóstico inicial de artrite séptica da anca.*

*D - Raio-X da anca esquerda
O raio-x da anca acrescenta pouco à avaliação diagnóstica, apenas permite identificar edema da cápsula articular.*

*E - RM da anca esquerda.
Apesar da RM ser bastante sensível na deteção precoce de líquido articular, não permite identificar a bactéria e/ou leucocitose do líquido articular pelo que não é útil para o diagnóstico*

PERGUNTA 127

Uma mulher de 55 anos é trazida ao serviço de urgência por dor torácica precordial intensa, com irradiação para o dorso, sem dispneia, seguida de síncope, há duas horas. A história médica revela hipertensão arterial com seguimento em consulta hospitalar e com referência a má adesão à terapêutica. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 184/110 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com alteração do estado de consciência, pelo que não colabora na colheita da história. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico de grau II/VI no foco aórtico, acompanhado de sopro diastólico em decrescendo. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. pulso radial direito não é palpável. os restantes pulsos nos membros superior esquerdo e inferiores são normais. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal, com frequência cardíaca 90/min e critérios de hipertrofia ventricular esquerda; sem alterações do segmento ST e onda T.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Acidente vascular cerebral
- B. Dissecção da aorta torácica
- C. Enfarte agudo do miocárdio sem supra ST
- D. Pericardite aguda
- E. Tromboembolismo pulmonar

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Dissecção da aorta torácica- queixas de dor torácica com irradiação escapular e síncope, ausência de pulso (na artéria radial direita), deficit neurológico (síncope e alteração do estado de consciência), e sopro diastólico presumivelmente de novo em decrescendo no foco aórtico (sugestivo de regurgitação aórtica aguda), deve levantar a suspeita de disseção aórtica envolvendo a aorta ascendente, estendendo-se proximamente à raiz da aorta (originando dilatação do anel aórtico e insuficiência aórtica) e distalmente aos troncos supra-aórticos (mais especificamente ao tronco braquicefálico envolvendo a artéria braquial direita).

Restantes alíneas:

A - Acidente vascular cerebral- embora o doente se apresente com alteração do estado de consciência e hipertensão arterial, um AVC não explicaria a dor torácica sem alterações electrocardiográficas, nem a assimetria de pulso arterial ou insuficiência aórtica de novo.

C - Enfarte agudo do miocárdio sem supra ST- A clínica de precordialgia tem características atípicas (irradiação para o dorso) e não se acompanha de alterações electrocardiográficas dinâmicas (sem alterações da repolarização/ segmento ST-T). A ausência de pulso radial direito (assimétrico) e o sopro diastólico não são explicados por um enfarte (mais comum é o sopro sistólica da insuficiência mitral funcional dinâmica secundário a isquemia ativa que é mais audível no foco mitral e é crescendo/decrescendo). A alteração do estado de consciência pode ocorrer nos enfartes (mais frequente na oclusão completa de um grande vaso e, portanto, com supradesnivelamento do segmento ST) e acompanhados de hipotensão e sinais de má perfusão.

D - Pericardite aguda- a dor torácica da pericardite é pleurítica e irradia para o trapézio, sendo acompanhada de alterações do segmento ST (supradesnivelamento difuso), atrito pericárdico e derrame pericárdico. Para o diagnóstico de pericardite aguda precisaríamos de 2 dos 4 critérios supracitados e o caso clínico não apresenta nenhum.

E - Tromboembolismo pulmonar- Embora se possa apresentar com dor torácica e síncope, a TEP não explicaria a assimetria do pulso arterial, o sopro diastólico aórtico nem os défices neurológicos na presença de hipertensão arterial (que na TEP de alto risco se associada a baixo débito cardíaco/ hipotensão arterial com colapso cardiovascular).

PERGUNTA 128

Uma mulher de 28 anos, grávida de 32 semanas, recorre ao serviço de urgência por erupção cutânea maculopapula não pruriginosa, no tronco, abdómen e membros, atingindo a palma das mãos e a planta dos pés com cinco dias de evolução. A gestação não foi vigiada até ao momento. Gesta 1, para 1 (parto curóxico há dois anos, de termo, sem intercorrências). Os sinais vitais são temperatura 36,6°C, frequência cardíaca 76/min, rítmica, e pressão arterial 110/70 mm Hg. Ao exame físico as mucosas apresentam-se coradas e hidratadas sem lesões visíveis, nomeadamente lesões ulceradas. Não se observam sinais de conjuntivite, enantema ou icterícia. A palpação não revelou adenomegalias. Os resultados dos estudos analíticos efetuados no serviço de urgência revelam:

Soro

Glucose 63 mg/dL

AST 35 U/L

ALT 26 U/L

Sangue

Hemoglobina 12,6 g/dL

VGM 87 fL

Leucócitos 6 600/mm³

 Neutrófilos 54%

 Linfócitos 30%

Plaquetas 212×10/L

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Parvovirose B1
- B. Rubéola
- C. Sarampo
- D. Sífilis secundária
- E. Varicela

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Sífilis secundária - O caso clínico representa uma gravidez insuficientemente vigiada, complicada no 3º trimestre com uma infeção que cursou com um exantema maculopapular não pruriginoso que atinge palmas e plantas dos pés, sugestivo de sífilis secundária. O rash difuso macular e papular que envolve o tronco e extremidades é o achado mais característico da sífilis secundária.

Restantes alíneas:

A - Parvovirus B19 – A infeção por Parvovirus B19 geralmente é assintomática ou pode cursar com sintomas ligeiros nos adultos imunocompetentes. Assim sendo, podem surgir sintomas constitucionais, como febre, mialgias ou artralguas, sendo que as alterações cutâneas são raras (ao contrário da infeção nas crianças em que o mais frequente é apresentar-se como uma doença exantemática). Durante a gravidez a infeção por este vírus pode ser responsável por morte fetal ou hidrópsia fetal.

B - Rubéola – Infeção provocada por um vírus de RNA, geralmente autolimitada, e que se pode caracterizar por um exantema maculopapular, frequentemente pruriginoso, que se inicia na face e progride para o tronco e extremidades. Como sintomas prodrómicos pode surgir febre, conjuntivite, coriza, tosse, cefaleias e artralguas. Associa-se também ao aparecimento de linfadenopatias dolorosas generalizadas, com atingimento dos gg suboccipitais e posauriculares. É responsável por síndrome da rubéola congénita.

C - Sarampo – Infeção provocada por um vírus que pode apresentar várias fases. Na fase prodrómica podem surgir sintomas como febre, mal-estar, anorexia, seguida de conjuntivite, coriza e tosse. Posteriormente surge o enantema com 'Koplik spots' na mucosa labial e oral e o exantema, que é maculopapular e que se inicia tipicamente na face e progride cefalocaudalmente e centrifugamente para a região cervical, tronco e extremidades. Pode apresentar-se com petéquias ou associar-se a lesões hemorrágicas.

E - Varicela – Infeção provocada pelo vírus Varicela Zoster. É muito mais frequente na idade pediátrica, sendo que na idade adulta a clínica pode ser mais grave. Inicialmente poderá ter um pródromo de febre e mal-estar, seguido de um rash vesicular generalizado. O rash é pruriginoso, iniciando-se como máculas, que se tornam pápulas e vesículas e que finalmente progridem para crostas. Geralmente o doente apresenta lesões em várias fases da doença, na face, tronco e extremidades. Na gravidez, é responsável pelo síndrome da varicela congénita, ou se a transmissão ocorrer no periparto, varicela neonatal.

PERGUNTA 129

Uma mulher de 55 anos vem ao consultório médico por poliartralgias nas pequenas articulações das mãos, punhos e joelho direito com quatro meses de evolução. A intensidade da dor é maior ao despertar, com rigidez articular e agravamento com o esforço físico. As dores são ocasionalmente acompanhadas de edema e calor, assim como incapacidade funcional para as atividades de vida diárias. A história médica revela histerectomia total com anexectomia aos 49 anos, cirurgia por adenoma da paratiroide esquerda aos 44 anos, obesidade e osteoporose. Ela não faz medicação habitual e nega consumo de álcool, tabaco ou drogas. Existem antecedentes familiares de artrite reumatoide e doença cardíaca isquêmica. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 79/min e pressão arterial 139/80 mm Hg; SpO2 98% (ar ambiente). Ela tem 169 cm de altura e pesa 80 kg; IMC 28 kg/m². Ao exame físico apresenta bom estado geral. A pele e as mucosas estão coradas e hidratadas, sem lesões observáveis. Não há edemas periféricos. A observação das mãos revela alargamento e aumento de volume das articulações interfalângicas distais, sobretudo do polegar, com hipersensibilidade à palpação e nódulos interósseos. Verifica-se deformidade óssea marcada do joelho direito, com crepitação à percussão. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar e o exame abdominal, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,9 mg/dL

Azoto ureico 22 mg/dL

Glucose 98 mg/dL

Sódio 138 mEq/L

Potássio 4,5 mEq/L

Cloreto 112 mEq/L

Ácido úrico 7,8 mg/dL

Colesterol

Total 197 mg/dL

HDL 60 mg/dL

Triglicerídeos 98 mg/dL

Fator reumatoide Positivo

Anticorpos antinucleares 1/64 [N < 1/32]

Anticorpo anti-peptídeo citrulinado 4U/mL [N < 17 U/mL]

Sangue

Hemoglobina 13,2 g/dL

Leucócitos 4 600/mm³

Plaquetas 198 × 10⁹/L

O raio-X das mãos revela diminuição da densidade óssea, estreitamento do espaço interarticular, osteófitos, esclerose subcondral e nódulos periarticulares. A RM do joelho direito mostra diminuição da densidade óssea, estreitamento do espaço interarticular, osteófitos, esclerose subcondral, discreto derrame intra-articular, degenerescência meniscal e sinovite.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Artrite gotosa
- B. Artrite reumatoide
- C. Doença por deposição de oxalato de cálcio
- D. Osteoartrose
- E. Lúpus eritematoso sistêmico

Chave oficial: D

Proposta Academia: Anular

Justificação: A descrição clínica e dos exames complementares não pode ser explicado por um diagnóstico isolado. A maioria do quadro é compatível com o diagnóstico de osteoartrose das interfalângicas das mãos (sobretudo as distais) e do joelho com fase inflamatória associada, nomeadamente o envolvimento das interfalângicas distais, a descrição do exame objetivo e ressonância magnética do joelho e as alterações radiográficas das mãos. No entanto, algumas características são muito melhor explicadas pela Artrite Reumatoide (que não afeta as interfalângicas distais) como a descrição de artralguas inflamatórias com períodos de edema e calor, o envolvimento dos punhos (que não ocorre na osteoartrose) e a presença de nódulos periarticulares (descritos na radiografia – apesar deste exame não permitir a visualização desta alteração – e que não ocorrem na osteoartrose). Além disso, a informação do exame músculo-esquelético das mãos (“observação das mãos revela alargamento e aumento de volume das articulações interfalângicas distais, sobretudo do polegar, com hipersensibilidade à palpação e nódulos interósseos”) está mal descrita dificultando a perceção se a tumefação existente sobre as interfalângicas distais é mole/elástica sugestivo de artrite ou dura (nódulos duros – nódulos de Heberden) sugestiva da osteoartrose nodal das mãos; assim como não se consegue perceber o que são “nódulos interósseos”. Por fim, as informações apresentadas nos exames analíticos também são incompletas, não permitindo diferenciar estas duas entidades. Por um lado, não são apresentados os parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação e proteína C reativa que permitiriam apoiar o diagnóstico de artrite reumatoide e tornar menos provável a osteoartrose caso estivessem elevados), por outro lado, apesar do fator reumatoide ser positivo e o anti-CCP negativo, o fator reumatoide em título baixo é pouco específico de artrite reumatoide e não é fornecido o título. Apesar de depreender-se que o caso clínico está formulado para o diagnóstico de Osteoartrose, contém informações incorretas que foram expostas acima, e que num exame final do mestrado integrado em medicina não são aceitáveis, devendo a pergunta ser anulada.

ENQUADRAMENTO

- Área do conhecimento: Medicina – Reumatologia; Cirurgia - Ortopedia
- Conteúdos: Artrite Reumatoide e Osteoartrose
- Competências: Diagnóstico

PERGUNTA 130

Um homem de 68 anos vem à consulta por diarreia aquosa, associada a dor abdominal em cólica, com três semanas de evolução. Refere ainda episódios recorrentes e autolimitados de rubor e calor facial associado ao aparecimento de lesões eritematosas/violáceas. Refere sentir-se bem apesar destes sintomas. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 120/78 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral, ECOG PS 1. Está corado, hidratado e anictérico. O abdómen é mole e depressível, com hepatomegalia palpável e indolor. O estudo imagiológico revelou neoplasia do jejuno, com metastização hepática múltipla. Foi solicitada biópsia.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Adenocarcinoma
- B. Carcinoma epidermoide
- C. Linfoma de MALT
- D. Tumor carcinoide
- E. Tumor do estroma gastrointestinal (GIST)

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Tumor carcinoide - Nas neoplasias do sistema gastrointestinal, nomeadamente jejuno, poderíamos estar perante todas as histologias presentes nas hipóteses de diagnóstico, à exceção do carcinoma epidermoide, que nesta localização é incomum.

No entanto o doente apresenta sintomas típicos de um síndrome carcinoide (diarreia, flushing (calor facial), sendo por isso o mais provável tratar-se de um tumor carcinoide.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 131

Um rapaz de 4 anos é referenciado ao serviço de urgência pelo médico de família por icterícia e dor abdominal de início recente. A mãe refere ainda que a urina é escura. Nega vómitos ou alteração das características das fezes. Uma semana antes iniciou o infantário e teve infeção das vias aéreas superiores, tendo sido medicado com paracetamol. Não tem antecedentes pessoais de relevo. A mãe refere história familiar de anemia. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 121/min e pressão arterial 98/64 mm Hg. Ao exame físico apresenta palidez das mucosas e icterícia da pele e escleróticas. Os exames torácico e abdominal encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Sangue Creatinina 0,29 mg/dL Hemoglobina 5,9 g/dL Ureia 26 mg/dL Leucócitos 4 900/mm³ AST 20 U/L Neutrófilos, segmentados 56 % ALT 18 U/L Plaquetas 152 × 10⁹ /L GGT 22 U/L VGM 75 fL Bilirrubina sérica Total 6,2 mg/dL Direta 1,3 mg/dL LDH 930 U/L Urina (sedimento) Eritrócitos 3/cga O esfregaço de sangue periférico mostra anisocitose. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Anemia aplásica
- B. Anemia ferripriva
- C. Défice de glicose-6-P desidrogenase
- D. Esferocitose hereditária
- E. Talassemia minor

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Défice de glicose-6-P desidrogenase.

Na presença de um episódio agudo de hemólise após uma doença viral ou exposição a fármacos (embora o paracetamol não seja um dos fármacos considerados de maior risco) devemos pensar no défice de G6PD. As manifestações típicas incluem palidez, icterícia, urina escura e por vezes dor abdominal/lombar e a avaliação laboratorial evidencia uma diminuição da hemoglobina e aumento da bilirrubina e LDH, o que está de acordo com o caso clínico apresentado.

Restantes alíneas:

A - Anemia aplásica.

A anemia aplásica cursa com palidez, fadiga e intolerância ao exercício. Podem também estar presentes outros sintomas, ausentes nesta vinheta clínica, que resultam da afeção de outras linhagens (petéquias, equimoses fáceis, epistáxis e maior suscetibilidade a infeções). A anemia aplásica não se manifesta por icterícia nem aumento dos parâmetros laboratoriais de hemólise (nomeadamente aumento da bilirrubina e LDH), presentes neste caso clínico e que são sugestivos de anemia hemolítica.

B - Anemia ferripriva.

Apesar da anemia por défice de ferro ser a causa de anemia mais frequente em idade pediátrica, a presença de icterícia e aumento dos parâmetros laboratoriais de hemólise indicam estarmos perante uma anemia hemolítica.

D - Esferocitose hereditária.

A esferocitose hereditária é também uma causa de anemia hemolítica não imune. Nesta patologia a concentração média de hemoglobina corpuscular é superior a 36 mg/dL – dado não disponível no enunciado. A ausência de esplenomegalia e de esferócitos no esfregaço de sangue periférico tornam este diagnóstico menos provável.

E - Talassemia minor.

Talassemia minor não cursa habitualmente com anemia grave, manifestando-se por microcitose ou anemia ligeira.

PERGUNTA 132

Uma mulher de 44 anos, de origem africana, é observada em consulta por períodos menstruais de cinco dias com fluxo abundante, com coágulos, e dismenorreia desde há quatro meses. A data da última menstruação foi há sete dias. Ela é sexualmente ativa e optou pelo preservativo como contraceção desde há 10 anos. A história médica revela malária aos 12 anos e diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada há dois anos, medicada com glibenclamida. Os antecedentes ginecológicos e obstétricos são menarca aos 10 anos, ciclos regulares de 26 a 28 dias, coitarca aos 15 anos, gesta 2, para 2 (duas cesarianas há 12 e 14 anos). Tem cinco irmãos saudáveis e a mãe tem antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 65/min e pressão arterial 114/68 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 80 kg; IMC 29 kg/m². Ao exame físico as mucosas estão coradas e hidratadas. Ao exame ginecológico ao espéculo observa-se perda de sangue vermelho-escuro tipo borra de café, em quantidade escassa, pelo orifício cervical externo, sem outras alterações. O toque vaginal e a palpação bimanual revelam um colo de consistência normal e fechado, indolor à mobilização. Os fundos de saco vaginais estão livres e indolores e a palpação dos anexos não revela alterações. O útero está em posição intermédia, tem contornos regulares e consistência normal e está aumentado de volume. Perante o resultado da ecografia pélvica por via endovaginal, o médico assistente propôs a colocação de dispositivo intrauterino com levonorgestrel. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Adenomiose
- B. Atrofia endometrial
- C. Disfunção ovulatória
- D. Mioma uterino subseroso
- E. Pólipo uterino

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Adenomiose

A resposta correta é adenomiose - cataménios abundantes e útero aumentado regular (versus irregular nos miomas) e globoso à palpação.

Restantes alíneas:

B - A atrofia endometrial pode ser causa de hemorragia uterina anómala mas não de períodos menstruais longos com fluxo abundante e dismenorreia. Também não causa aumento regular uterino.

C - A disfunção ovulatória não causa aumento regular uterino.

D - O mioma uterino subseroso não causa hemorragia - não tem contacto com a cavidade. Causaria um aumento irregular do útero.

E - Se a hemorragia uterina anómala fosse causada por um pólip, não haveria aumento regular uterino.

PERGUNTA 133

Uma puérpera de 31 anos recorre ao serviço de urgência por dor na mama esquerda com início após a última mamada, há duas horas. O parto por cesariana, a termo, ocorreu há 10 dias, por trabalho de parto estacionário. Foi a primeira gravidez e decorreu sem complicações. O recém-nascido é saudável, pesava 3420 g ao nascimento e está sob aleitamento materno exclusivo. Usa discos de amamentação absorventes para evitar sujar-se pois tem «muito leite». Os sinais vitais são temperatura 38,3°C, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 125/85 mm Hg. Ao exame físico ginecológico verifica-se útero bem involuído e lóquios normais. A mama esquerda apresenta fissura mamilar com 5 mm e zona de eritema e edema no quadrante súpero-externo, mal delimitada e sem sinal de flutuação. Na axila esquerda palpa-se nódulo móvel, doloroso e de contornos regulares, com 2 cm de maior diâmetro.

Qual dos seguintes agentes patogénicos se associa mais frequentemente a este quadro clínico?

- A. *Candida albicans*
- B. *Chlamydia trachomatis*
- C. Herpes vírus tipo 1
- D. *Mycoplasma hominis*
- E. *Staphylococcus aureus*

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: *Staphylococcus aureus* - Os achados ao exame físico e as queixas da paciente configuram uma situação de mastite puerperal, que corresponde a uma infeção do tecido mamário. Esta patologia associa-se a infeção por *Staphylococcus aureus*, streptococcus grupo A e B, β Haemophilus spp, e *Escherichia coli*.

(Beckmann's – capítulo 11: Postpartum care)

Restantes alíneas:

A - Candida albicans.

Os achados ao exame físico (febre, alterações da mama esquerda com fissura mamilar e eritema e edema localizados, nódulo axilar com características reativas) e as queixas da paciente (dor na mama esquerda) auxiliam no diagnóstico de mastite puerperal, que corresponde a uma infeção do tecido mamário durante o período puerperal. Esta patologia associa-se a infeção por Staphylococcus aureus, streptococcus grupo A e B, β Haemophilus spp, e Escherichia coli.

B - Chlamydia trachomatis.

Os achados ao exame físico e as queixas da paciente configuram uma situação de mastite puerperal, que corresponde a uma infeção do tecido mamário. Esta patologia associa-se a infeção por Staphylococcus aureus, streptococcus grupo A e B, β Haemophilus spp, e Escherichia coli.

C - Herpes vírus tipo 1.

Os achados ao exame físico e as queixas da paciente configuram uma situação de mastite puerperal, que corresponde a uma infeção do tecido mamário. Esta patologia associa-se a infeção por Staphylococcus aureus, streptococcus grupo A e B, β Haemophilus spp, e Escherichia coli.

D - Mycoplasma hominis.

Os achados ao exame físico e as queixas da paciente configuram uma situação de mastite puerperal, que corresponde a uma infeção do tecido mamário. Esta patologia associa-se a infeção por Staphylococcus aureus, streptococcus grupo A e B, β Haemophilus spp, e Escherichia coli.

PERGUNTA 134

Um recém-nascido com 2 dias de vida é observado no berçário e encontra-se icterício. A gestação foi de termo (39 semanas), sem intercorrências. O parto foi eutócico e o peso ao nascimento era de 3480 g. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade, com exceção de icterícia da pele e escleróticas. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Bilirrubina Total: 17 mg/dL

Direta: 3,5 mg/dL

Teste de Coombs direto: Positivo

Sangue

Hematócrito: 45%

O grupo sanguíneo da mãe é 0 Rh positivo e o do recém-nascido é A Rh positivo.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Determinar a concentração sérica de bilirrubina a cada 24 horas
- B. Iniciar fototerapia
- C. Interromper o aleitamento materno e iniciar hidratação endovenosa nas próximas 24 horas
- D. Realizar tipagem do sangue do recém-nascido para transfusão imediata
- E. Repetir o teste de Coombs

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Iniciar fototerapia - Correto. Trata-se de um caso de isoimunização A0 com critérios para iniciar tratamento com fototerapia.

Restantes alíneas:

A - Determinar a concentração sérica de bilirrubina a cada 24 horas.

A atitude mais correta é iniciar fototerapia uma vez que o RN apresenta critérios para iniciar tratamento. Além disso, os valores poderão ter tendência a aumentar sem tratamento pelo que o risco de toxicidade da bilirrubina poderá aumentar.

C - Interromper o aleitamento materno e iniciar hidratação endovenosa nas próximas 24 horas

A hidratação endovenosa não confere vantagem comparativamente ao aleitamento materno. Deve ser reforçado o aleitamento materno, apenas se for insuficiente é que poderá ser necessária hidratação endovenosa.

D - Realizar tipagem do sangue do recém-nascido para transfusão imediata. Falso. Sem critérios para iniciar exsanguíneo-transfusão. Primeiro deve ser tentada fototerapia.

E - Repetir o teste de Coombs. Falso. Sem indicação. Não altera a necessidade de se iniciar de fototerapia.

PERGUNTA 135

Um homem de 63 anos vem ao consultório médico por aumento progressivo do volume abdominal nos últimos quatro meses. Ele não refere outras queixas, nomeadamente astenia, perda de peso, hipersudorese ou febre. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 130/70 mm Hg. Ele tem 172 cm de altura e pesa 74 kg: IMC 25 kg/m². Ao exame físico apresenta abdómen globoso à inspeção. A palpação abdominal revela massa hipogástrica de consistência elástica, bosselada, com cerca de 10 cm de maior diâmetro.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Desidrogenase láctica 80 U/L

Sangue

Hemoglobina: 15,2 g/dL

Hematócrito: 47%

Leucócitos: 18 500/mm³

Linfócitos: 54%

Plaquetas: 167 × 10⁹/L

Velocidade de sedimentação: 13 mm/1. hora

A biópsia da massa abdominal revelou uma doença linfoproliferativa CD19+, CD20+, CD5-, A análise citogenética foi positiva para t (14;18).

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Linfoma de Burkitt
- B. Linfoma difuso de grandes células B
- C. Linfoma do manto
- D. Linfoma folicular
- E. Linfoma linfocítico/leucemia linfocítica crónica

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Linfoma folicular - A resposta correta a este caso é "linfoma folicular". Trata-se do linfoma indolente mais comum, essencialmente em faixas etárias mais velhas, e por norma diagnosticado em estádios já avançados (como é o caso). A translocação t (14,18) é muito típica.

Restantes alíneas:

A - É verdade que o linfoma de Burkitt esporádico costuma apresentar-se como uma massa abdominal, mas a translocação cromossómica expectável seria a t(8,14), ou eventualmente t(2,8) ou t(8,22). Além disso é um linfoma agressivo de crescimento rápido.

B - O LBDGC é o linfoma agressivo mais frequente. Dessa forma, seria de esperar um curso temporal mais rápido, e analiticamente LDH aumentada.

C - O linfoma de células do manto apresenta, na maioria dos casos, translocação t(11,14) e positividade para CD5.

E - Seria também uma hipótese a considerar, contudo a LLC/Linfoma de células B pequenas costuma apresentar positividade para CD5.

PERGUNTA 136

Uma mulher de 23 anos vem ao serviço de urgência por febre (temperatura máxima de 39°C), associada a calafrios, cefaleias, mialgias, artralgias generalizadas e diarreia sem sangue, com dois dias de evolução. Regressou há três semanas de uma viagem a Luanda. Não recorreu à consulta de aconselhamento a viajantes. Efetuou vacina contra a febre amarela há seis anos. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência respiratória 23/min, frequência cardíaca 101/min e pressão arterial 101/69 mm Hg. Ao exame físico apresenta escleróticas ictericas e hidratadas. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O baço é palpável 6 cm abaixo do rebordo costal, mole e indolor.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Bilirrubina

Total: 3,1 mg/dL

Direta: 2,5 mg/dL

Sangue

Hemoglobina: 10,3 g/dL

Hematócrito: 27%

HCM: 27 pg

VGM: 92 fL

Leucócitos: 4.500/mm³

Plaquetas: 80x10⁷/L

O raio-X do tórax encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o agente etiológico mais provável?

- A. Entamoeba histolytica
- B. Escherichia coli êntero-hemorrágica
- C. Leishmania donovani
- D. Plasmodium spp
- E. Taenia solium

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Plasmodium spp - Este caso trata-se de uma mulher jovem, com viagem recente a um país com malária endêmica (período de incubação 7-30 dias, geralmente), que recorre ao SU por febre e restante clínica algo inespecífica, mas que inclui icterícia, esplenomegalia, anemia e trombocitopenia. Para além disso, não terá realizado profilaxia contra a malária, uma vez que não recorreu à consulta do viajante. Numa doente que regressa de área endêmica com febre, é obrigatório excluir malária.

Restantes alíneas:

A - Entamoeba histolytica é um parasita que provoca infeções geralmente assintomáticas. Quando sintomática, a clínica é subaguda (1-3 semanas), com diarreia sanguinolenta, com ou sem febre. Neste caso não é o diagnóstico mais provável.

B - A E. coli êntero-hemorrágica é uma bactéria com período de incubação de 1-10 dias, particularmente associada ao consumo de hambúrgueres mal cozinhados. A clínica é de diarreia que se torna sanguinolenta em 1-3 dias, geralmente sem febre. Uma complicação possível seria o SHU, que justificaria a anemia hemolítica e a trombocitopenia. No entanto, dada a presença de febre, a ausência de sangue nas fezes e ainda não ter sido excluída malária, outra hipótese diagnóstica é mais provável.

C - A Leishmania donovani é um parasita que provoca a leishmaniose visceral, transmitido através da picada da mosca da areia. O período de incubação pode variar de semanas a anos, mas o mais frequente é ser de 2-6 meses. A clínica é geralmente insidiosa, com um síndrome febril constitucional e hepatoesplenomegalia. Com o avançar da doença, pode surgir pancitopenia e hipoproteinemia. Dada a clínica aguda da doente, outro diagnóstico é mais provável.

E - A Taenia solium é um parasita associado à ingestão de carne de porco malcozinhada. A infeção intestinal costuma ser assintomática ou causar ligeiros sintomas gastrointestinais. No entanto, pode ocorrer doença invasiva com neurocisticercose (cefaleias, crises convulsivas, etc.).

PERGUNTA 137

Um homem de 58 anos recorre ao serviço de urgência por dor epigástrica inespecífica, emagrecimento (perda ponderal de 12% nos últimos três meses) e intolerância alimentar total desde há uma semana. Refere um episódio de hematemese com necessidade de terapêutica transfusional há três dias. Os sinais vitais são temperatura 36,3°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 120/80 mm Hg; SpO₂ 96 % (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se com palidez da pele e mucosas. O abdómen encontra-se com empastamento doloroso no epigastro, sem sinais de irritação peritoneal nem ascite evidente. O toque retal não revela alterações.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina: 1 mg/dL

AST: 29 U/L

ALT: 30 U/L

Fosfatase alcalina: 160 U/L

γ-glutamil transferase (GGT): 62 U/L

Bilirrubina Total: 0,8 mg/dL

Sangue

Hemoglobina: 7 g/dL

VGM: 70 fL

Leucócitos: 9 000/mm³

Plaquetas: 300 × 10⁹/L

A endoscopia digestiva alta evidencia uma volumosa lesão vegetante e ulcerada do antro, com impossibilidade de progressão para o duodeno, cuja biópsia revelou um adenocarcinoma tipo intestinal bem diferenciado. Após realização de TC toracoabdominopélvica e PET-FDG18, a neoplasia foi estadiada como CT3N+M+ (três nódulos hepáticos e um pulmonar sugestivos de metastização).

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

- A. Entamoeba histolytica
- B. Escherichia coli êntero-hemorrágica
- C. Leishmania donovani
- D. Plasmodium spp
- E. Taenia solium

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Plasmodium spp - Este caso trata-se de uma mulher jovem, com viagem recente a um país com malária endêmica (período de incubação 7-30 dias, geralmente), que recorre ao SU por febre e restante clínica algo inespecífica, mas que inclui icterícia, esplenomegalia, anemia e trombocitopenia. Para além disso, não terá realizado profilaxia contra a malária, uma vez que não recorreu à consulta do viajante. Numa doente que regressa de área endêmica com febre, é obrigatório excluir malária.

Restantes alíneas:

A - Entamoeba histolytica é um parasita que provoca infeções geralmente assintomáticas. Quando sintomática, a clínica é subaguda (1-3 semanas), com diarreia sanguinolenta, com ou sem febre. Neste caso não é o diagnóstico mais provável.

B - A E. coli êntero-hemorrágica é uma bactéria com período de incubação de 1-10 dias, particularmente associada ao consumo de hambúrgueres mal cozinhados. A clínica é de diarreia que se torna sanguinolenta em 1-3 dias, geralmente sem febre. Uma complicação possível seria o SHU, que justificaria a anemia hemolítica e a trombocitopenia. No entanto, dada a presença de febre, a ausência de sangue nas fezes e ainda não ter sido excluída malária, outra hipótese diagnóstica é mais provável.

C - A Leishmania donovani é um parasita que provoca a leishmaniose visceral, transmitido através da picada da mosca da areia. O período de incubação pode variar de semanas a anos, mas o mais frequente é ser de 2-6 meses. A clínica é geralmente insidiosa, com um síndrome febril constitucional e hepatoesplenomegalia. Com o avançar da doença, pode surgir pancitopenia e hipoproteinemia. Dada a clínica aguda da doente, outro diagnóstico é mais provável.

E - A Taenia solium é um parasita associado à ingestão de carne de porco malcozinhada. A infeção intestinal costuma ser assintomática ou causar ligeiros sintomas gastrointestinais. No entanto, pode ocorrer doença invasiva com neurocisticercose (cefaleias, crises convulsivas, etc.).

PERGUNTA 138

Uma mulher de 45 anos vem à consulta por elevação das aminotransferases desde há dois anos. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Nega consumo de álcool. Ela tem 165 cm de altura e pesa 114 kg; IMC 42 kg/m². Ao exame físico o abdómen é indolor e o fígado não é palpável. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

AST 45 U/L

ALT 120 U/L

GGT 135 U/L

Antigénio HBs Negativo

Anti-VHC Negativo

A ecografia abdominal mostra esteatose hepática intensa e contornos irregulares, sugestivo de doença hepática crónica.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Biópsia hepática percutânea
- B. Colangiopancreatografia por RM
- C. Elastografia hepática transitória
- D. RM abdominal
- E. TC abdominal, com contraste

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: Biópsia hepática percutânea - A vinheta retrata o caso de uma mulher com fatores de risco para síndrome metabólica (obesidade, diabetes mellitus, dislipidemia) que se apresenta assintomática embora com elevação das transaminases, sendo que no work-up diagnóstico realizado não existem alterações. Realizou, então, ecografia com marcada esteatose. Levantando-se a hipótese de esteato-hepatite não alcoólica o teste que confirma o diagnóstico é a biópsia hepática percutânea. Não havendo suspeita de doença colestática não está indicado pedir CPRM ou RM abdominal. A elastografia hepática terá papel ao estabelecer grau de esteatose e de fibrose, embora a biópsia também o forneça e, diferente da elastografia, forneça diagnóstico definitivo. A TC abdominal não acrescenta informação no estudo de uma doente com elevação das transaminases como exame de primeira linha.

Restantes alíneas:

Verificar a resposta da alínea correta.

PERGUNTA 139

O médico destacado para o internamento é chamado a observar um homem de 58 anos por respiratória aguda acompanhada de respiração ruidosa. O doente está quente ao toque e apresenta sinais de choque, for internado por artrite séptica do joelho há três dias. A história médica revela hipertensão arterial e obesidade. Depois de avaliado, o doente é entubado e ligado a um ventilador. Inicia suporte com fluidoterapia e vasopressores. Após estabilização, os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 25/min, frequência cardíaca 110/min (arritmico) e pressão arterial 120/30 mm Hg; SpO2 92% (FiO2 100 %). A auscultação cardíaca revela sopro diastólico, melhor audível no terceiro espaço intercostal direito. A auscultação pulmonar revela crepitações em todos os campos pulmonares. O eletrocardiograma revela fibrilhação auricular.

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

- A. Estenose aórtica
- B. Estenose mitral
- C. Foramen oval patente
- D. Regurgitação aórtica
- E. Regurgitação mitral

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Regurgitação aórtica - Este doente tem muito provavelmente uma endocardite da válvula aórtica (com ponto de partida em artrite séptica do joelho). As endocardites valvulares geralmente cursam com insuficiências valvulares; neste contexto, as alterações na auscultação pulmonar são sugestivas de insuficiência aórtica (sopro diastólico no bordo esquerdo do esterno) e não de insuficiência mitral (sopro sistólico) (E). O sopro diastólico também poderia ser audível na estenose mitral (B) mas seria mais audível no foco mitral e, como referido previamente, a insuficiência é a patologia valvular mais frequentemente associada à endocardite valvular. Por ser um sopro diastólico exclui adicionalmente a opção (A). O forâmen ovale patente é um achado comum na população geral e não é uma complicação da endocardite infecciosa (C).

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta

PERGUNTA 140

Uma mulher de 55 anos recorre ao serviço de urgência por dor abdominal no quadrante superior direito com início há 10 horas. A dor associa-se a náuseas e vômitos, tonturas e dispneia ligeira. A história medica inclui diabetes mellitus tipo 2, litíase biliar e enfarte agudo do miocárdio há três anos. Não tem alergias conhecidas. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 100/70 mm Hg. O exame físico revela dor à palpação do abdómen no quadrante superior direito e no epigastro.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Leucócitos: 16.000/mm³

Neutrófilos: 85%

A ecografia abdominal revela distensão da vesícula biliar com paredes espessadas, cálculos biliares e presença de derrame perivesicular.

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

- A. Iniciar ceftriaxona
- B. Realizar colangiopancreatografia retrógrada
- C. Realizar colecistectomia
- D. Realizar colecistostomia
- E. Manter apenas em vigilância clínica

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correta: O caso clínico remete para uma doente com dor abdominal com 10 horas de evolução associada a náuseas e vômitos, tonturas e dispneia. Doente com antecedentes de litíase vesicular. Apresenta dor à palpação do hipocôndrio direito e epigastro. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e ecograficamente com “distensão da vesícula biliar com paredes espessadas, cálculos biliares e presença de derrame perivesicular” – sinais sugestivos de colecistite aguda.

Assim, segundo os critérios de Tokyo 2018 (figura abaixo), podemos fazer o diagnóstico definitivo de colecistite aguda – temos presentes critérios clínicos, sistêmicos/analíticos e imagiológicos.

O tratamento é preferencialmente cirúrgico – colecistectomia. No entanto, a primeira coisa a fazer é iniciar antibioterapia. O ceftriaxone é uma das terapêuticas preconizadas como primeira linha no tratamento da colecistite aguda (C).

Quando existe evidência de litíase da Via Biliar (VB) (dilatação da VB, evidência de cálculos, etc) aquando da colecistectomia deverá ser realizada uma colangiografia intra-operatória ou então, posteriormente, uma CPRE. Neste caso, não há nada que nos indique que a doente tenha litíase da VB associada (B).

A colecistostomia é tratamento de segunda linha para colecistite aguda, reservada para doentes com elevado risco cirúrgico (D).

Perante um abdómen agudo, vigilância clínica não é opção (E).

Table 1 TG18/TG13 diagnostic criteria for acute cholecystitis

A. Local signs of inflammation etc. (1) Murphy's sign, (2) RUQ mass/pain/tenderness
B. Systemic signs of inflammation etc. (1) Fever, (2) elevated CRP, (3) elevated WBC count
C. Imaging findings Imaging findings characteristic of acute cholecystitis

Suspected diagnosis: one item in A + one item in B
Definite diagnosis: one item in A + one item in B + C

Cited from Yokoe et al. [5]
The TG13 diagnostic criteria of acute cholecystitis was judged from numerous validation studies as useful indicators in clinical practice and adopted as TG18 diagnostic criteria without any modification
Acute hepatitis, other acute abdominal diseases, and chronic cholecystitis should be excluded
CRP C-reactive protein, RUQ right upper abdominal quadrant, WBC white blood cell

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta

PERGUNTA 141

Um homem de 76 anos vem ao consultório médico por astenia e dispneia moderada com o exercício com um mês de evolução. A história médica revela hipertensão arterial tratada com enalapril, que não cumpre. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 140/min e pressão arterial 135/80 mm Hg. A auscultação cardíaca revela arritmia, sem sopros. A auscultação pulmonar revela crepitações nas bases.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Enfarte do miocárdio subaguda
- B. Fibrilhação auricular
- C. Pericardite subaguda
- D. Taquicardia ventricular
- E. Tromboembolismo pulmonar

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Fibrilhação auricular- Num doente idoso com antecedentes de hipertensão arterial não tratada (e provavelmente cardiopatia estrutural consequente) com taquicardia irregular ("auscultação cardíaca revela arritmia") sugerem fortemente o diagnóstico de fibrilhação auricular, com resposta ventricular rápida, que explicaria a clínica de insuficiência cardíaca descompensada.

Restantes alíneas:

A - Enfarte do miocárdio subaguda- A clínica de insuficiência cardíaca descrita pelo doente acompanhada de sinais congestivos (crepitações bibasais na auscultação pulmonar) e a ausência de queixas anginosas tornam este diagnóstico pouco provável.

C - Pericardite subaguda- A presença de queixas de congestão pulmonar (implicando disfunção ventricular esquerda) tornam este diagnóstico pouco provável. A pericardite subaguda originaria queixas de congestão periférica isolada (edemas periféricos e ascite consequente a disfunção ventricular direita isolada).

D - Taquicardia ventricular- as taquicardias ventriculares têm risco de degeneração em fibrilação ventricular e dificilmente seriam compatíveis com estabilidade hemodinâmica se sustentadas durante 1 mês.

E - Tromboembolismo pulmonar- Aplicando o score de Wells, a probabilidade de TEP seria baixa (1 ponto pela taquicardia). Além do mais, o diagnóstico de fibrilação auricular é mais provável pelo explicado na alínea B.

PERGUNTA 142

Um médico da equipe de emergência intra-hospitalar é chamado para avaliar uma mulher de 58 anos, previamente saudável, internada no hospital por pneumonia adquirida na comunidade, na base pulmonar direita, desde há cinco dias e sob terapêutica com ceftriaxona e claritromicina. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e não tinha hábitos farmacológicos prévios a este internamento. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 30/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 130/90 mm Hg, SpO₂, 86% (máscara facial; FIO₂; 50 %), Ela tem 156 cm de altura e pesa 69 kg; IMC 28 kg/m². Ao exame físico apresenta-se cianótica, polipneica e com aparente dificuldade respiratória. A auscultação cardíaca revela taquicardia. A auscultação pulmonar revela crepitações generalizadas em ambos os hemitórax. O restante exame físico, incluindo os exames do abdômen e o neurológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos realizados nessa manhã revelam:

Soro

Creatinina: 1 mg/dL

Azoto ureico: 45 mg/dL.

Proteína Creativa: 150 mg/L

Sódio: 140 mEq/L 4 mEq/L

Potássio: 4 mEq/L

Sangue

Hemoglobina: 18 g/dL

Leucócitos: 4 000/mm³

Neutrófilos: 77%

Linfócitos: 19%

Plaquetas: 300 × 10⁹/L

Gases (FIO₂: 50 %)

PO₂: 56 mmHg

PCO₂: 45 mmHg

PH: 7,35

Bicarbonato: 23 mEq/L

O raio-X do tórax mostra consolidação pulmonar na base pulmonar direita e infiltrados dispersos bilateralmente (de novo, em relação à admissão hospitalar).

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar 100 mg de hidrocortisona (via endovenosa)
- B. Administrar 40 mg de furosemida (via endovenosa)
- C. Administrar oxigênio com máscara de alta concentração (FiO₂: 100)
- D. Administrar salbutamol (por nebulização)
- E. Iniciar ventilação invasiva

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Iniciar ventilação invasiva - O caso clínico relata a vinheta clínica de uma doente jovem sem comorbilidades significativas com uma PAC medicada empiricamente com ceftriaxone + claritromicina (beta-lactâmico + macrólido é um esquema adequado) que ao quinto dia de antibioterapia permanece febril e apresenta agravamento imagiológico (já com infiltrados dispersos) e insuficiência respiratória grave (PaO₂/FiO₂ de 112). Os achados sugerem evolução anormal com surgimento de complicação, nomeadamente ARDS. Havendo hipoxemia grave com infiltrados difusos sugestivos de ARDS, adicionando uma PaCO₂ no limite superior do normal (sugere tendência para hipoventilação, o que pode ser um sinal de exaustão respiratória), o próximo passo é garantir eficiente ventilação e trocas gasosas, pelo que a entubação e ventilação invasiva seria a atitude seguinte a tomar.

Restantes alíneas:

A - Num doente crítico a abordagem deve ser ABCDE e claramente a disfunção do "B" é a primeira preocupação a resolver. A corticoterapia no ARDS tem indicação em doentes selecionados, sendo eventualmente, um passo posterior mediante evolução e definição de gravidade.

B - Apesar da insuficiência cardíaca ser diagnóstico diferencial, nada na vinheta clínica aponta nesse sentido.

C - Administração O₂ por máscara de alta concentração serviria como solução de muito curto prazo, mas poderia ter como efeito não desejado, atrasar a entubação numa situação que indicia essa necessidade.

D - O ARDS não é em si uma condição que fisiopatologicamente responda de forma exuberante. À broncodilatação. Ainda mais, estando a doente taquicárdica (provavelmente secundária à insuficiência respiratória), o salbutamol poderia agravar esse facto

PERGUNTA 143

Uma mulher de 79 anos vem ao serviço de urgência por vômitos de características biliares com 20 horas, de evolução. Ela tem antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e obstipação crónica e for coronariografia através da artéria femoral direita há dois meses por angina inatável. I ex-fumadora de 20-UMA, desde há 10 anos. Os antecedentes obstétricos incluem cinco gestações (quatro partos eutócicos e um aborto espontâneo). Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 74/min e pressão arterial 140/80 mm Hg; SpO₂, 93 % (ar ambiente). Ela tem 163 cm de altura e pesa 48 kg: IMC 18 kg/m². Ao exame físico apresenta se consciente, mas desorientada. A pele e as mucosas estão coradas e desidratadas. A auscultação pulmonar revela roncos dispersos. O abdómen encontra-se ligeiramente distendido e doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal, os ruidos estão exacerbados, com timbre metálico, palpa-se um nódulo doloroso na raiz da coxa direita, com 3 cm de diâmetro. O toque retal não revela massas endoluminais palpáveis.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina: 1,8 mg/dl

Sódio: 144 mEq/L

Potássio: 3,9 mEq/L

Bilirrubina Total: 0,8 mg/dl.

Proteína Creativa: 90 mg/L

Sangue

Hemoglobina: 13 g/dL

Leucócitos: 12 000/mm³

Plaquetas: 230x10⁹

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Adenopatia
- B. Aneurisma da artéria femoral
- C. Hérnia femoral encarcerada
- D. Quisto do canal de Nuck
- E. Variz da safena

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correta: Hérnia femoral encarcerada - Estamos perante uma doente com quadro (sub)oclusivo intestinal – vômitos e dor abdominal, mas sem menção ao trânsito gastro-intestinal. Apresenta abdómen distendido, doloroso à palpação profunda e com RHA metálicos e aumentados. Apresenta ainda tumefação a nível da raiz da coxa direita e dolorosa, com cerca de 3cm de maior diâmetro. Ora, perante um quadro oclusivo associado a uma tumefação dolorosa inguinal/femoral, deveremos sempre colocar, em primeiro lugar, numa hérnia encarcerada.

Restantes alíneas:

A - Uma adenopatia inguinal pode ocorrer perante um quadro infeccioso (mas doente sem clínica e sem elevação de parâmetros inflamatórios) ou neoplásico (poderíamos estar perante uma suspeita de neoplasia do TGI, por exemplo. Mas não temos sinais prévios que nos façam ter um grau de suspeição elevado. Neste caso, e dada a clínica e o exame objetivo, a hipótese de hérnia encarcerada prevalece face à adenopatia.

B - Após coronariografia através da artéria femoral pode formar-se um aneurisma no local de punção. No entanto, na maioria das vezes ele é assintomático. Quando sintomático está, frequentemente associado a fenómenos trombo-embólicos formados no aneurisma. Um aneurisma da artéria femoral não é compatível com um quadro oclusivo.

D - O quisto do canal de Nuck é uma afeção frequentemente associada à idade pediátrica. Ele resulta da obliteração incompleta do canal de Nuck, podendo estar associado a fenómenos herniários. Apresenta-se como uma tumefação que pode ir desde a região inguinal até ao longo do grande lábio, muitas vezes até é de consistência mole, por apresentar liquido como componente principal. A hipótese de hérnia femoral encarcerada é muito mais provável que esta.

E - A variz da veia safena não está associada a quadros oclusivos. Estaríamos à espera de sintomas como sensação de pernas cansada, dor local, desconforto e parestesias. Calor, prurido e edema são frequentemente encontrados nesta patologia.

PERGUNTA 144

Uma mulher de 60 anos vem ao serviço de urgência por vômitos com início após o jantar. Refere ainda dor abdominal epigástrica, intensa, com irradiação para a região dorsolombar, em barra, com posição de alívio na posição genupeitoral. Ela tem antecedentes de dislipidemia. É fumadora de 1,5 maços de tabaco por dia desde os 20 anos e refere hábitos etílicos de 80 g por dia desde os 30 anos. A palpação do abdomen revela dor na região epigástrica, sem defesa.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

AST: 150 U/L

ALT: 170 U/L

Fosfatase alcalina: 470 U/L

γ -glutamil transferase (GGT): 480 U/L

Bilirrubina Total: 4 mg/dL Direta: 3,1 mg/dL Proteína C reativa: 150 mg/L

Amilase: 350 U/L

Sangue

Leucócitos: 14 000/mm³

A ecografia abdominal revela lama biliar; a área pancreática não foi visualizada por interposição gasosa.

Qual das seguintes alternativas é a estratégia terapêutica mais adequada de imediato?

- A. Colecistectomia laparoscópica urgente.
- B. Fluidoterapia + antibioterapia
- C. Fluidoterapia + colocação de sonda nasogástrica
- D. Fluidoterapia + vigilância clínica
- E. Realização de colangiopancreatografia retrógrada

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Fluidoterapia + vigilância clínica - Estamos perante uma doente com história de consumo de bebidas alcoólicas importante e que apresenta clínica de dor abdominal epigástrica em barra, com irradiação dorso-lombar, associada a náuseas e vômitos. Apresenta ainda posição genupeitoral como antálgica. Objetivamente com dor à palpação epigástrica, mas sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal. Analiticamente apresenta um padrão de citocolestase e elevação de Lípase > 3 vezes o limite superior da normalidade. Ecograficamente com lama biliar. Assim, perante os achados, estamos perante um quadro de pancreatite aguda de etiologia biliar provável. Assim, a primeira medida a realizar nestes doentes é hidratação vigorosa e vigilância clínica.

Restantes alíneas:

A - Doente sem critérios clínicos para colecistite aguda. Apesar de ter uma pancreatite aguda motivada por litíase biliar, a doente não tem indicação para colecistectomia urgente. Deverá realizar colecistectomia laparoscópica depois de resolvido o quadro pancreático agudo (cerca de 4 semanas após) para evicção de novos episódios de pancreatite aguda.

B - A antibioterapia não está indicada na pancreatite aguda não complicada/não infetada. Além disso, apesar de existir um padrão de citocolestase presente, associado a elevação de parâmetros inflamatórios, a doente não cumpre critérios de colangite aguda associada a pancreatite. Assim, não existe indicação para antibioterapia.

C - Doente sem indicação para colocação de sonda-nasogástrica – sem vômitos incoercíveis, sem quadro oclusivo, etc. Deverá apenas realizar fluidoterapia.

E - A CPRE não está indicada por rotina em doentes com pancreatite aguda biliar. Deverá ser realizada neste contexto se estivermos perante uma colangite aguda e uma pancreatite aguda simultaneamente ou se pancreatite aguda com cálculo litiásico a obstruir o ducto biliar principal.

PERGUNTA 145

Um homem de 50 anos é trazido ao serviço de urgência por ter deglutido uma lâmina de barbear. Está acompanhado por dois guardas prisionais, visto estar detido preventivamente em contexto de homicídio tentado. Apresenta-se pouco colaborante, mantendo-se em mutismo a maioria do tempo. Segundo informação facultada pelos guardas, o utente terá engolido a lâmina após medida disciplinar aplicada por comportamento agressivo para com outro recluso, verbalizando em seguida: Agora têm de me levar ao hospital, toca a andar...>> Apesar da resistência a entrevista acerca dos eventos desse dia, acaba por descrever alguns elementos em relação à sua história de vida. A mãe teria perturbação psicótica e o doente descreve ter sido vítima de abuso verbal e físico por parte da madrasta, com quem passava o fim de semana após o divórcio dos pais. Apesar disso, descreve bom desempenho escolar, com notas elevadas. Chegou a frequentar o ensino superior, que não completou. Reporta ainda a ocorrência de problemas com a justiça desde a adolescência, tendo cumprido penas de prisão efetiva em duas ocasiões, por motivos que não esclarece. Antecedentes médicos de traumatismo toracoabdominal em contexto desportivo na infância, com necessidade de internamento durante três meses. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes fatores de risco contribuiu com maior probabilidade para o desenvolvimento das características de personalidade apresentadas pelo doente?

- A. Abandono do ensino superior
- B. Abuso físico
- C. Divórcio parental
- D. História familiar de psicose
- E. Internamento prolongado

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: Abuso físico

A vinheta descreve um caso clínico de um homem de 50 anos que se encontra internado preventivamente, após ter cometido um crime grave (homicídio na forma tentada), e que apresenta alterações de comportamento sugestivas de uma personalidade de cluster B. Não existindo informação clínica exaustiva, parece-me que o examinador pretende retratar uma perturbação de personalidade antisocial (PPAS), mais do que uma personalidade emocionalmente instável/borderline, atendendo à ênfase que coloca no passado violento e criminalidade. Transparece ao longo da vinheta clínica uma indiferença em relação aos sentimentos dos outros, associado a comportamentos de manipulação e de ofensas violentas, impulsividade, dificuldade em aprender de experiências prévias e o histórico de perturbação de conduta desde a adolescência.

O examinador pergunta qual dos fatores de risco pode ter tido um maior papel na etiopatogénese da personalidade do doente. No que diz respeito à etiologia das perturbações de personalidade antisociais, a genética e as experiências precoces na vida são dos fatores mais importantes. As experiências precoces adversas incluem, mas não são limitadas à experiência de abuso físico na infância (incluem a negligência, abuso sexual, abuso verbal, entre outros). Efetivamente, o abuso físico na infância é um fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento da PPAS (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31079021/>). Por isso concordo com a resposta B. Porém, desde há muito que se conhece a associação entre o divórcio parental e a delinquência nos jovens, bem como no risco para o desenvolvimento de PPAS, como é aliás substanciado no livro de referência para o exame, na página 406 (etiologia da PPAS): "Not all separated children are affected adversely, and the effects of separation depend on many factors, including the child's age, the previous relationship with the mother and father, and the reasons for separation. Rutter (1972) showed that parental martial disharmony partly accounts for the association between separation and antisocial disorder in sons."

Tendo que escolher entre a opção B ("Abuso físico") e a opção C ("Divórcio Parental") relativamente ao risco de desenvolvimento de PPAS, em abstrato, parece-me que uma situação de abuso físico tem um maior potencial patoplástico e confere um maior risco, do que um divórcio parental (cujas consequências psicopatológicas podem ser minimizadas, com intervenções específicas). No entanto, na situação em concreto, temos um indivíduo, filho de uma mãe com uma perturbação psicótica que se viria a divorciar, não sabemos com que idade. Não sabemos se posteriormente foi institucionalizado (?), se viveu aos cuidados da mãe "solteira", ou do pai "solteiro", em guarda partilhada. Não sabemos a extensão da ferida psicopatológica provocada pelo divórcio. Sabemos que passou os fins-de-semana com uma madrasta, mas com quem vivia durante a semana? E que esta madrasta foi responsável pelo abuso verbal e físico. O que foi mais deletério neste caso e pode ter contribuído para o desenvolvimento de PPAS? O divórcio parental e privação decorrente?

Os abusos ao fim-de-semana pela madrasta? Não creio que tenhamos informação suficiente para responder, pelo que na minha opinião a resposta C devia ser considerada igualmente como correta.

Restantes alíneas:

A - Abandono do ensino superior

O abandono do ensino superior não é um fator de risco relevante para o desenvolvimento de perturbação de personalidade – numa relação inversa, traços de uma perturbação de personalidade podem ser um fator de risco para o abandono precoce do ensino superior.

D - História familiar de psicose

A história familiar de psicose está por vezes presente nas personalidades do Cluster A, mas não é em si mesmo um fator de risco relevante nas personalidades do Cluster B, como no presente caso clínico.

E - Internamento prolongado.

O internamento prolongado não é um fator de risco relevante para o desenvolvimento de perturbação de personalidade.

PERGUNTA 146

Uma mulher de 44 anos é observada em consulta de vigilância. Pretende iniciar método contraceptivo não definitivo. É enfermeira e trabalha por turnos. Os antecedentes ginecológicos e obstétricos incluem ciclos menstruais regulares de 35 a 40 dias, cataménios de 8 dias, gesta 3, para 3 (três partos eutócicos sem intercorrências, há 20, 18 e 10 anos). É fumadora de 8 UMA desde há 10 anos. Os antecedentes familiares incluem cancro da mama (avó paterna, aos 70 anos). Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 124/76 mm Hg. Ela tem 159 cm de altura e pesa 52 kg; IMC 21 kg/m². O exame físico, incluindo o ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A ecografia pélvica transvaginal revela útero normal, endométrio proliferativo com 8 mm de espessura e presença de cisto simples com 12 mm de diâmetro no ovário direito. Os exames de rastreio do cancro do colo do útero assim como a ecografia mamária encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes métodos contraceptivos é o mais adequado para esta mulher?

- A. Anel vaginal
- B. Diafragma com espermicida
- C. Dispositivo intrauterino com cobre
- D. Dispositivo intrauterino com levonorgestrel
- E. Pílula combinada

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: A resposta correta a este caso clínico é "Dispositivo intrauterino com levonorgestrel". Atendendo à idade da doente e ao facto de esta ser fumadora, devemos excluir os métodos contraceptivos com estrogénio (pílula combinada e anel vaginal). O dispositivo intrauterino com cobre também não deverá ser uma opção perante uma mulher com cataménios abundantes já que com grande probabilidade aumentará o fluxo. O diafragma com espermicida tem uma taxa de falha significativamente superior a todos os outros.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 147

Uma mulher de 50 anos vem à consulta para avaliação de diagnóstico recente de miocardiopatia hipertrófica familiar. Mostra um ecocardiograma que revela hipertrofia assimétrica do septo interventricular e espessura do ventrículo esquerdo de 19 mm. A doente refere cansaço, dispneia e palpitações ocasionais desde há cinco anos. A história médica revela hipertensão arterial e dislipidemia. A medicação habitual inclui ramipril, hidroclorotiazida e rosuvastatina. Tem antecedentes familiares de morte súbita (mãe e tio). Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 154/56 mm Hg. Ao exame físico apresenta um sopro sistólico de ejeção no foco aórtico. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes fatores confere maior risco de morte súbita nesta doente?

- A. Espessura do ventrículo esquerdo
- B. História familiar
- C. Presença de palpitações
- D. Presença do sopro sistólico
- E. Valor da pressão arterial

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correta: História familiar- fator de risco major de morte súbita cardíaca na cardiomiopatia hipertrófica (a par de síncope, taquicardia ventricular não sustentada espontânea, espessura do ventrículo esquerdo > 30mm e resposta anormal da pressão arterial ao esforço).

Restantes alíneas:

A - Espessura do ventrículo esquerdo- O risco de morte súbita cardíaca na miocardiopatia hipertrófica (HCM) é calculado com base num índice prognóstico validado (HCM risk-SCD segundo as guidelines da European society of Cardiology 2014). No modelo de HCM risk-SCD existe uma relação não linear entre o risco de morte súbita cardíaca e a espessura máxima da parede do ventrículo esquerdo. Uma espessura > 30mm é considerado fator de risco major para morte súbita cardíaca.

C - Presença de palpitações- sintoma inespecífico e isoladamente não determina o risco de morte súbita cardíaca.

D - Presença do sopro sistólico- a cardiopatia hipertrófica frequentemente se associada a obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo, originando um gradiente de pressão dinâmico a este nível que deve ser quantificado, sendo usado na ferramenta de cálculo de risco de morte súbita cardíaca da HCM. No entanto, não é um dos fatores de risco major.

E - Valor da pressão arterial- a pressão arterial apenas tem valor prognóstico em contexto de esforço (definido como subida < 20mmHg com o pico do esforço ou redução > 20mmHg do pico de pressão), e tem maior valor prognóstico em doentes com menos de 40 anos.

PERGUNTA 148

Um lactente de 6 meses é trazido ao consultório médico para consulta de vigilância. Na avaliação da pega em objetos Não se senta sem apoio e não aponta com o indicador. Apresenta estrabismo intermitente em posições extremas do olhar. Tem sorriso social e balbucia ao contacto com a mãe. Não distingue os familiares dos estranhos.

Qual dos seguintes é um sinal de alarme relativamente ao desenvolvimento psicomotor nesta criança?

- A. Apresentar estrabismo intermitente
- B. Não apontar com o indicador
- C. Não distinguir familiares de estranhos
- D. Não olhar e não pegar em objetos
- E. Não se sentar sem apoio

Chave oficial: D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correta: Não olhar e não pegar em objetos Verdadeiro. É sinal de alarme aos 6 meses.

Restantes alíneas:

A - Apresentar estrabismo intermitente

Falso. É sinal de alarme aos 9 meses.

B - Não apontar com o indicador.

Falso. É sinal de alarme aos 15 meses.

C - Não distinguir familiares de estranhos

Falso. É sinal de alarme aos 9 meses.

E - Não se sentar sem apoio.

Falso. É sinal de alarme aos 9 meses.

PERGUNTA 149

Uma mulher de 80 anos vem à consulta por «<inchaço das pernas» desde há duas semanas, que se acentua ao longo do dia. Tem história de insuficiência cardíaca e de hipertensão arterial. Está medicada com lisinopril e furosemida. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 110/60 mm Hg. Ao exame físico a auscultação pulmonar revela sons respiratórios presentes e simétricos, com diminuição nas bases bilateralmente e percussão com macicez na mesma região. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico mitral de grau III/VI. Observa-se edemas depressíveis nos membros inferiores.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina: 1 mg/dL

Ureia: 40 mg/dL

AST: 23 U/L

ALT: 25 U/L

Glicemia: 99 U/L

Albumina: 4 g/dL

Sangue

Hemoglobina: 13 g/dL

Leucócitos: 6 100/mm³

Qual das seguintes alternativas melhor explica os edemas apresentados?

- A. Alteração da pressão oncótica
- B. Insuficiência hepática
- C. Insuficiência renal
- D. Pressão hidrostática arterial alterada
- E. Pressão hidrostática venosa alterada

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Pressão hidrostática venosa alterada - Este caso clínico apresenta uma doente hipervolémica (edema) de provável origem cardíaca (historial de insuficiência cardíaca, derrame pleural e edema depressível e bilateral nos membros inferiores, vespertino). Neste contexto, a fisiopatologia do edema é atribuída às pressões de enchimento aumentadas do coração insuficiente, o que cursa com pressões venosas hidrostáticas aumentadas (alínea E). A alteração da pressão oncótica (A) é uma causa de edema presente por exemplo em doentes com síndrome nefrótica ou hipoalbuminemia por insuficiência hepática (B) (não é o caso desta doente com albumina normal); A insuficiência renal (C) também pode ser uma causa de hipervolemia, mas esta doente tem creatinina plasmática normal. A pressão hidrostática arterial aumentada (D) também pode ser causa de edema, a ser considerado particularmente em doentes que fazem medicação vasodilatadora, como os bloqueadores de canais de cálcio, o que esta doente não faz.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação da alínea correta.

PERGUNTA 150

Uma menina de 7 anos é trazida ao serviço de urgência por edema palpebral do olho esquerdo, associado a febre alta e cefaleia, com dois dias de evolução. Ela tem antecedentes de rinite, medicada com mometasona nasal diária. Ao exame físico apresenta-se queixosa, febril e com cefaleia frontal. Observa-se edema e rubor periorbitário do olho esquerdo, com movimentos oculares dolorosos sem proptose. É notada lesão sugestiva de picada de inseto periocular esquerda; o exame neurológico é de difícil valorização por não colaboração da doente.

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

- A. Iniciar amoxicilina + ácido clavulânico oral
- B. Iniciar anti-histamínico e prednisolona oral
- C. Iniciar ceftriaxona endovenosa
- D. Realizar radiografia dos seios perinasais
- E. Realizar TC das órbitas e seios perinasais

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correta: Realizar TC das órbitas e seios perinasais - Trata-se de uma celulite orbitária. Pela suspeita de envolvimento pós-septal, deverá ser realizada TC das órbitas e seios perinasais para avaliar a extensão da celulite. É o exame de imagem de primeira linha.

Restantes alíneas:

A - Iniciar amoxicilina + ácido clavulânico oral.

Falso. O mais provável é tratar-se de celulite pós-septal (febre, cefaleia, dor ocular) pelo que a antibioticoterapia deverá ser endovenosa e não oral.

B - Iniciar anti-histamínico e prednisolona oral

Falso. O mais provável é tratar-se de celulite pós-septal (febre, cefaleia, dor ocular) pelo que a antibioticoterapia é o tratamento indicado. Os anti-histamínicos e os corticoides não são indicados para o tratamento da celulite pós-septal.

C - Iniciar ceftriaxona endovenosa.

Falso. O antibiótico de primeira linha na celulite pós-septal é amoxicilina+ácido clavulânico EV.

D - Realizar radiografia dos seios perinasais.

Falso. Sem indicação para avaliar a extensão da celulite.