

Parte II

PERGUNTA 76

Uma mulher de 47 anos vem à consulta hospitalar para estudo de pico monoclonal em eletroforese de proteínas. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 64/min e pressão arterial 100/60 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 55 kg; IMC 20 kg/m². O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Creatinina Cálcio total 1,0 mg/dL 20 mg/dL Imunoglobulinas IgA IgG IgM 2 200 mg/dL 1 300 mg/dL 250 mg/dL Sangue Hemoglobina Leucócitos Neutrófilos, segmentados Linfócitos Plaquetas 12,8 g/dL 5 300/mm³ 59 % 31 % 212 × 10⁹/L Urina Cadeias leves Negativo A imunofixação sérica é positiva para IgA e K. O medulograma revela 8 % de plasmócitos clonais. O raio-X do esqueleto não apresenta lesões líticas. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Doença das cadeias pesadas
- B. Gajapatia monoclonal de significado indeterminado
- C. Linfoma indolente com gamapatia monoclonal associada
- D. Mieloma indolente
- E. Mieloma sintomático

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Gajapatia monoclonal de significado indeterminado

Trata-se de uma doente com gamapatia monoclonal IgA kappa e mielograma a revelar 8% de plasmócitos, cujo estudo adicional exclui os critérios CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões líticas). Assim, o diagnóstico mais provável é (B) Gamapatia monoclonal de significado indeterminado.

Restantes alíneas:

A - Tal como o nome indica, a doença das cadeias pesadas não cursa com excesso de cadeias leves. Ora, esta doente apresenta restrição K, pelo que este não é o diagnóstico mais provável.

C - O linfoma indolente é um diagnóstico a considerar. No entanto, a vinheta clínica não refere a identificação de quaisquer adenopatias, organomegalias ou leucocitose, sendo pouco provável este diagnóstico.

D- Dada a ausência de $\geq 10\%$ de plasmócitos monoclonais na medula óssea, proteinúria de Bence-Jones ou referência a componente M $\geq 3\text{g/dL}$, não temos critérios para afirmar o diagnóstico de mieloma indolente.

E - Dada a ausência de critérios CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões líticas), exclui-se o diagnóstico de mieloma múltiplo sintomático.

PERGUNTA 77

Um homem de 52 anos vem ao serviço de urgência por queixas de retorragias. Nega outras queixas. Tem antecedentes de tabagismo (20 UMA) e hábitos alcoólicos (168 g/dia). A história médica inclui apendicectomia aos 15 anos e hernioplastia aos 29 anos (hérnia inguinal indireta). Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ao exame físico apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. O exame do tórax e do abdómen não revelou alterações; o toque retal mostrou a presença de sangue na luva.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Fosfatase alcalina 150 UL
 γ -glutamil transferase (GGT) 102 U/L
CEA 0,5 ng/mL [N = 0-5]
CA19.9 29 U/mL [N = 0-37]

Foi solicitada colonoscopia total, que mostrou neoplasia aos 12 cm da margem anal; a biópsia revelou adenocarcinoma do reto moderadamente diferenciado. O estadiamento locorregional por ecografia endorretal é T2N0. A TC torácica, abdominal e pélvica mostra uma lesão nodular hepática sugestiva de metástase no segmento 3 do fígado e a presença de líquido na cavidade peritoneal de moderado volume.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Cintigrafia óssea
- B. Espironolactona
- C. Paracentese para citologia
- D. Quimiorradioterapia
- E. Tratamento cirúrgico

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Paracentese para citologia

Trata-se de homem com consumo excessivo de álcool e tabagismo que se apresenta com retorragias. Os exames complementares permitiram o diagnóstico de ADC do reto (T2N0) com metastização hepática (nódulo único).

Atendendo aos antecedentes de consumo excessivo de álcool e estadiamento locorregional da neoplasia do reto, é fundamental o diagnóstico diferencial da causa de ascite (associada a cirrose hepática com hipertensão portal versus neoplásica).

Restantes alíneas:

A - Cintigrafia óssea

Comentário: Indicada se houver sintomas / suspeita de envolvimento ósseo.

B - Espironolactona

Comentário: Estaria indicado no caso de ascite associada a hipertensão portal.

D - Quimiorradioterapia

Comentário: Na neoplasia do reto T2N0 a cirurgia é a terapêutica standart. Se sinais de mau prognóstico pós-op, deve ser considerada QRT pós-op.

E - Tratamento cirúrgico

Comentário: Na neoplasia do reto T2N0 a abordagem terapêutica indicada é a cirúrgica ou QRT. A presença de metástase única hepática não contraindica a cirurgia. Nestes casos a terapêutica locoregional ou cirúrgica hepática também está indicada. O tratamento da metástase pode depender do tamanho, localização e estado do doente. Na neoplasia do reto t2 n0 a abordagem terapêutica entre cirurgia e QRT neoadjuvante vai depender da localização.

PERGUNTA 78

Um homem de 46 anos vem à consulta por ter diagnóstico de novo de infeção por VIH-1. Está atualmente assintomático. Tem história de consumo de heroína endovenosa, que suspendeu há dois anos.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0.9 mg/dL
Azoto ureico 18 mg/dL
Glucose 109 mg/dL
AST 30 U/L
ALT 40 U/L
Bilirrubina total 0.9 mg/dL

Sangue

Hemoglobina 11.7 g/dL
Hematócrito 39%
VGM 83 fL
HCM 30pg
Leucócitos 3500/mm³
Neutrófilos, segmentados 70%
Linfócitos 15%
Eosinófilos 10%
Monócitos 5%
Basófilos 0%
Plaquetas $100 \times 10^9/L$

A citometria de fluxo revelou: linfócitos T CD4+: 150 células/mm³: linfócitos T CD8+: 750 células/mm³. $TCD4+/T CD8+ = 0.2$.

Qual dos seguintes melhor explica a depleção da contagem das células T CD4+?

- A. Aumento das células T CD8+
- B. Imunoativação celular aberrante
- C. Inibição de citocinas pró-inflamatórias.
- D. Redução da interleucina-7.
- E. Redução da subpopulação das células T-reguladoras.

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Imunoativação celular aberrante.

A mensagem chave desta afirmação é que a infeção por VIH pode causar disfunção global do sistema imunitário, quer inato ou adaptativo. Portanto, alterações isoladas de uma ou outra célula ou interleucina, por si só não são suficientes para explicar a depleção de CD4+. As alterações que ocorrem nas células T CD4+ causadas pela infeção por VIH irão afetar todo o sistema imunitário, culminando num processo inflamatório crónico com imunoativação excessiva, mas desregulada e ineficaz ("aberrante"), promovendo não a resolução da infeção, mas sim a replicação viral contínua e destruição progressiva das células TCD4+.

Restantes alíneas:

A - Aumento das células T CD8+

Comentário: A disfunção global do sistema imune causada pela infeção por VIH é o que justifica a depleção de contagem de CD4+. O aumento, ativação ou disfunção das células TCD8+ é mais uma das consequências da imunoativação aberrante. As células T CD4+ produzem interleucinas que regulam atividade das células T CD8+.

C - Inibição de citocinas pró-inflamatórias.

Comentário: Na infeção por VIH, a imunomodulação aberrante do sistema imunitário favorece a produção de citocinas pró-inflamatórias como por exemplo IL-6 e INF, entre outras, promovendo um processo inflamatório crónico.

D - Redução da interleucina-7.

Comentário: Estudos têm mostrado aumento IL-7 sérico nos doentes com infeção por VIH e pensa-se que possa promover a replicação viral e influenciar o tropismo por recetores celulares de VIH.

E - Redução da subpopulação das células T-reguladoras.

Comentário: São uma subpopulação de células T CD4+, podem ser infetadas por VIH que causa não apenas alterações quantitativas, mas também qualitativas em termos de fenótipo e função celular. Isto pode contribuir, mas não é o único fator que justifica a depleção de células TCD4+.

PERGUNTA 79

Uma mulher de 39 anos vem ao serviço de urgência por letargia, fraqueza, edema intermitente do tornozelo, artralgias e febre baixa com três semanas de evolução. Ela teve ainda múltiplos episódios de náuseas, vômitos e diarreia durante os últimos dias. Ela tem antecedentes de lúpus eritematoso sistêmico, com diagnóstico desde há seis meses. Nessa altura, a doente iniciou uma dose levada de prednisolona, recentemente titulada, para 5 mg diários. Refere amenorreia, e não está sexualmente ativa. Os sinais vitais são temperatura 38.4°C, frequência cardíaca 88/min, frequência respiratória L/min e pressão arterial 92/70 mm Hg. O exame físico revela uma mulher com aparência de doente crónica, sem distress agudo, e sem hábito cushingoide óbvio. O pescoço é flexível. Os fundos oculares encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A auscultação cardíaca mostra ritmo regular, sem sopros, e a auscultação pulmonar revela crepitações bibasais. O abdómen apresenta discreta sensibilidade difusa. Existem sinais de úlceras cicatrizadas na região pré-tibial, bilateralmente. O exame neurológico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 4,2 mg/dL
Ureia 75 mg/dl. [N - 10-40 mg/d]
Glucose 178 mg/dl.
Sódio 132 mEq/l.
Potássio 5,5 mEq/L.
Cloro 102 mEq/L.
Bicarbonato 19 mEq/L

Sangue

Hemoglobina 9 g/dL
Hematócrito 27%
VGM 83 fL
Leucócitos 12 500 /mm³
Plaquetas 80 x 10⁹/L

Urina

Densidade 1010
Glucose Negativo
Proteínas 2+
Sangue 2+
Cetonas 2+
Esterase leucocitária 1+

Nitritos Negativo
Sódio 10 mEq/L

O exame microscópico de urina revela um elevado número de cilindros hialinos e ocasionalmente cilindros de eritrócitos.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Administração de insulina.
- B. Aumento da dose de prednisolona.
- C. Início de medicação com ciprofloxacina.
- D. Punção lombar para exame do fluido cefalorraquidiano.
- E. Realização de ecografia renal.

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Aumento da dose de prednisolona

Quadro clínico sugestivo de "flare" lúpico em doente com diagnóstico recente de lúpus eritematoso sistémico a fazer desmame de corticoterapia. Apresentação com envolvimento multissistémico, sendo de se destacar a presença de lesão renal com evolução aguda até prova em contrário (doente sem história prévia de doença renal, e sem valores prévios de creatinina para comparação). Lesão renal aguda mais provavelmente em contexto de nefrite lúpica, sendo o sedimento urinário sugestivo de lesão glomerular. A grande preocupação reside no risco de evolução com lesão renal rapidamente progressiva culminando em falência renal. Neste sentido o início precoce de terapêutica é fundamental, havendo indicação para aumento de dose de corticoide e até mesmo considerar corticoterapia em alta dose.

Restantes alíneas:

A - Administração de insulina

Comentário: A hiperglicemia pode ser consequente à corticoterapia prolongada. A doente apresenta glicémia de 178 mg/dL, um valor que não implica insulinoterapia urgente e, portanto, não é o próximo passo mais adequado.

C - Início de medicação com ciprofloxacina.

Comentário: Febre em doente com lúpus eritematoso sistémico pode ter múltiplas causas, inclusive o próprio "flare" lúpico, que pela apresentação clínica parece ser o mais provável nesta doente. A evolução é prolongada (3 semanas, febre baixa), a doente não tem sinais inequívocos de focalização infecciosa nem cumpre critérios de sépsis. Portanto, não parece de momento haver critério urgente para início de

antibioterapia, podendo-se reavaliar esta decisão mediante a evolução clínica e resultados de exames complementares.

D - Punção lombar para exame do fluido cerebrospinal

Comentário: Não parece ser a o próximo passo mais adequado nesta doente uma vez que não apresenta alterações neurológicas, não tem rigidez da nuca e o exame do fundo ocular é normal.

E - Realização de ecografia renal

Comentário: Doente com disfunção renal em contexto mais provável de nefrite lúpica. A ecografia renal pode estar indicada, mas não é o passo mais urgente. A sua realização pode ser demorada o que poderá atrasar a instituição de tratamento adequado.

PERGUNTA 80

Um homem de 55 anos vem ao consultório médico por dor na região gemelar direita quando anda a pé desde há dois meses. Ele suspeita de ter feito uma «rotura muscular» quando, por essa altura, andou a fazer mudança de casa. O tempo ou a distância de marcha até ter dor têm sido variáveis, aparecendo mais cedo em subidas. No entanto, subir os três lanços de escadas para chegar a casa não lhe causa incómodo. A história médica revela obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia. A medicação habitual inclui irbesartan, atorvastatina e ácido acetilsalicílico. É fumador (20 UMA) e refere hábitos etílicos de cerca de 56 g por dia desde há 20 anos. Os sinais vitais são temperatura 34°C, frequência respiratória 20 min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 132/20 mm Hg. Ele tem 174 cm de altura e pesa 106 kg. IMC 35 kg/m². Ao exame físico apresenta distribuição normal de faneras. A palpação da região gemelar de ambos os membros inferiores, não mostra alterações. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos realizados há três meses revelaram:

Soro

Creatinina 1.1 mg/dL
Colesterol
 Total 200mg/dL
 HDL 40mg/dL
 LDL 120mg/dL
Triglicerídeos 200mg/dL

Sangue

Hemoglobina 15.3 g/dL

Qual das seguintes alternativas é a mais adequada para o estudo desta situação clínica, no consultório ?

- A. Auscultação das artérias dos membros inferiores
- B. Avaliação do índice tornozelo-braço
- C. Medicação da pressão arterial (doppler) no terço inferior da perna
- D. Realização da prova de marcha no gabinete para desencadear a dor
- E. Ultrassonografia triplex

Área de conhecimento: Cirurgia Vascular

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Avaliação do índice tornozelo-braço

O caso clínico apresentado descreve um quadro típico de claudicação intermitente, num doente com múltiplos factores de risco. As guidelines atuais indicam que a medição do Índice Tornezelo-Braço está indicada como teste não invasivo de primeira linha para o rastreio e diagnóstico de Doença Arterial Periférica (DAP) dos membros inferiores, pelo que deveria ser o primeiro exame a realizar no consultório.

Restantes alíneas:

A - Auscultação das artérias dos membros inferiores.

Comentário: A auscultação das artérias dos membros inferiores pode detectar estenoses, no entanto, não é recomendada como 1ª linha para rastreio e/ou diagnóstico de doença arterial periférica.

C - Medição da pressão arterial (doppler) no terço inferior da perna

Comentário: A medição da pressão segmentar tem alguma utilidade na identificação da porção envolvida, no entanto, não é o exame de 1ª linha a ser realizado.

D - Realização da prova de marcha no gabinete para desencadear a dor.

Comentário: Apesar dos sintomas serem provocados pelo exercício físico, na presença de queixas e de factores de risco não é necessário reproduzir os sintomas para efetuar o diagnóstico. O rastreio e o diagnóstico é sim feito através de um índice tornozelo-braço < 0.9.

E - Ultrassonografia triplex.

Comentário: A realização de exame de imagem, nomeadamente de ecodoppler é importante em doentes já diagnosticados com DAP, permitindo a localização das lesões.

PERGUNTA 81

Um homem de 65 anos vem à consulta de medicina geral e familiar para mostrar os resultados de estudo analítico e de ecografia abdominal. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2 a doença pulmonar obstrutiva crónica. E fumador de 40 UMA desde os 25 anos. Os sinais vitais são temperatura 36.5°C, frequência respiratória 16min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 133/76 mmHg. Ele tem 168 cm de altura e pesa 68 kg. IMC24 kg/m². O exame físico do abdómen revelou discreta dor à palpação do flanco esquerdo. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Creatinina Azoto urcico PSA total Sangue Hemoglobina 0,98 mg/dl. 41 mg/dl 3,2 mg/mL. [N < 4] 15.5 g/dL A ecografia abdominal realizada em ambulatório mostra uma massa no polo inferior do rim esquerdo, com cerca de 3 cm de maior diâmetro. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Angiografia digital.
- B. Biópsia renal.
- C. PET
- D. RM renal
- E. TC toracoabdominal.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: TC toracoabdominal – o mais adequado, menos invasivo e mais disponível. Tem função renal normal, está estável, o nódulo é pequeno. E é fumador, o que pode justificar uma TC torácica.

PERGUNTA 82

Uma mulher de 44 anos, enfermeira, vem ao serviço de urgência 60 minutos após picada acidental com uma agulha no dedo indicador esquerdo. A agulha tinha sido usada para retirar sangue de um doente com pneumonia por *Pneumocystis* e hepatite, de tipo desconhecido. A enfermeira refere ter feito a vacina contra a hepatite B há três anos e que os testes previamente realizados para anticorpos contra a hepatite B têm estado negativos. Fez a vacina contra o tétano há seis anos. Os sinais vitais são temperatura 37.5°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 160/95 mmHg. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade, à exceção de um pequeno ferimento punctiforme não hemorrágico no dedo indicador esquerdo.

Adicionalmente à profilaxia antirretroviral, qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada, neste momento?

- A. Imunoglobulina anti-hepatite B
- B. Penicilina benzatínica
- C. Pentamidina
- D. Trimetoprim-sulfametoxazole
- E. Vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Imunoglobulina anti-hepatite B

O doente em causa será provavelmente imunodeprimido uma vez que tem pneumonia por *Pneumocystis*. Para além do risco de infeção por VIH, trata-se de uma exposição de risco para vírus de hepatite, sendo que deve ser considerado, entre outros, o risco de infeção por vírus de hepatite B (a fonte "tem hepatite de tipo desconhecido"). Deve-se assumir que tenha AgHbs positivo até prova em contrário. A enfermeira em causa, apesar de vacinação prévia contra hepatite B, tem serologia prévia com anticorpos contra VHB negativos, devendo-se assumir que não tenha imunidade protetora contra hepatite B (até prova em contrário). Sendo assim e não dispondo de mais informações a opção terapêutica mais adequada neste momento é a administração de imunoglobulina anti-hepatite B. Idealmente também deveria ser novamente vacinada contra hepatite B e a primeira dose da mesma ser simultânea com a Ig em locais anatómicos diferentes. Contudo, a vacina contra hepatite B é inativada e por isso pode ser administrada após a imunoglobulina.

Restantes alíneas:

B - Penicilina benzatínica

Comentário: Antibioterapia não está indicada por rotina na profilaxia pós exposição ocupacional, A avaliação deve ser feita caso a caso, mediante risco. A fonte não tem qualquer referência a outra infecção (ex. sífilis), podendo-se aguardar pelos resultados laboratoriais.

C - Pentamidina

Comentário: Não indicada por rotina na profilaxia pós exposição não ocupacional. A pneumocistose é uma doença oportunista e ocorre em doentes imunocomprometidos. Sendo a enfermeira imunocompetente não tem risco acrescido para pneumocistose nem indicação para pentamidina.

D - Trimetoprim-sulfametoxazole

Comentário: A pneumocistose é uma doença oportunista, ocorrendo em doentes imunocomprometidos. Sendo a enfermeira imunocompetente não tem risco acrescido para pneumocistose e não tem indicação para este fármaco.

E - Vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa.

Comentário: Sem indicação. A enfermeira fez a vacina contra tétano há 6 anos (menos de 10 anos), portanto está atualizada segundo o PNV.

PERGUNTA 83

Uma mulher de 48 anos vem ao consultório médico para exame periódico de vigilância. Expressa preocupação pela sua incapacidade em perder peso, apesar de ter feito medicação múltipla e dieta especializada recomendada pela nutricionista. Refere ter feito caminhadas diariamente de 30 minutos nos últimos três meses, mas suspendeu há um mês pelo agravamento da dor no joelho direito, assim como pela dificuldade em respirar durante o esforço. A história médica revela hipertensão arterial, dislipidemia, osteoartrose, diabetes mellitus tipo 2 e retinopatia diabética proliferativa, para a qual fez cirurgia laser no olho esquerdo há três meses. A medicação habitual inclui metformina, losartan, sinvastatina, amlodipina e paracetamol. Nega consumo de tabaco ou álcool. Tem um trabalho sedentário. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 92/min e pressão arterial 140/90 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 109 kg, IMC 40 kg/m². Não perdeu peso desde a última visita. A auscultação pulmonar revela diminuição dos sons respiratórios

bilateralmente. Existe edema das extremidades inferiores (2+). O exame dos joelhos mostra crepitação articular bilateral e diminuição da mobilidade passiva à direita, com dor severa à mobilização ativa do joelho direito. A doente pergunta o que pode ser feito para ajudar a perder peso e melhorar o seu estado de saúde.

Qual das seguintes é a recomendação mais adequada?

- A. Iniciar sertralina e encorajar a manter o regime de dieta
- B. Recomendar um ginásio para se envolver num programa de perda de peso
- C. Referenciar a consulta de cirurgia para avaliação de indicação para cirurgia bariátrica
- D. Referenciar a um osteopata para terapia da dor do joelho
- E. Referenciar a uma consulta de nutrição para rever o plano de dieta

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Referenciar a consulta de cirurgia para avaliação de indicação para cirurgia bariátrica. A cirurgia bariátrica é uma das opções no tratamento da obesidade, estando reservada para uma segunda fase. Pode levar a uma perda de peso até 40%, com melhor manutenção da perda de peso e melhoria de comorbilidades (diabetes, hta, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono) relativamente a opções não cirúrgicas. As cirurgias mais usadas são o bypass gástrico em Y de Roux, a derivação biliopancreática com switch duodenal e a gastrectomia em sleeve. Candidatos a cirurgia bariátrica incluem adultos e adolescentes com um IMC ≥ 40 kg/m² ou 35-39.9 kg/m² com pelo menos uma comorbilidade grave e que não atingiram os objetivos de perda de peso com recurso a dieta especializada, exercício e farmacoterapia. Neste caso temos uma mulher que já adotou medidas nutricionais (dieta especializada por nutricionista), exercício (adequado) e terapêutica médica (que assumimos adequada), sem sucesso terapêutico. Assim sendo, uma mulher com IMC de 40 e com comorbilidades graves associadas a obesidade (HTA, DM, dislipidemia), certamente beneficiará de uma referência cirúrgica. Importa realçar que existem também dispositivos (banda gástrica, bloqueio nervo vago, balões intra-gástricos, etc) que podem ser usados, mas que não integram classicamente o termo de cirurgia bariátrica.

Candidatos a cirurgia bariátrica incluem adultos/adolescentes que não atingiram os objetivos de perda de peso com recurso a dieta especializada, exercício e farmacoterapia e que têm um IMC ≥ 40 kg/m² ou entre 35-39.9 kg/m² + ≥ 1 comorbilidade grave.

Restantes alíneas:

A - Iniciar sertralina e encorajar a manter o regime de dieta

Comentário: A farmacoterapia é uma das opções no tratamento da obesidade, devendo ser considerada para doentes que não atingiram os objetivos da perda de peso (5% peso em 3-6 meses) com recurso a dieta especializada e exercício e que têm um IMC > 30 kg/m² ou entre 27-29.9 kg/m² + ≥1 comorbilidade. Existem vários fármacos aprovados para este fim, que devem ser individualizados às preferências do doente, sendo a monoterapia com agonistas do GLP1 frequentemente a primeira linha. Outros fármacos aprovados para o tratamento da obesidade são o orlistat, fentermina-topiramato, naltrexona-bupropion. Apesar de alguns antidepressivos atípicos (bupropion) fazerem parte de esquemas terapêuticos para o tratamento da obesidade, a sertralina (SSRI) não se encontra aprovada para este fim. Estima-se ter um efeito relativamente neutro no peso: ganho em média de 1.5 kg, semelhante ao placebo. Adicionalmente esta mulher já experimentou múltiplas farmacoterapias para a perda de peso, que assumimos adequadas, pelo que esta não é a resposta correta.

B - Recomendar um ginásio para se envolver num programa de perda de peso

Comentário: A prática de exercício físico é um dos componentes das medidas de estilo de vida no tratamento da obesidade. Apesar de ser menos eficaz do que a restrição calórica (dieta) na promoção da perda de peso, a atividade física é um forte preditor da manutenção da perda sustentada de peso, prevenindo a perda de massa magra. Os objetivos da atividade física nestes doentes são a prática de pelo menos 30 minutos, 5-7 dias por semana (que esta cumpriu), devendo incluir exercício aeróbico e de resistência. Esta mulher tem provavelmente uma agudização da sua doença de base no joelho (artrose), o que está a limitar a prática de exercício físico. Assim sendo, e dado o efeito modesto do exercício na perda de peso e da falha da farmacoterapia, outra opção é mais adequada.

D - Referenciar a um osteopata para terapia da dor do joelho

Comentário: Em primeiro lugar importa salientar que medicina osteopática e osteopatia são conceitos diferentes, uma vez que nos estados unidos, onde a primeira é praticada, a medicina osteopática é praticamente indistinguível da medicina dita tradicional. No entanto, fora dos USA, a osteopatia é frequentemente considerada uma forma de medicina alternativa com ênfase na manipulação física dos ossos, tendões e tecido muscular do corpo. A evidência para esta prática na patologia musculo esquelética (sobretudo lombalgias e cefaleias de tensão) é bastante limitada e de baixa qualidade, tendo sempre de ser pesados os potenciais riscos associados à manipulação. Mesmo melhorando o estado funcional da doente de modo a permitir a prática de exercício físico, uma outra hipótese seria mais adequada neste caso.

E - Referenciar a uma consulta de nutrição para rever o plano de dieta

Comentário: A perda de peso está diretamente relacionada com a diferença entre a entrada e os gastos de energia. Se existir um défice calórico (dietas de 800 a

1200 kCal são mais eficazes), certamente existirá uma perda de peso previsível, embora este terá de ser cada vez maior para manter a perda de peso. Preferência a dietas equilibradas (DASH, mediterrânica) são preferidas comparativamente ao foco num só nutriente (dieta pobre em gordura, pobre em carboidratos). Não existe uma dieta apropriada a todas as pessoas, devendo ser individualizada, sendo a adesão o fator mais importante (vs o tipo). Quando a perda de peso for inferior a 5% em 6 meses devemos avançar para o próximo passo. Esta mulher já se encontra sob um plano de nutrição adequado (elaborado por nutricionista), exercício e farmacoterapia, pelo que uma outra medida é mais adequada.

PERGUNTA 84

Uma mulher de 72 anos vem ao consultório médico por astenia e mialgias com uma semana de evolução e febre desde o dia anterior. Refere episódio recente de «grande desgosto», por perda de familiar. Afirma que desde há três semanas interrompeu todos os seus hábitos sociais, toma de café (habitualmente sete por dia) e da medicação. Há cerca de duas semanas, por recomendação de uma vizinha que a achou «muito fraquinha», iniciou a toma de um complexo vitamínico B, incluindo folato (B9). A história médica revela diabetes mellitus medicada com dose baixa de insulina de ação lenta à noite e anemia macrocítica de que não sabe mais detalhes. Os sinais vitais são temperatura 38°C. frequência cardíaca 80/ min e pressão arterial 120/70mm Hg. Ao exame físico apresenta-se lúcida e colaborante, hidratada. A palpação muscular esquelética é ligeiramente dolorosa. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Creatinina Glucose Sódio Potássio Cloro Cálcio Magnésio 0.9 mg/dL 172 mg/dL 138 mEq/L 3.0 mEq/L 100 mEq/L 9.0 mg/dL 2.5 mEq/L Sangue Hemoglobina VGM Leucócitos 11.0 g/dL 99 fL 4500/mm³ Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para a hipocaliémia presente nesta doente ?

- A. Administração de folato
- B. Hipermagnémia
- C. Presença de febre
- D. Suspensão de cafeína
- E. Suspensão de insulina.

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Administração de folato - É questionada a causa de hipocalémia ligeira numa doente com astenia, mialgias e febre, que interrompeu hábitos cafeínicos e medicação habitual e iniciou complexo B e ácido fólico. A opção considerada correta é uma de exclusão, já que não corresponde a um problema comum na prática clínica. A hipocalémia não é um efeito lateral relevante da administração de ácido fólico, apesar de existirem referências a que, na anemia magaloblástica, a recuperação da normal hematopoiese pode incorporar potássio e causar hipocalemia.

Restantes alíneas:

B - Hipermagnémia - A hipo (e não a hipermagnesemia) está associada a hipocalemia refratária ao tratamento.

C - Presença de febre - Apesar de não ser uma associação imediata, a febre, pela menor ingestão calórica que geralmente está associada e eventual hiperatividade adrenérgica, podem contribuir para uma redução do potássio sérico. No entanto, se ocorrer tremor, pode igualmente provocar algum grau de rabdomiólise e hipercalémia, portanto o seu efeito sobre o potássio pode não ser consistente.

D - Suspensão de cafeína - Num doente com função renal normal, o café pode ter um efeito diurético e aumentar a eliminação de potássio, portanto seria o consumo, e não a suspensão do café, que poderia ter algum impacto no potássio.

E - Suspensão de insulina - A insulina promove a internalização de potássio nas células, sendo até usada no tratamento da hipercalémia, portanto a suspensão de insulina não tem esse efeito.

PERGUNTA 85

Um homem de 82 anos vem ao consultório médico por tonturas quando se levanta com dois meses de evolução. Refere que as tonturas passam após cerca de 40 segundos. Vive sozinho e é independente em todas as atividades da vida diária. Passa a maior parte do tempo num centro de dia da terceira idade. Afirma não comer nem beber lá, porque prefere a comida e bebida da sua casa. Ele não tem antecedentes pessoais de relevo e não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36.6°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 72/min deitado e 80/min em pé e pressão arterial 120/80 mm Hg deitado e 110/70 mm Hg em pé. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole, depressível e não doloroso à palpação: os ruídos hidroaéreos estão mantidos.

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável dos sintomas do doente?

- A. Acidente isquémico transitório
- B. Doença de Ménière
- C. Hipoglicemia
- D. Hipotensão ortostática
- E. Vertigem benigna posicional

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Hipotensão ortostática

O doente apresenta quadro de tonturas apenas no levantar, com posterior recuperação. Não refere outras situações que causem o quadro de tonturas. Ao exame físico, apresenta queda de 10 mmHg na TA diastólica, apresentando então critérios para hipotensão ortostática.

Restantes alíneas:

A - Acidente isquémico transitório.

Comentário: Os eventos são estereotipados, em grande número, e com clara relação posicional, pouco sugestivos de doença cerebrovascular.

B - Doença de Ménière

Comentário: A doença de Meniere cursa com vertigem, hipoacusia, acufeno e sensação de plenitude auricular. As crises têm duração de vários minutos a horas, sem relação posicional. Desta forma, o quadro é pouco sugestivo desta entidade.

C - Hipoglicemia.

Comentário: Não há indicação do uso de fármacos hipoglicemiantes e a duração do jejum referida não causaria hipoglicemia num indivíduo sem patologia endócrina.

E - Vertigem benigna posicional.

Comentário: A tontura referida é apenas no levantar, não existindo indicação de tontura no deitar ou nos movimentos no leito, que seria também expectável no contexto de VPPB. Além disso, não é descrita nenhuma manobra ao exame físico que corrobore a hipótese de VPPB.

PERGUNTA 86

Um recém-nascido com 5 dias de vida é trazido ao consultório médico por ter sido notada coloração amarelada dos olhos desde há três dias. O parto foi de termo, eutócico, sem complicações, e a gestação decorreu sem intercorrências. Encontra-se sob aleitamento misto, com boa adaptação. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ao exame físico apresenta icterícia.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Bilirrubina

Total 15 mg/dL [N = 2-10]

Direta 0,6 mg/dL [N < 1,5]

Sangue

Hemoglobina 15,1 g/dL [(N = 14,5-22,5]

Hematócrito 45 % [N = 44-75 %]

Reticulócitos 3,0 % [N = 0,5-1,5 %]

O grupo sanguíneo do recém-nascido e da mãe é 0 Rh positivo. O teste de antiglobulina direta (Coombs) foi negativo.

A causa mais provável da icterícia deste recém-nascido é a diminuição da atividade de qual das seguintes enzimas?

- A. Heme oxigenase
- B. Oxidase do urobilinogénio
- C. Oxidase mitocondrial da bilirrubina
- D. Redutase da biliverdina
- E. UDP-glucuronosiltransferase

Chave oficial:E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: UDP-glucuronosiltransferase.

Este recém-nascido apresenta-se com hiperbilirrubinemia não-conjugada aos 5 dias de vida, sem qualquer sinal de alarme na história ou nos restantes exames complementares de diagnóstico. A clearance de bilirrubina no recém-nascido saudável está habitualmente diminuída, sendo a principal causa a imaturidade hepática, nomeadamente por défice da enzima UDP-glucuronosiltransferase, que nesta altura tem cerca de 1% da actividade normal do adulto, sendo este um factor importante na icterícia fisiológica do recém-nascido.

Restantes alíneas:

A - Heme oxigenase

Comentário: Enzima essencial na degradação do heme e produção de bilirrubina; a sua deficiência associa-se a quadros muito graves, com doença hemolítica fetal e morte in utero.

B - Oxidase do urobilinogénio

Comentário: No adulto, a bilirrubina conjugada que é excretada pela bÍlis é reduzida em urobilina e depois em urobilinogénio pelas bactérias intestinais; a oxidação do urobilinogénio é o que dá cor amarela à urina. No recém-nascido o intestino é quase estéril e não ocorre redução bacteriana da bilirrubina conjugada, pelo que quase toda a bilirrubina conjugada é desconjugada pela beta-glucoronidase na mucosa intestinal e reabsorvida, o que se traduz numa maior circulação enterohepática da bilirrubina que também contribui para a icterícia fisiológica do recém-nascido.

C - Oxidase mitocondrial da bilirrubina.

Comentário: A mitocôndria está envolvida nalguns processos de síntese do heme, havendo dois passos que são dependentes de enzimas oxidase (coproporfirinogenio-oxidase e protoporfirinogenio-oxidase), que se associam a porfírias e não estão relacionadas com a icterícia fisiológica do recém-nascido.

D - Redutase da biliverdina

Comentário: A formação de bilirrubina tem dois passos: o primeiro é a catalisação do heme pela enzima heme-oxigenase gerando ferro, monóxido de carbono e biliverdina, e o segundo é a conversão de biliverdina em bilirrubina pela biliverdina redutase. O défice de biliverdina redutase associa-se a maior vulnerabilidade das células ao stress oxidativo, mas não está relacionado com a icterícia fisiológica do recém-nascido.

PERGUNTA 87

Uma menino de 4 anos apresenta início súbito de dificuldade respiratória enquanto estava a brincar com berlindes. Após dois minutos, o menino fica inconsciente, com respiração rápida e superficial. O pai telefona para a linha nacional de emergência (CODU) e pede ajuda. O técnico do CODU indica que vai enviar ajuda especializada.

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

- A. Abrir a boca e extrair corpo estranho, se acessível
- B. Iniciar compressões abdominais
- C. Iniciar compressões torácicas
- D. Iniciar insuflações/ventilação boca-a-boca
- E. Iniciar pancadas interescapulares

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Abrir a boca e extrair corpo estranho, se acessível

Perante uma criança com história sugestiva de obstrução da via aérea (VA) (quadro de dificuldade respiratória de início súbito quando brincava com objeto pequeno), e sendo descrito que a criança está inconsciente, é mandatório iniciar o algoritmo de suporte básico de vida (SBV). É referido que tem respiração rápida e superficial, pelo que na avaliação do A e B, deve-se manter a permeabilidade da VA e ver se há algum corpo estranho na VA, tentando retirá-lo se acharmos possível (mas apenas 1 tentativa). Caso não haja corpo estranho visível então a indicação é proceder às 5 insuflações iniciais do SBV. Relativamente à alínea b, apenas se aplicam compressões abdominais nas crianças caso elas se encontrem conscientes e sempre após as pancadas interescapulares, caso estas últimas não sejam eficazes na expulsão do corpo estranho. Relativamente à alínea c, as compressões torácicas são efetuadas no caso da obstrução da VA em lactentes, quando estes se encontram conscientes e sempre após as pancadas interescapulares, caso estas últimas não sejam eficazes na expulsão do corpo estranho. A alínea d seria o procedimento correto caso na nossa avaliação do A e B, na criança inconsciente, se não houvesse corpo estranho visível e a criança mantivesse uma respiração anormal. As pancadas interescapulares, referidas na alínea e, são o procedimento inicial em crianças com suspeita de VA mas conscientes e com tosse ineficaz (o que não é o caso nesta situação).

Restantes alíneas:

Verificar a justificação completa da resposta correta.

PERGUNTA 88

Uma mulher de 35 anos vem à consulta com o seu médico de família porque pondera contraceção definitiva por laqueação tubária. É casada e operária fabril. Atualmente faz contraceção com sistema intrauterino com levonorgestrel, que lhe provoca hemorragias uterinas irregulares e, por isso, muito transtorno. Os antecedentes obstétricos são gesta 1, para 1 (parto vaginal sem intercorrências aos 23 anos). A história médica revela asma e conização por lesão escamosa de alto grau do colo uterino aos 31 anos. A medicação habitual inclui budesonida + formoterol inalatório. O exame físico, incluindo o ginecológico, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Perante a opção contracetiva desta paciente, qual das seguintes alternativas é a indicação mais adequada ?

- A. Auscultar e considerar a opinião do marido
- B. Desaconselhar devido aos antecedentes médicos da doente
- C. Diferir a decisão por um período mínimo de 12 meses
- D. Explicar o procedimento e as suas consequências
- E. Recomendar que tenha um segundo filho antes do procedimento

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Explicar o procedimento e as suas consequências

Em qualquer situação em que se vai realizar algum procedimento médico, deve sempre explicado o procedimento e as suas consequências, pelo que é a resposta certa. No caso específico da laqueação tubária, o processo de aconselhamento deve incluir informação sobre a irreversibilidade do método.

Restantes alíneas:

A - Auscultar e considerar a opinião do marido

Comentário: A opção de laqueação tubária bilateral é escolha da utente. A opinião do marido não deve influenciar a decisão médica. De notar que em situações em que o parceiro não concorda com a decisão verifica-se uma maior taxa de arrependimento.

B - Desaconselhar devido aos antecedentes médicos da doente

Comentário: Os antecedentes médicos desta utente não são um fator de risco para a realização de laqueação tubária. Segundo os consensos da contraceção, deve ser diferida por razões médicas se TVP agudo, DTG persistente; D. oncológica; DIP, EAM; AVC, Tuberculose, Cirrose Severa (descompensada), Epilepsia não controlada, Transplante de órgãos sólidos < 2 anos.

C - Diferir a decisão por um período mínimo de 12 meses

Comentário: Nas situações em que está indicado diferir a decisão, não há um limite temporal mínimo.

E - Recomendar que tenha um segundo filho antes do procedimento

Comentário: O planeamento familiar é uma decisão que cabe ao casal e, em última análise, à mulher que pretende a laqueação tubária, não sendo o papel do médico recomendar que tenha mais filhos antes de escolher um método definitivo de contraceção. Segundo os consensos da contraceção: "A menor paridade não é um fator associado a maior risco de arrependimento (corrigindo o fator idade, a nuliparidade é fator para menor risco de arrependimento) pelo que não deve determinar o não direito à escolha do método."

PERGUNTA 89

Um homem de 85 anos encontra-se internado desde há duas semanas por um quadro de pneumonia com insuficiência respiratória aguda, a evoluir favoravelmente. Tem antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e diabetes mellitus. A medicação atual inclui insulina, pantoprazol, furosemida, lisinopril e meropenem. Está algaliado e com cateter venoso central na veia jugular direita. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C. frequência respiratória 16min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 150/90 mm Hg. Ao exame físico apresenta bom estado geral com mucosas coradas e hidratadas. Sem sinais inflamatórios no local de inserção dos cateteres. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1.1 mg/dL

Azoto ureico 18 mg/dL

Proteína C reativa 15 mg/L

Sangue

Hemoglobina 9.5 g/dL
Leucócitos 9120/mm³
Plaquetas 125 x 10⁹ /L

Colheu urina (aspeto normal) para urocultura que isolou *Candida albicans*.

Qual das seguintes medidas é a mais adequada na gestão do doente?

- A. Prescrever anfotericina B lipossómica.
- B. Prescrever anidulafungina.
- C. Prescrever fluconazol endovenoso
- D. Prescrever voriconazol endovenoso.
- E. Não são necessárias medidas adicionais.

Chave oficial:E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Não são necessárias medidas adicionais.

O quadro clínico sugere candidúria assintomática num doente algaliado (cateter vesical), tratando-se mais provavelmente de colonização/contaminação. O doente tem tido evolução clínica favorável, sem evidência de doença fúngica. Encontra-se apirético e sem queixas urinárias, tem contagem de leucócitos normal e proteína C reativa baixa e não está proposto para procedimentos urológicos invasivos. Portanto, não tem indicação para terapêutica antifúngica ou outras medidas adicionais de momento, devendo manter vigilância e atuar de acordo com a evolução clínica.

Restantes alíneas:

Assumindo-se tratar de candidúria assintomática, todas as restantes alíneas são falsas, uma vez que o doente em causa não tem indicação para terapêutica antifúngica. O tratamento de candidúria assintomática poderá ser considerado em alguns grupos de risco como por exemplo doentes com neutropenia ou que vão ser submetidos a procedimentos urológicos invasivos, que não correspondem ao caso deste doente.

Bibliografia Harrison's Principles of Internal Medicine; Goldman Cecil Medicine. Candida infections of the bladder and kidneys. Uptodate.

PERGUNTA 90

Um homem de 19 anos vem ao consultório médico por queixas de retraimento na relação com os seus pares desde há quatro anos. Descreve ter poucos amigos e passar grande parte do seu tempo a jogar videojogos em casa. Apesar de nunca ter procurado ajuda para este problema, a após ter sido admitido na faculdade começou a ter dificuldades importantes para fazer trabalhos em grupos e apresentações em público. Na verdade, nestas ocasiões refere ficar ansioso, com palpitações e mãos transpiradas, sentindo-se exposto às críticas dos seus colegas, particularmente quando estes lhe fazem notas de que fica corado. Acabou mesmo por faltar às aulas, sentindo-se culpabilizado por isso. No decorrer da consulta está inquieto, evitando. Contacto ocular direto e evidenciando claro desconforto quando fala sobre as suas dificuldades.

Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 127/76 mm Hg. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Qual dos seguintes mecanismos está, com maior probabilidade, associado ao quadro que o doente apresenta ?

- A. Hiperatividade dopaminérgica mesolímbica
- B. Hipersecreção tiroideia
- C. Hipervigilância do seu desempenho em contexto social
- D. Pensamentos automáticos negativos sobre o mundo
- E. Perturbação do neurodesenvolvimento

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Hipervigilância do seu desempenho em contexto social

O caso apresentado enquadra-se no diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Social. De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5, o doente apresenta, de forma reiterada e num período superior a 6 meses, um quadro de ansiedade quando se encontra em situações em que fica sujeito à avaliação por terceiros (hipervigilância do seu desempenho), neste caso quando tem de fazer trabalhos em grupo e apresentações em público. O receio de ficar exposto às críticas dos colegas faz com que o doente evite expor-se a essas situações sociais (falta às aulas), refletindo-se num impacto negativo neste contexto e culpabilização associada.

Restantes alíneas

A - Hiperatividade dopaminérgica mesolímbica

Comentário: A hiperatividade dopaminérgica mesolímbica é um mecanismo associado às perturbações psicóticas, nomeadamente Esquizofrenia. Os mecanismos neuropatofisiológicos subjacentes à ansiedade são mais heterogéneos, envolvendo várias regiões cerebrais como a amígdala e o córtex pré-frontal, e vários sistemas (endócrino, respiratório).

B - Hipersecreção tiroideia

Comentário: Se existisse uma hipersecreção tiroideia, os sintomas de ansiedade não estariam presentes apenas quando o doente é exposto a situações sociais em que fica suscetível à avaliação de terceiros, mas sim de forma persistente.

D - Pensamentos automáticos negativos sobre o mundo

Comentário: A presença de pensamentos negativos sobre o mundo (tríade de Beck) é um sintoma característico dos quadros depressivos e não dos quadros de ansiedade, como é o presente caso.

E - Perturbação do neurodesenvolvimento

Comentário: Como o próprio nome indica, numa perturbação do neurodesenvolvimento os sintomas iniciam-se na infância, coisa que não se verifica neste caso. As perturbações de ansiedade, embora possam iniciar-se em idades infantis, não são consideradas perturbações do neurodesenvolvimento.

PERGUNTA 91

Um adolescente de 13 anos é observado em consulta de vigilância. Encontra-se no percentil 10 de peso e estatura. Ao exame físico, durante observação dos genitais, o adolescente mostra-se apreensivo. O pénis apresenta um aspeto normal; os testículos são pequenos (3 a 4 mL de volume gonadal) e tem uma pequena quantidade de pelo púbico na base do pénis. O restante exame físico não apresenta alterações.

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

- A. Determinação da concentração sérica de hormona de crescimento.
- B. Determinação da concentração sérica de hormona de crescimento.
- C. Determinação da concentração sérica de hormona de crescimento.
- D. Radiografia do punho para determinação de idade óssea.

E. Não são necessários exames auxiliares de momento.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Não são necessários exames auxiliares de momento.

Estamos perante um adolescente que, teoricamente, ainda não iniciou o desenvolvimento pubertário, uma vez que os testículos têm ainda volume de 4 mL, contudo a presença de pequena quantidade de pêlo púbico poderá indicar que este desenvolvimento está a começar, uma vez que habitualmente ocorre simultaneamente com o aumento de volume testicular. Nos rapazes, a puberdade normal ocorre entre os 9 e os 14 anos, pelo que, neste momento, e sem outros sinais de alarme no exame, não devemos pensar em atraso pubertário.

Restantes alíneas:

A - Determinação da concentração sérica de hormona de crescimento.

Comentário: Nos rapazes, a puberdade normal ocorre entre os 9 e os 14 anos, pelo que, neste momento, e sem outros sinais de alarme no exame, não devemos pensar em atraso pubertário. Não há qualquer informação que tenha havido desaceleração do crescimento estatural e, antes de pedir doseamentos hormonais, deveria ser avaliada a estatura-alvo familiar e o crescimento prévio.

B - Determinação da concentração sérica de testosterona.

Comentário: Nos rapazes, a puberdade normal ocorre entre os 9 e os 14 anos, pelo que, neste momento, e sem outros sinais de alarme no exame, não devemos pensar em atraso pubertário. Não há qualquer informação que tenha havido desaceleração do crescimento estatural e, antes de pedir doseamentos hormonais, deveria ser avaliada a estatura-alvo familiar e o crescimento prévio.

C - Determinação da TSH sérica.

Comentário: Nos rapazes, a puberdade normal ocorre entre os 9 e os 14 anos, pelo que, neste momento, e sem outros sinais de alarme no exame, não devemos pensar em atraso pubertário. Não há qualquer informação que tenha havido desaceleração do crescimento estatural e, antes de pedir doseamentos hormonais, deveria ser avaliada a estatura-alvo familiar e o crescimento prévio.

D - Radiografia do punho para determinação de idade óssea.

Comentário: Nos rapazes, a puberdade normal ocorre entre os 9 e os 14 anos, pelo que, neste momento, e sem outros sinais de alarme no exame, não devemos pensar em atraso pubertário.

PERGUNTA 92

Uma mulher de 69 anos vem à consulta, trazida por cuidador informal, referindo episódios frequentes (três na última semana) de fadiga, tonturas, seguidas de diaforese taquicardia, dilatação pupilar, desvio do olhar para cima e perda de conhecimento de curta duração (<1min). Ultimamente tem tido lapsos de memória e pensamentos negativos. Tem antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e osteoartroses múltiplas. A medicação habitual inclui losartan, hidroclorotiazida, atorvastatina e ibuprofeno. Os sinais vitais são temperatura 36°C; frequência respiratória 14/min; frequência cardíaca 79/min e pressão arterial 152/78 mmHg. Ela tem 158 cm de altura e pesa 66 kg, IMC 28 kg/m². Ao exame físico observa-se bom estado geral. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está mole e depressível à palpação. O exame neurológico não revela alterações focais. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,1 mg/dL
Glucose 135 mg/dL
Ferro 52 ug/dL

Sangue

Hemoglobina 11,8 g/dL
Hematócrito 42 %
VGM 82 fL
HCM 27 pg

O eletrocardiograma revela ritmo sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

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

- A. Avaliação psiquiátrica.
- B. Eletroencefalograma.
- C. Holter.
- D. Introdução de ferro oral
- E. Monitorização ambulatória da pressão arterial

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Holter

A vinheta relata história de síncope (episódio de curta duração, sem movimentos involuntários, com retroversão ocular e dilatação pupilar, precedida de pródromo de fadiga e tonturas). A avaliação sumária não revelou causas para esta síncope, mas o cuidador refere taquicardia durante o episódio. Dada a frequência dos episódios, a monitorização com Holter poderia caracterizar melhor estes episódios paroxísticos.

Restantes alíneas:

A - Avaliação psiquiátrica.

Comentário: A semiologia apresentada é pouco sugestiva de episódios conversivos. Adicionalmente, será necessária a exclusão de outras causas para os episódios apresentados antes de assumir etiologia psicogénica.

B - Eletroencefalograma.

Comentário: A semiologia apresenta é pouco sugestiva de crise epilética (sem movimentos involuntários, curta duração, sem descrição de estado pós-ictal). Desta forma, o EEG teria utilidade limitada.

D - Introdução de ferro oral

Comentário: A anemia apresentada pela doente é ligeira, e não justificaria episódios de síncope.

E - Monitorização ambulatória da pressão arterial.

Comentário: A MAPA não tem resolução temporal para avaliar flutuações transitórias da PA em contexto síncope. Adicionalmente, é referida taquicardia durante os episódios, pelo que o Holter será o próximo passado mais adequado.

PERGUNTA 93

Um homem de 54 anos é trazido ao serviço de urgência por dificuldade respiratória agravada desde há quatro dias. Refere adicionalmente febre, tosse e expectoração esverdeada. Sem toracalgia. Nega conviventes doentes. Tem antecedentes de obesidade. Não faz medicação. Nega vacinações recentes. Os sinais vitais são temperatura 38,2°C; frequência respiratória 22/min; frequência cardíaca 112/min e pressão arterial 94/64mmHg; SpO2 de 87% (cânula nasal a 3L/min). Ao exame físico observa-se doente ansioso, sentado e com tiragem intercostal visível. As mucosas estão coradas e hidratadas. Tempo de preenchimento capilar de 3 segundos. Sem turgescência venosa jugular a 90°. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios diminuídos no campo médio do tórax direito com aumento da transmissão de sons vocais nessa área associado a crepitações na base pulmonar direita. A auscultação cardíaca revela taquicardia; sem sopros. O abdómen está mole e depressível à palpação.

Os resultados da gasometria arterial revelam:

Gases

PO2 42mmHg

PCO2 29mmHg

pH 7,30

Bicarbonatos 22 mEq/L

Lactatos 3,4 mmol/L

Glucose 109 mg/L

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

- A. Administração de amiodarona
- B. Administração de noradrenalina
- C. Aumentar débito de oxigénio
- D. Colheita de Hemoculturas
- E. Realização de raio-X do tórax

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Aumentar débito de oxigénio

O caso clínico relata o caso de uma pneumonia com insuficiência respiratória sugestiva de evolução com sepsis. A gasimetria revela acidémia metabólica com insuficiência respiratória parcial não corrigida com o débito de oxigénio em curso. Sendo uma das prioridades a correção da insuficiência respiratória, pelo facto de condicionar risco de vida imediato, deve ser esse o primeiro passo.

Restantes alíneas:

A - Administração de amiodarona

Comentário: Administração de amiodarona. Errada. Sem evidência de arritmia, nomeadamente fibrilação auricular ou outra a justificar o seu uso.

B - Administração de noradrenalina

Comentário: Não há referência a reposição de fluidos ainda (primeiro passo na abordagem de potencial choque distributivo) e sem perfil tensional a justificar suporte aminérgico para já.

D - Colheita de Hemoculturas

Comentário: Fundamental, mas há que assegurar a função vital de oxigenação primeiro.

E - Realização de raio-X do tórax

Comentário: Também muito importante mas, perante quadros desta gravidade, adoptar estratégia ABCDE.

PERGUNTA 94

Uma mulher de 49 anos vem ao consultório médico por dor lombar direita com dois meses de evolução, intermitente, por vezes tipo cólica, que resolve com ibuprofeno. Menciona ainda cansaço marcado e irritabilidade fácil. Ela tem episódios frequentes de disúria desde há mais de 20 anos, sem diagnóstico preciso de infeções do trato urinário, fazendo automedicação com nitrofurantoína. A história médica inclui perturbação depressiva. A medicação habitual inclui duloxetina, alprazolam, quetiapina, vitamina D e omeprazol. Refere hábitos tabágicos de 30 UMA até há 10 anos e nega hábitos etílicos. Ela tem antecedentes familiares de osteoporose na mãe. Os sinais vitais são temperatura 36,6°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 134/78 mmHg. Ela tem 171 cm de altura e pesa 76 kg; IMC 26 Kg/m². Ao exame físico apresenta palidez da pele e mucosas e cifoescoliose dorsolombar. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 3,1 mg/dL
Ureia 45 mg/dL [N = 10-40 mg/dL]
Potássio 4,9 mEq/L
Cálcio total 12 mg/dL
Fósforo 3,4 mg/dL

Urina

Proteínas ++
Sangue Negativo

A ecografia renal mostra rins aumentados de tamanho, com nefrocalcinose bilateral, sem outras alterações.

Qual dos seguintes é o mecanismo de doença renal predominante?

- A. Efeito tóxico pela vitamina D
- B. Fibrose tubulointersticial
- C. Hidronefrose
- D. Lesão por depósito de cristais
- E. Nefrite intersticial aguda

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Fibrose tubulointersticial.

É descrita uma mulher de 49 anos, com episódios sugestivos de cólica renal e infeções urinárias de repetição que se encontra medicada com suplementação com vitamina D. Apresenta uma alteração da função renal com creatinina sérica de 3,1mg/dL, hipercalcemia de 12mg/dL, exame sumário de urina com proteínas ++ e ecografia renal com nefrocalcinose bilateral. A história arrastada de várias agressões, sugere cronicidade. A fibrose tubulointersticial é o processo decorrente das várias agressões sofridas (obstrução, nefropatia cristalina, infeções de repetição, ibuprofeno) que afetam sobretudo o compartimento tubulointersticial do rim e terminam com fibrose. Esta é a resposta mais abrangente.

Restantes alíneas:

A - Efeito tóxico pela vitamina D.

Comentário: A vitamina D pode estar a contribuir para a hipercalcemia que favorece a hipercalcúria, nefrocalcinose e litogénese. Contudo, como há vários outros fatores de agressão renal na história arrastada da doente e o culminar do dano tubulointersticial é a fibrose, essa acaba por ser a opção mais adequada.

C - Hidronefrose.

Comentário: A hidronefrose pode ter ocorrido durante os episódios de cólica renal e ter sido causa de pressão intratubular e dano (com fibrose a nível histológico). Atualmente não é evidente na ecografia.

D - Lesão por depósito de cristais.

Comentário: A lesão por depósitos de cristais pode ocorrer em situações que favorecem a precipitação intratubular de cristais. Pode ser um contributo para a lesão renal, no entanto a fibrose é mais abrangente e agrega outros possíveis contributos.

E - Nefrite intersticial aguda.

Comentário: Com a história arrastada da doente, estamos provavelmente perante um processo crónico. A nefrite intersticial aguda pode decorrer de fenómenos de hipersensibilidade a fármacos, doenças auto-imunes ou infeções. Pode ter sido um contributo que, com o tempo arrastado do problema, se transformou em fibrose.

PERGUNTA 95

Uma lactente de 2 meses é observada no serviço de urgência cerca de 20 minutos após convulsão tonicoclónica generalizada, com duração de dois minutos. Desde então, encontra-se sonolenta, mas despertável. A mãe refere febre com dois dias de evolução, associada a tosse e congestão nasal. A gestação foi vigiada e o parto eutócico, não complicado. O crescimento e desenvolvimento encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade, até à data. Os sinais vitais são temperatura 38,8°C, frequência respiratória 40/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial sistólica 65 mm Hg. O exame físico revela fontanela anterior tensa. Existe boa mobilidade cervical e movimentos ativos dos quatro membros. Não há alterações ao exame dos pares cranianos e os reflexos osteotendinosos estão normais. O sinal de Babinski está ausente. A TC do crânio sem contraste não mostra alterações. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão da doente?

- A. Administração de diazepam endovenoso
- B. Administração de fenobarbital oral.
- C. Realização de punção lombar para análise do LCR.
- D. Requisição de eletroencefalograma.
- E. Requisição de RM cerebral.

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Realização de punção lombar para análise do LCR.

Perante uma lactente de 2 meses com febre e convulsão, é obrigatória a realização de punção lombar para excluir a possibilidade de meningite bacteriana. No exame objectivo podemos salientar a fontanela anterior tensa e a tensão arterial no limite inferior da normalidade como alterações. Recorda-se que o diagnóstico de convulsão febril simples é feito dos 6 meses aos 5-6 anos, além de habitualmente a convulsão na convulsão febril simples ocorrer no 1.º pico febril; nesta idade tartar-se-ia sempre de um diagnóstico de convulsão com febre e de um sinal alarme por si só, mesmo que o exame objectivo fosse normal.

Restantes alíneas:

A - A administração de diazepam está indicada em convulsões com >5 min de duração. Não estando a lactente a convulsivar neste momento, não se justifica a administração.

B - É utilizado no tratamento de manutenção de patologias associadas a crises convulsivas e no tratamento do status epilepticus em recém-nascidos e pequenos lactentes. Contudo, não está indicado iniciar numa lactente com apenas uma convulsão com febre e que não se encontra em status epilepticus, sendo mais importante investigar a causa subjacente da convulsão.

D - Poderia justificar-se numa segunda fase de investigação da etiologia da convulsão, uma vez que se trata de uma lactente com uma idade na qual não é habitual o diagnóstico de convulsão febril simples, contudo a prioridade na abordagem é a exclusão de meningite bacteriana.

E - Poderia justificar-se numa segunda fase de investigação da etiologia da convulsão, uma vez que se trata de uma lactente com uma idade na qual não é habitual o diagnóstico de convulsão febril simples, contudo a prioridade na abordagem é a exclusão de meningite bacteriana.

PERGUNTA 96

Uma rapariga de 10 anos é trazida ao serviço de urgência por edema palpebral bilateral com três dias de evolução e noção de diminuição da diurese e urina escura notada nesse dia. A mãe refere ter tido uma infeção respiratória superior há duas semanas, medicada com ibuprofeno. Foi objetivado ganho de 2 kg de peso na última semana. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 17/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 132/85 mm Hg. Ao exame físico apresenta edema malar e palpebral bilateral e sopro protomesossistólico de grau II/VI no bordo esquerdo do esterno. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Creatinina 3,4 mg/dL Ureia 113 mg/dL [N = 10-40 mg/dL] Ácido úrico 7,5 mg/dL Proteína C reativa 22 mg/L Sódio 132 mEq/L Potássio 5,4 mEq/L Cloro 101 mEq/L Fósforo 1,45 mmol/L Colesterol Total 132 mg/dL Proteína Albumina 3,8 g/dL Total 6,4 g/dL Sangue Hemoglobina 13,4 g/dL Leucócitos 14 400/mm³ Neutrófilos, segmentados 35 % Linfócitos 46 % Urina ocasional Densidade 1,030 Leucócitos 8/cga Eritrócitos 54/cga Proteínas/creatinina 2,1 mg/mg [N < 0,2 mg/mg] Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Glomerulonefrite pós-infeciosa
- B. Nefrite lúpica
- C. Nefrite tubulointersticial.
- D. Nefropatia de IgA.
- E. Síndrome nefrótica.

Chave oficial:A**Proposta Academia: A**

Validação da afirmação correcta: Glomerulonefrite pós-infeciosa - Perante uma menina de 10 anos com quadro de síndrome nefrítico – hematúria, hipertensão arterial e azotemia (elevação de creatinina e ureia), que ocorre 2 semanas após uma infeção respiratória superior, a hipótese diagnóstica mais provável é de glomerulonefrite pós-infecciosa.

Restantes alíneas:

B - O diagnóstico de nefrite lúpica deve ser suspeitado em doentes com síndrome nefrítico e diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistémico. Deveriam existir pelo menos manifestações na história que sugerissem o diagnóstico de LES. Assim, esta não é uma hipótese provável.

C - A nefrite tubulointersticial está sobretudo associada a fármacos e a doenças autoimunes. O quadro clínico típico é de disfunção renal progressiva, com sintomas inespecíficos - náusea, vômitos e mal-estar - que podem associar-se a oligúria e hematúria. Também não seria uma hipótese provável perante o caso clínico descrito.

D - A nefropatia por IgA é outra causa frequente de síndrome nefrítica em idade pediátrica. Tal como a glomerulonefrite pós-infecciosa, habitualmente o quadro de síndrome nefrítica surge após uma infeção respiratória alta; a principal diferença entre as duas, é que na nefropatia por IgA o intervalo entre a infeção respiratória e o início de hematúria é mais curto (< de 5 dias); adicionalmente, a nefropatia por IgA associa-se a episódios recorrentes de hematúria, enquanto na glomerulonefrite pós-infecciosa a recorrência é rara. De qualquer forma, a glomerulonefrite pós-infecciosa é um diagnóstico muito mais frequente.

E - O síndrome nefrítico caracteriza-se por proteinúria franca (proteinúria nefrótica - >50mg/kg/dia), hipoalbuminemia (albumina <3.0 g/dL) e edema periférico. Neste caso, temos uma apresentação clássica de síndrome nefrítico e, apesar de encontrarmos edema, não se verifica hipoalbuminemia ou proteinúria nefrótica.

PERGUNTA 97

Um homem de 45 anos, empregado do comércio reformado, vem ao consultório médico mostrar resultado de endoscopia digestiva alta realizada para investigação de melenas. Ele tem antecedentes de doença de Crohn e obesidade e já esteve internado por enfarte agudo do miocárdio. Previamente tratado com ciclosporina e prednisolona. Medicado atualmente com infliximab e clopidogrel. É fumador de 20UMA. Os sinais vitais são temperatura 37.2°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 140/89mmHg. Ele tem 170cm e pesa 67Kg; IMC 23Kg/m². O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. A endoscopia digestiva alta revela úlceras gástricas com sinais de hemorragia prévia. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi negativa.

Qual dos seguintes fatores no histórico deste doente mais aumentou o risco de desenvolver esta condição?

- A. Clopidogrel
- B. Idade
- C. Infliximab
- D. Prednisolona
- E. Sexo

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Clopidogrel

Segundo o Harrison, é fator de risco para o desenvolvimento de úlcera gástrica não associada a *Helicobacter pylori* ou toma de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Como se trata de um antiagregante aumenta o risco de hemorragia.

Restantes alíneas:

B - Idade

Comentário: Não é fator de risco para o desenvolvimento de doença ulcerosa péptica.

C - Infiximab

Comentário: Não é fator de risco para o desenvolvimento de doença ulcerosa péptica.

D - Prednisolona

Comentário: É fator de risco para o desenvolvimento de úlceras gástricas quando associado à toma de AINEs.

E - Sexo

Comentário: Não é fator de risco para o desenvolvimento de doença ulcerosa péptica.

PERGUNTA 98

Uma mulher de 70 anos vem à consulta por história de bócio multinodular diagnosticado por ecografia. Refere ainda astenia, edemas duros dos membros inferiores e lentificação motora. A história médica revela diabetes mellitus, hipertensão arterial e fibrilação auricular. A medicação habitual inclui, há vários anos, metformina, furosemida, amiodarona e fibrilação auricular. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 54/min e pressão arterial 110/70 mmHg; SpO2 95% (ar ambiente). Ela tem 165 cm de altura e pesa 71 kg; IMC 26 Kg/m². Ao exame físico apresenta-se consciente e orientada, com rarefação pilosa. O restante exame físico, incluindo o exame do pescoço, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,4 mg/dL

Glucose 127 mg/dL

Colesterol

Total 270 mg/dL

TSH 16 μ U/mL

T4 livre 2 μ U/dL

Sangue

Hemoglobina 12,5 g/dL

Leucócitos 5200/mm³

Neutrófilos, segmentados 60%

Linfócitos 32%

Plaquetas 295 x 10⁹ /L

Velocidade sedimentação eritrocitária 10 mm/1^a hora

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável deste quadro clínico?

- A. Carcinoma papilar da tiróide
- B. Deficiência de iodo
- C. Doença de Graves-Basedow
- D. Iatrogénica
- E. Tiroidite de Quervain

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Iatrogénica

Trata-se de uma doente de 70 anos que vem a uma consulta com queixas de bócio multinodular com sintomas consistentes com hipotireoidismo como astenia, edemas duros dos membros inferiores, lentificação motora e bradicardia (frequência cardíaca de 54/min). Analiticamente apresenta hipercolesterolemia e um aumento da TSH com diminuição da T4 livre, permitindo definir um hipotireoidismo primário.

A doente apresenta fibrilhação auricular e encontra-se a realizar terapêutica prolongada com amiodarona. Apesar de ser um fármaco extremamente eficaz, a amiodarona apresenta um longo perfil de efeitos adversos quando utilizada a longo prazo, incluindo disfunção tiroideia, que poderá passar tanto por hipertireoidismo como hipotireoidismo. Em zonas onde não há défice de iodo, o hipotireoidismo induzido pela amiodarona é mais frequente que o hipertireoidismo. Face ao caso apresentado de hipotireoidismo primário, a hipótese de causa iatrogénica é a mais provável entre as alíneas apresentadas.

Restantes alíneas:

A - Carcinoma papilar da tiróide

Comentário: Tipicamente o carcinoma papilar da tiróide apresenta-se como um nódulo único detectado pelo próprio doente, durante o exame físico ou durante um exame de imagem. A existência de um bócio multinodular e de alterações da função tiroideia não são consistentes com esta hipótese de diagnóstico.

B - Défice de iodo

Comentário: O défice de iodo é a principal causa de bócio e hipotiroidismo a nível mundial. No entanto, em países desenvolvidos (como em Portugal) o défice de iodo é uma causa extremamente rara de hipotiroidismo, uma vez que o aporte nutricional de iodo na dieta é suficiente para suprir as necessidades.

C - Doença de Graves-Basedow

Comentário: A doença de Graves-Basedow é uma doença causada por anticorpos anti-receptores de tirotropina que levam a uma produção excessiva de hormonas tiroideias. Desta forma, a doente deveria apresentar hipertiroidismo e não hipotiroidismo.

E - Tiroidite de Quervain

Comentário: A tiroidite de Quervain é uma tiroidite granulomatosa subaguda. Estes doentes tendem a apresentar uma evolução de função tiroideia previsível: inicialmente apresentam uma fase de hipertiroidismo, seguida por uma fase de eutiroidismo, hipotiroidismo e uma fase final de função tiroideia restabelecida. Estes doentes apresentam tipicamente um aumento da velocidade de sedimentação eritrocitária durante a fase de hipertiroidismo. A ausência de dor à palpação da glândula tiroideia, bem como a ausência de referência a uma infeção viral prévia torna esta hipótese menos provável.

PERGUNTA 99

Um homem de 88 anos é internado na sala de observações do serviço de urgência por dor abdominal intensa e hematoquezias com três dias de evolução. Ele tem antecedentes de acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio. Os sinais vitais são temperatura 35,5°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 130/min e pressão arterial 85/42 mm Hg. Ele tem 170cm e pesa 75Kg. IMC= 26/Kg/m². Aoexame físico está muito prostado e desorientado no tempo e no espaço.

A auscultação cardíaca pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. No exame do abdómen apresenta discreta dor à palpação na região periumbilical, com silêncio abdominal à auscultação.

O exame neurológico não apresenta sinais focais. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estados analíticos revelam:

Soro

Proteína C reativa 230mg/L

Amilase 350 U/L

Creatinoquinase 340 U/L

Sangue

Hemoglobinas 18,5 g/dL

Leucócitos 25 000/mm

Neutrófilos segmentados 93%

Plaquetas 110x10/L

O electrocardiograma mostra fibrilhação auricular de resposta ventricular rápida. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão do doente?

- A. Angiografia Mesentérica
- B. Colonoscopia
- C. Ecografia abdominal
- D. Iniciar perfusão de heparina não fracionada
- E. Laparotomia exploradora.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Laparotomia exploradora.

Doente idoso, com patologia vascular conhecida, inicia quadro com dor abdominal intensa e hematoquézias. Neste caso, a principal hipótese diagnóstica é a isquemia intestinal aguda. Clinicamente, o doente encontra-se prostrado, hipotenso e taquicárdico. O seu tratamento cirúrgico não deve ser protelado. Desta forma, meios complementares diagnósticos ou outros tratamentos não definitivos (perfusão de heparina) não deverão ser o próximo passo na gestão deste doente.

Restantes alíneas:

A - A angiografia é uma exame que poderá ser utilizado no diagnóstico de isquemos intestinal aguda. No entanto, o doente encontra-se sétimo, pelo que não tem condições hemodinâmicas para realizá-lo.

B - A colonoscopia não está indicada quando existe suspeita de uma isquemia intestinal aguda. Para além disso, o doente encontra-se séptico e necessita de uma atitude mais emergente.

C - A ecografia abdominal não será útil para o diagnóstico de uma isquemia intestinal aguda. Para além disso, o doente encontra-se séptico e necessita de uma atitude mais emergente.

D - Apesar de não existir um ventre agudo clinicamente evidente, doente encontra-se prostrado, hipotenso e taquicárdio, com indicação para ser operado de forma emergente. Iniciar perfusão de heparina não deve atrasar o início do procedimento cirúrgico.

PERGUNTA 100

Um homem de 23 anos vem ao serviço de urgência por dor torácica retrosternal desde há dois dias, com intensidade de 5/10. Refere que a dor se agrava quando deitado de costas e com a inspiração e alivia com a anteflexão do tronco. Refere ainda ter tido febre, mal-estar e sensação de falta de ar nos últimos três dias. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 67/min e pressão arterial 110/80 mm Hg. Ao exame físico aparenta estar desconfortável. A auscultação cardíaca revela atrito audível no fim da expiração, em todos os focos; sem sopros audíveis. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios presentes e simétricos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

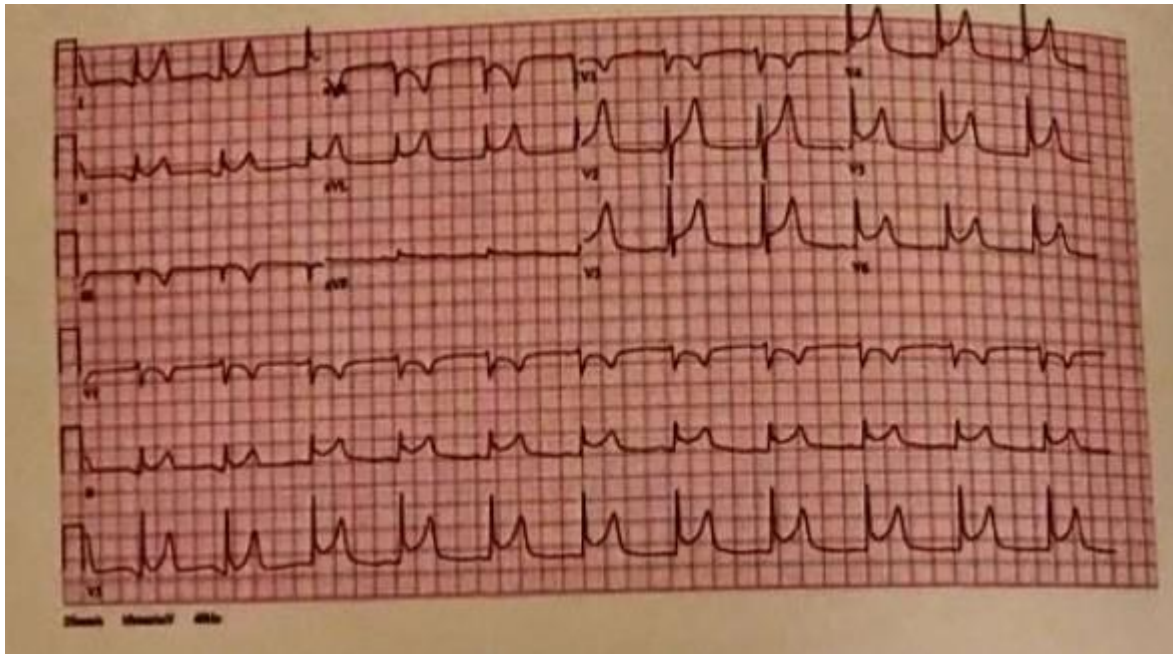
Soro

Creatinina 0,9 mg/dL
Azoto ureico 40 mg/dL
Glucose 89 mg/dL
AST 23 U/L
ALT 24 U/L
Proteína C reativa 30 mg/L

Sangue

Eritrócitos $4,5 \times 10^6/\text{mm}^3$
Hemoglobina 14 g/dL
Leucócitos $12\,000/\text{mm}^3$

O eletrocardiograma revela os achados da figura seguinte:



Qual das seguintes é a etiologia mais provável do quadro clínico deste doente?

- A. Bacteriana.
- B. Imunomediada.
- C. Isquémica.
- D. Neoplásica.
- E. Vírica.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Vírica

Atendendo à clínica de febre e dor retrosternal pleurítica com 2 dias de evolução, associada a atrito pericárdico, supradesnivelamento difuso do segmento ST (exceto em V1, DIII e aVR), com concavidade superior, e infradesnivelamento do segmento PR em DI e DII, este doente apresenta um quadro compatível com pericardite aguda. Segundo o Cecil Essentials of Medicine 10th Edition, cerca de 85% dos casos de pericardite aguda são idiopáticos ou víricos. Neste doente sem antecedentes patológicos de relevo, sem clínica extracardíaca e com apenas leucitose no estudo analítico, a etiologia mais provável para a pericardite é, de facto, vírica.

Restantes alíneas:

A - Bacteriana.

Comentário: Menos comum que pericardite vírica, e tipicamente cursa com doença mais grave, caracterizada por febre alta, taquicardia, tosse e dor torácica, ou mesmo quadro séptico.

B - Imunomediada

Comentário: Causas autoimunes (como LES, artrite reumatoide, vasculites, etc.) e autoinflamatórias (como por exemplo a febre familiar mediterrânea) são etiologias menos frequentes. Para além da questão epidemiológica, este doente não apresenta antecedentes de patologia imunomediada.

C - Isquémica

Comentário: A pericardite epistenocárdica ocorre dentro de 3-5 dias após enfarte agudo do miocárdio. Este doente não tem diagnóstico recente de EAM.

D - Neoplásica

Comentário: O envolvimento do pericárdio ocorre sobretudo no contexto de cancro do pulmão, da mama e do esófago, melanoma, linfoma e leucemia. Este doente jovem não tem evidência de patologia neoplásica subjacente.

PERGUNTA 101

Um recém-nascido é observado na sala de partos. O parto ocorreu às 38 semanas e 4 dias, por cesariana, por registo cardiotocográfico não tranquilizador. A gestação foi vigiada, sem intercorrências. A antropometria é adequada à idade gestacional. Ao 1.º minuto apresenta frequência cardíaca 120/min, respiração irregular, flexão das extremidades sem movimentos activos, reatividade com alguns movimentos e cianose das extremidades.

Qual o valor do índice de Apgar deste recém-nascido ao 1.º minuto?

- A. 4
- B. 5
- C. 6
- D. 7
- E. 8

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: 6

O índice de Apgar é dado por 5 parâmetros: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, resposta aos estímulos e cor, sendo que em cada um é possível obter 0, 1 ou 2 pontos. Este recém-nascido tem 2 pontos na frequência cardíaca (>100 bpm), 1 ponto na respiração (irregular), 1 ponto no tônus muscular (flexão das extremidades sem movimentos ativos), 1 ponto na resposta a estímulos (reativo mas sem choro vigoroso) e 1 ponto na cor (cianose periférica), obtendo então um valor de índice de Apgar de 6 ao 1.º minuto.

Restantes alíneas:

A - 4

Comentário: Este recém-nascido tem 2 pontos na frequência cardíaca (>100 bpm), 1 ponto na respiração (irregular), 1 ponto no tônus muscular (flexão das extremidades sem movimentos ativos), 1 ponto na resposta a estímulos (reativo mas sem choro vigoroso) e 1 ponto na cor (cianose periférica), obtendo um valor de índice de Apgar de 6 ao 1.º minuto.

B - 5

Comentário: Este recém-nascido tem 2 pontos na frequência cardíaca (>100 bpm), 1 ponto na respiração (irregular), 1 ponto no tônus muscular (flexão das extremidades sem movimentos ativos), 1 ponto na resposta a estímulos (reativo mas sem choro vigoroso) e 1 ponto na cor (cianose periférica), obtendo um valor de índice de Apgar de 6 ao 1.º minuto.

D - 7

Comentário: Este recém-nascido tem 2 pontos na frequência cardíaca (>100 bpm), 1 ponto na respiração (irregular), 1 ponto no tônus muscular (flexão das extremidades sem movimentos ativos), 1 ponto na resposta a estímulos (reativo mas sem choro vigoroso) e 1 ponto na cor (cianose periférica), obtendo um valor de índice de Apgar de 6 ao 1.º minuto.

E - 8

Comentário: Este recém-nascido tem 2 pontos na frequência cardíaca (>100 bpm), 1 ponto na respiração (irregular), 1 ponto no tônus muscular (flexão das extremidades sem movimentos ativos), 1 ponto na resposta a estímulos (reativo mas sem choro vigoroso) e 1 ponto na cor (cianose periférica), obtendo um valor de índice de Apgar de 6 ao 1.º minuto.

PERGUNTA 102

Uma mulher de 30 anos vem ao consultório médico por episódios recorrentes de dor precordial em picada, com duração de 20 minutos, associada ao esforço, que alivia espontaneamente, desde há seis meses. Não tem antecedentes médicos de relevo. Os

sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 135/78 mm Hg. Tem 165 cm de altura e pesa 67 kg;

IMC 24 kg/m². O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Colesterol Total 224 mg/dL HDL 60 mg/dL LDL 143 mg/dL Triglicerídeos 110 mg/dL. O eletrocardiograma não revelou alterações patológicas. Além do aconselhamento relativo aos fatores de risco de doença isquémica, qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

- A. Cintigrama de perfusão miocárdica
- B. Ecocardiografia de stress.
- C. Holter de 24 horas.
- D. Prova de esforço em tapete rolante.
- E. Tranquilizar a doente.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Tranquilizar a doente.

Trata-se de uma angina atípica pois é precipitada pelo esforço e alivia com repouso. A qualidade da dor em picadela não é típica. Segundo as guidelines europeias de 2019 de Síndrome coronário crónico, a probabilidade pré- teste de doença arterial coronária de uma mulher de 30 anos com angina atípica é de 3%. Segundo a mesma fonte, "Patients with a PTP \leq 5% can be assumed to have such a low probability of disease that diagnostic testing should be performed only for compelling reasons". Isto porque a taxa de falsos positivos é muito alta nesta população.

Restantes alíneas:

A - Cintigrama de perfusão miocárdica. - Sem indicação para prova de isquemia.

B - Ecocardiografia de stress. - Sem indicação para prova de isquemia.

C - Holter de 24 horas. -O Holter poderia ser útil no diagnóstico de angina vasoespástica, mas a suspeita clínica é baixa já que o exercício não provoca usualmente vasoespasm coronário.

D - Prova de esforço em tapete rolante. - Sem indicação para prova de isquemia.

PERGUNTA 103

Um menino de 18 meses é observado em consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil. A mãe manifesta preocupação porque encontra frequentemente o filho a comer terra quando está a brincar no exterior. Iniciou o infantário há duas semanas e a mãe tem notado nele maior dificuldade em adormecer. O crescimento e o desenvolvimento têm sido normais. O Programa Nacional de Vacinação encontra-se atualizado. A dieta habitual é maioritariamente constituída por leite gordo, sumos e hidratos de carbono. Vive em casa com os pais, a irmã, dois cães e um gato. A somatometria revela comprimento 80 cm (P25), peso 11 kg (P25) e perímetro cefálico 48 cm (P50). Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 82/48 mm Hg. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Em qual dos seguintes estudos laboratoriais é mais provável encontrar alterações que confirmem o diagnóstico subjacente?

- A. Concentração sérica de ALT e AST.
- B. Concentração sérica de chumbo
- C. Concentração sérica de ferritina
- D. Exame parasitológico de fezes.
- E. Velocidade de sedimentação eritrocitária.

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Concentração sérica de ferritina - Estamos perante um lactente de 18 meses com pica, irritabilidade/ alteração do padrão do sono e uma alimentação com excesso de leite, o que nos sugere um quadro de anemia ferropénica. Os erros alimentares são a causa mais frequente de ferropenia e, nesta idade, o excesso de leite é uma das principais causas. A pica é o apetite patológico por coisas não alimentares; várias formas de pica estão associadas à ferropenia, como o apetite por terra ou barro, pedras, giz, papel, cartão, sabão ou gelo.

Restantes alíneas:

A - O doseamento de marcadores hepáticos não permitiria confirmar a principal hipótese diagnóstica de anemia ferropénica. A ferritina pode estar falsamente elevada em situações de hepatite ou outra doença hepática, pelo que o doseamento concomitante pode ter interesse em casos seleccionados para contextualizar o valor de ferritina obtido.

B - A intoxicação por chumbo pode ocorrer em simultâneo com anemia ferropénica uma vez que partilham vários factores de risco. Neste caso, não temos motivos para suspeitar de intoxicação por chumbo uma vez que não há história de ingestão de tinta ou de a criança residir em habitação antiga com risco de contaminação de água. Adicionalmente, a intoxicação por chumbo pode ser uma sequela, mas não é uma causa de pica, pelo que não seria o diagnóstico mais provável.

D - O exame parasitológico de fezes é útil quando há clínica que leve à suspeição de uma parasitose intestinal, nomeadamente diarreia ou dor abdominal prolongada ou na investigação de má progressão ponderal. Neste caso, não seria útil para o diagnóstico.

E - A velocidade de sedimentação é uma medida indirecta de reagentes de fase aguda e aumenta em situações inflamatórias. Pode estar aumentado em algumas situações não inflamatórias, como por exemplo na anemia, mas não permite fazer o diagnóstico.

PERGUNTA 104

Um homem de 48 anos, advogado, é trazido ao consultório médico pela sua esposa por aumento de dificuldade respiratória durante o sono com dois anos de evolução. A esposa diz: «Ele sempre teve um problema com o ressonar, mas agora deixa completamente de respirar durante vários segundos, e depois volta a respirar com um empurrão violento.» A esposa refere ainda várias sestas em casa e que o patrão já se queixou de o encontrar a dormir durante o dia. Ele refere ainda ter sudorese noturna, odinofagia matinal frequente e dificuldade de concentração durante o dia. Ele não tem antecedentes pessoais de relevo, não faz medicação habitual e nega consumo de tabaco. Consome três a quatro bebidas alcoólicas ao fim de semana. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 155/100 mm Hg; SpO₂ 96 % (ar ambiente). Ele tem 183 cm de altura e pesa 118 kg; IMC 35 kg/m². O restante exame físico e resultados dos estudos analíticos encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

- A. Recomendar abstinência alcoólica
- B. Recomendar alterações dietéticas e exercício físico e remarcar consulta de seguimento
- C. Recomendar dormir voltado para a esquerda ou para a direita, em vez de dormir de costas
- D. Solicitar polissonografia do sono
- E. Solicitar prova de esforço

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Solicitar polissonografia do sono

O caso clínico relata o caso paradigmático de uma elevada probabilidade de apneia do sono com sonolência diurna excessiva na sua plenitude de manifestações, pelo que é mandatária a realização de polissonografia para diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Recomendar abstinência alcoólica

Comentário: No quadro estão já descritas apneias presenciadas e sintomas diários, sendo que o consumo de álcool parece ocorrer só ao fim de semana. Ainda que seja recomendável, não é a atitude modificadora mais importante nesta fase.

B - Recomendar alterações dietéticas e exercício físico e remarcar consulta de seguimento

Comentário: Há claramente suspeita elevada de apneia do sono com sintomatologia exuberante e interferência nas atividades de vida diária pelo que, ainda que importantíssimas, as medidas de mudança de estilo de vida não serão provavelmente suficientes nesta fase.

C - Recomendar dormir voltado para a esquerda ou para a direita, em vez de dormir de costas

Comentário: Não há nenhum indicador da posição na qual ocorrem mais frequentemente os eventos respiratórios e, para além disso, perante a exuberância do quadro, as medidas posicionais não serão provavelmente suficientes.

E - Solicitar prova de esforço

Comentário: As queixas ocorrem no sono e por sono deficiente, pelo que este exame é inútil nesta altura.

PERGUNTA 105

Uma lactente de 6 meses é trazida à consulta de saúde infantil para vigilância. Trata-se de uma criança previamente saudável, com boa evolução estaturoponderal e desenvolvimento psicomotor adequado à idade. Hoje está prevista a administração das vacinas do Programa Nacional de Vacinação e de BCG, por pertencer a grupo de risco (ainda não administrada por rotura de stock). A família tem duas semanas de férias agendadas no Brasil, com partida em cinco semanas, numa zona onde está a ocorrer surto de sarampo. Para além da administração das restantes vacinas do Programa Nacional de Vacinação, qual das seguintes alternativas é a recomendação mais adequada?

- A. Administrar BCG e VASPR hoje.
- B. Administrar BCG hoje e VASPR duas semanas depois.
- C. Administrar BCG hoje e VASPR quatro semanas depois.
- D. Administrar BCG hoje e não administrar VASPR até introdução do ovo.
- E. Administrar VASPR hoje e protelar BCG até ao regresso da viagem.

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

- A. **Validação da afirmação correcta:** Administrar BCG e VASPR hoje.

Nesta situação é importante a vacinação com VASPR ser antecipada pois esta criança vai viajar para uma zona com surto de sarampo ativo. Desta forma é desejável a vacinação da criança o mais rapidamente possível. A idade mínima de administração da VASPR (uma vacina viva) são os 6 meses e assim é possível fazer esta vacina a esta lactente. Visto que ainda não foi vacinada com a BCG, pode-se aproveitar a mesma vinda para vacinação igualmente com a BCG. São 2 vacinas vivas injetáveis, e segundo o disposto no Programa Nacional de Vacinação podem ser administradas no mesmo dia.

Relativamente à alínea b, quando há necessidade de administrar 2 vacinas vivas injetáveis, a vacinação pode ocorrer ao mesmo tempo (em membros diferentes) ou em alternativa com um período mínimo de 4 semanas entre as 2 vacinas (e não inferior). A alternativa c seria uma possibilidade, mais não a mais adequada neste caso, pois é recomendável fazer a VASPR o mais rápido possível estando prevista a viagem no prazo de 5 semanas. A administração da vacina VASPR não está dependente da introdução prévia de ovo, pelo que a opção d não está correta. No que respeita à alínea e, novamente seria uma possibilidade, mas não é a opção mais recomendável, visto estarmos a atrasar a vacinação contra uma doença

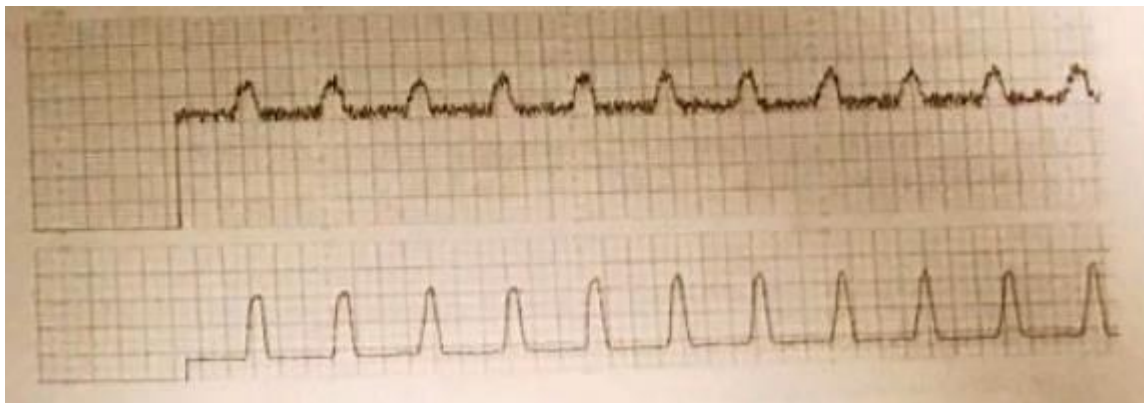
importante, a tuberculose, e sabendo que é possível também vacinar com a vacina BCG no mesmo dia.

Restantes alíneas:

Verificar a justificação completa da resposta correta.

PERGUNTA 106

Uma parturiente de 28 anos, primigesta de 38 semanas, foi admitida no bloco de partos, há quatro horas, por trabalho de parto e perda de líquido pela vagina uma hora antes. A gravidez foi vigiada desde as nove semanas e decorreu sem intercorrências. Ela não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 74/min e pressão arterial 122/72 mmHg. Ao exame físico, na admissão, o toque vaginal revelava 7 cm de dilatação, 100% de extinção (apagado), com apresentação cefálica de vértice no plano e saída de líquido amniótico claro e sem cheiro. A sua altura uterina era de 35 cm. Neste momento, o toque vaginal apresenta dilatação completa, apresentação cefálica de vértice, posição esquerda, variedade anterior, no plano 0. A cardiocotografia realizada (velocidade do papel a 1 cm/min) mostra linha de base com frequência cardíaca fetal de 141/min, conforme o seguinte registo gráfico:



Qual das seguintes alternativas é a medida mais adequada na gestão da grávida, neste momento?

- A. Administrar ampicilina
- B. Iniciar oxitocina
- C. Realizar cesariana
- D. Realizar parto instrumentado
- E. Não são necessárias medidas adicionais

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Não são necessárias medidas adicionais

O caso clínico demonstra um quadro de trabalho de parto de termo. Aquilo que nos é descrito é um internamento por um trabalho de parto ativo já com rotura de membranas (7 cm de dilatação, 100% de extinção, LA normal sem cheiro). O CTG em questão aplica-se quando a grávida está em dilatação completa, havendo sinais de bem-estar fetal (linha de base FCF 141 bpm) e contractilidade uterina regular. Assim sendo, o trabalho de parto está a decorrer com normalidade, pelo que não são necessárias medidas adicionais.

Restantes alíneas:

A - Administrar ampicilina

Comentário: A administração de ampicilina seria de equacionar se tivesse o rastreio do SGB positivo (sem referência no caso), se houvesse uma rotura de membranas prolongada (apenas 4h) ou se houvesse suspeita de infeção intra-amniótica (sem dor a mobilização uterina, LA sem cheiro).

B - Iniciar oxitocina

Comentário: Não há necessidade de iniciar oxitocina, uma vez que a grávida apresenta dinâmica uterina regular espontânea.

C - Realizar cesariana

Comentário: Não existe nenhum motivo para decisão de cesariana. Parece haver bem-estar fetal e evolução normal do trabalho de parto.

D - Realizar parto instrumentado

Comentário: Não existe nenhum motivo para abreviar o período expulsivo. Existem sinais de bem-estar fetal, sendo que o feto se apresenta numa variedade favorável (OEA) e num plano de apresentação em que ainda não é aconselhável utilizar um instrumento (plano 0).

PERGUNTA 107

Uma mulher de 51 anos, solteira e sem filhos, é trazida à consulta por uma amiga por alterações do comportamento com dois anos de evolução. Ela mostra-se muito contrariada pela iniciativa da amiga. Fala frequentemente do diretor da escola onde trabalha como auxiliar de ação educativa, acreditando convictamente que este pretende viver com ela, por se encontrar muito apaixonado. Esta ideia desenvolveu-se gradualmente após ter recebido um email, que o diretor enviou a toda a comunidade escolar, elogiando o trabalho dos funcionários da escola no ano letivo anterior. Desde então, a doente fica longas horas no exterior da casa de família do diretor da escola, aguardando que este lhe vá falar. Refere: "Acende e apaga as luzes para eu perceber que ele gosta de mim, mas não pode ir ter comigo porque a mulher não deixa". Apesar destes comportamentos, no seu ambiente de trabalho mantém-se capaz de executar diligentemente as suas funções. Trata-se de uma mulher com bom funcionamento global, mas tímida e desconfiada. Ao exame do estado mental mostra-se vigil, orientada em todas as dimensões, não se apurando alterações da atenção, memória ou discurso. Não se apuram igualmente alterações sensório-perceptivas. O exame físico não revela alterações e os resultados dos estudos analíticos efetuados nos dois últimos anos não revelam alterações patológicas.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Perturbação afetiva bipolar
- B. Perturbação delirante persistente
- C. Perturbação Esquizoafetiva
- D. Perturbação obsessivo-compulsiva
- E. Psicose esquizofrénica

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Perturbação delirante persistente

Trata-se de uma doente com um quadro clínico caracterizado por ideação delirante de conteúdo erotomaniaco (delírio monotemático – acredita que o diretor da escola está apaixonado por ela e pretende viver com ela) com evolução em cunha, que afeta de forma marcada a relação que esta estabelece com o diretor e a forma como ela se comporta perante ele (fica longas horas no exterior da casa de família do diretor), mas parece não produzir impacto noutras esferas da sua vida (mantém um bom funcionamento global, sendo capaz de executar diligentemente as suas funções laborais). Não estão presentes alterações de sensopercepção. O quadro tem pelo menos 2 anos de evolução e o início dos sintomas deu-se numa

fase tardia da vida da doente. Estas características, aliadas ao facto de ter sido excluída a existência de uma causa não psiquiátrica para o quadro (exame físico e estudo analítico sem alterações), são altamente sugestivas do diagnóstico de Perturbação delirante persistente, de acordo com os critérios definidos pela CID-10 para esta entidade.

Restantes alíneas:

A - Perturbação afetiva bipolar

A presença de pelo menos 1 episódio de mania ou hipomania é condição obrigatória para o diagnóstico de Perturbação afetiva bipolar. No presente caso, a doente não apresenta quadro compatível com nenhum destes episódios quer atualmente quer no passado.

C - Perturbação Esquizoafetiva

Para se fazer o diagnóstico de Perturbação Esquizoafetiva é necessário existir um período ininterrupto de doença durante o qual estejam cumpridos critérios para episódio depressivo major ou episódio maníaco concomitantemente à presença de sintomas psicóticos. Neste caso a doente apenas apresenta sintomas psicóticos sem alterações do humor, quer atualmente quer no passado.

D - Perturbação obsessivo-compulsiva

O diagnóstico de POC pressupõe a presença de obsessões e/ou compulsões durante pelo menos duas semanas as quais sejam consumidoras de tempo, causem impacto no funcionamento ou sofrimento ao doente. Neste caso a doente não apresenta sintomas compatíveis com esta entidade.

E - Psicose esquizofrénica

Embora a doente apresente ideias delirantes e alterações do comportamento (um dos critérios necessário para o diagnóstico de esquizofrenia), os sintomas devem causar disfunção marcada durante pelo menos 6 meses com prejuízo na funcionalidade em duas ou mais áreas do funcionamento, coisa que não se verifica neste caso clínico. Além disso, a idade de início da esquizofrenia é geralmente mais precoce, na 2ª década de vida

PERGUNTA 108

Um lactente de 6 meses é trazido ao serviço de urgência por febre com 72 horas de evolução. Ele não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. As imunizações estão de acordo com o Programa Nacional de Vacinação e tem duas doses de vacinação contra *Neisseria meningitidis* do grupo B. Os sinais vitais são temperatura timpânica 39°C, frequência respiratória 32/min, frequência cardíaca 125/min e pressão arterial 87/46 mm Hg. Ao exame físico apresenta rinorreia serosa, sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação pulmonar mostra ruídos de transmissão superior. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Proteína C reativa 35 mg/L Sangue Leucócitos 10 800/mm³ Neutrófilos, segmentados 46 % A tira-teste de urina não mostra alterações. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Dar alta ao doente e medicar com antipirético.
- B. Iniciar antibioterapia de largo espectro
- C. Realizar punção lombar
- D. Solicitar hemocultura e urocultura
- E. Solicitar raio-X do tórax.

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Dar alta ao doente e medicar com antipirético - Estamos perante um lactente de 6 meses com febre e rinorreia serosa sem quaisquer sinais de alarme na história, exame físico ou exames complementares de diagnóstico. Trata-se de um menino saudável, com imunizações em dia, exame objetivo inocente que sugere quadro de nasofaringite aguda. A PCR está um pouco elevada, mas não é um valor preocupante após 3 dias de febre, e apresenta um valor de leucócitos dentro da normalidade, sem neutrofilia, o que aponta uma causa viral para a febre, tal como sugerido pelo exame objetivo e história. Assim sendo, não há indicação para realizar qualquer outro exame complementar de diagnóstico ou para instituir outra terapêutica que não de suporte.

Restantes alíneas:

B - Trata-se de um menino saudável, com imunizações em dia, exame objetivo inocente que sugere quadro de nasofaringite aguda. A PCR está um pouco elevada, mas não é um valor preocupante após 3 dias de febre, e apresenta um valor de leucócitos dentro da normalidade, sem neutrofilia, o que aponta uma causa viral para a febre, tal como sugerido pelo exame objetivo e história. Assim sendo, não há indicação para instituir antibioticoterapia

C - Estamos perante um lactente de 6 meses com febre e rinorreia serosa sem quaisquer sinais de alarme na história, exame físico ou exames complementares de diagnóstico. Trata-se de um menino saudável, com imunizações em dia, exame objetivo inocente que sugere quadro de nasofaringite aguda. A PCR está um pouco elevada, mas não é um valor preocupante após 3 dias de febre, e apresenta um valor de leucócitos dentro da normalidade, sem neutrofilia, o que aponta uma causa viral para a febre, tal como sugerido pelo exame objetivo e história. Assim sendo, não há indicação para realizar qualquer outro exame complementar de diagnóstico.

D - Estamos perante um lactente de 6 meses com febre e rinorreia serosa sem quaisquer sinais de alarme na história, exame físico ou exames complementares de diagnóstico. Trata-se de um menino saudável, com imunizações em dia, exame objetivo inocente que sugere quadro de nasofaringite aguda. A PCR está um pouco elevada, mas não é um valor preocupante após 3 dias de febre, e apresenta um valor de leucócitos dentro da normalidade, sem neutrofilia, o que aponta uma causa viral para a febre, tal como sugerido pelo exame objetivo e história. Assim sendo, não há indicação para realizar qualquer outro exame complementar de diagnóstico.

E - Estamos perante um lactente de 6 meses com febre e rinorreia serosa sem quaisquer sinais de alarme na história, exame físico ou exames complementares de diagnóstico. Trata-se de um menino saudável, com imunizações em dia, exame objetivo inocente que sugere quadro de nasofaringite aguda. A PCR está um pouco elevada, mas não é um valor preocupante após 3 dias de febre, e apresenta um valor de leucócitos dentro da normalidade, sem neutrofilia, o que aponta uma causa viral para a febre, tal como sugerido pelo exame objetivo e história. Assim sendo, não há indicação para realizar qualquer outro exame complementar de diagnóstico.

PERGUNTA 109

Um homem de 37 anos vem à consulta para pedir para fazer um exame à próstata. Não tem tido dificuldade em iniciar a micção ou em esvaziar a bexiga e não tem tido dor ao urinar. Refere que não teve qualquer exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Quando questionada em maior detalhe sobre a função sexual, responde de forma algo hesitante: "Doutor... eu consigo ter ereções normais, mas assim que tento ter relações com a minha mulher, fico com o pénis mole e não consigo completar a relação". Diz que este problema teve início numa noite há dois meses, quando foi sair com a mulher, tendo estado a beber e dançar num bar. Ele diz: "Devo ter bebida cerveja estragada". Nessa noite, teve pele primeira vez problemas em ter relações com a mulher, e desde aí tem dificuldades em manter a ereção. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo, nunca esteve internado e não faz medicação habitual.

Tem história familiar de diabetes mellitus tipo 2. No final da consulta desabafa: "Acho que o meu casamento vai acabar se eu não puder ter relações sexuais. Diga-me a verdade doutor! O que se passa comigo?". Considerando a anamnese recolhida até ao momento, qual das seguintes alternativas representa a causa mais provável para a disfunção erétil?

- A. Ansiedade sobre performance sexual
- B. Consumo excessivo de álcool
- C. Diabetes mellitus
- D. Diminuição do nível de testosterona
- E. Doença de pequenos vasos

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Ansiedade sobre performance sexual

Trata-se de um homem de 37 anos com dificuldade em manter a ereção durante as relações sexuais.

Fatores psicossociais são a etiologia mais frequente de disfunção sexual nos homens com menos de 40 anos. Estes doentes apresentam tipicamente um início súbito dos sintomas e conseguem atingir ereções fora do contexto de relações sexuais.

Restantes alíneas:

B - Consumo excessivo de álcool

Comentário: O consumo excessivo de álcool pode causar diminuição da libido por hipogonadismo. Estes doentes apresentam uma disrupção dos mecanismos responsáveis pela ereção peniana. Ainda que possam atingir ereções noturnas, estas não são habitualmente suficientes para permitir a penetração. Para além disso, existe uma causa mais provável entre as alíneas apresentadas.

C - Diabetes mellitus

Comentário: A diabetes mellitus pode provocar disfunção erétil por disfunção neurológica ou por doença microvascular. O facto do doente ainda conseguir obter ereções torna esta hipótese pouco provável.

D - Diminuição do nível de testosterona

Comentário: À semelhança do consumo excessivo de álcool, estes doentes habitualmente apresentam diminuição da libido e não apresentam uma ereção suficiente para conseguirem a penetração.

E - Doença de pequenos vasos

Comentário: A ausência de fatores de risco e o facto do doente ainda conseguir obter ereções torna esta hipótese pouco provável.

PERGUNTA 110

Um homem de 35 anos vem ao consultório médico por tosse seca com seis meses de evolução, mais intensa durante o dia. Tem mantido as suas características ao longo do tempo. Nega febre, toracalgia ou perda de peso neste período temporal. A história médica revela dislipidemia. É engenheiro civil e iniciou novo emprego há oito meses, num escritório nos arredores da sua cidade, com horário irregular. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 110/78 mm Hg. Ele tem 175 cm de altura e pesa 76 kg; IMC 25 kg/m². Ao exame físico apresenta-se com boa aparência global. Sem gânglios palpáveis a nível cervical, supraclavicular ou axilar. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O doente mostra-lhe um raio-X de tórax que não revela alterações.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado para esclarecimento diagnóstico?

- A. Broncofibroscopia
- B. Doseamento do título de IgE
- C. Endoscopia digestiva alta
- D. Espirometria com prova de broncodilatação
- E. TC do tórax

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Espirometria com prova de broncodilatação

O caso clínico relata o caso de uma provável tosse em contexto asmático, com surgimento de sintomas após mudança de residência (eventual exposição causadora/exacerbadora de sintomas) num adulto jovem sem outros indicadores de gravidade (RX tórax normal). Enquadrando a tosse nas 4 causas mais frequentes de tosse crónica com RX tórax normal, parece tratar-se de uma asma, até pelo facto de os sintomas serem intermitentes. Perante isto, a espirometria com prova de broncodilatação é útil para tentar diagnóstico de doença obstrutiva, ainda mais se prova de broncodilatação positiva.

Restantes alíneas:

A – Broncofibroscopia

Comentário: Exame invasivo não justificado sem excluir primeiro as causas mais frequentes de tosse com RX tórax normal.

B - Doseamento do título de IgE

Comentário: Poderia ser útil noutra fase, com intuito de caracterizar status atópico, especialmente se acompanhada de IgEs específicas para alérgenos identificados na história clínica. Nesta fase, como primeiro e único meio complementar diagnóstico, acrescenta pouco ao diagnóstico (não confirma nem exclui).

C - Endoscopia digestiva alta

Comentário: Exame invasivo não justificado pela ausência de sintomas gastro-intestinais que o justifiquem e por existir um diagnóstico mais provável que não carece de avaliação por esta via.

E - TC do tórax

Comentário Perante um RX tórax normal, a TC tórax só se justificaria se os diagnósticos mais frequentes tivessem sido excluídos e se mantivesse a dúvida de patologia pulmonar em curso (nomeadamente de interstício) que poderá não ser facilmente identificada em RX tórax. Neste caso, não parece justificado para já.

PERGUNTA 111

Uma mulher de 34 anos vem ao consultório médico por dor no quadrante superior direito do abdómen, febre, arrepios, e anorexia com 24h de evolução. A doente teve alta de um centro cirúrgico de ambulatório há 48 horas, após colecistectomia laparoscópica. O cirurgião descreveu que o procedimento decorreu sem complicações, mas com evidência de alterações inflamatórias agudas e crónicas adjacentes à vesícula biliar. Parece ansiosa e diz: "Quero mesmo resolver isto para o casamento da minha irmã, daqui a 10 dias." Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Tem tomado tramadol desde a data de alta. Não toma outra medicação. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência respiratória 22/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 145/90mmHg. Ela tem 160cm de altura e pesa 81 Kg, IMC 32 KG/m². O exame abdominal revela dor à palpação do quadrante superior direito sem sinais de irritação peritoneal. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes estudos de diagnóstico é o mais adequado neste momento?

- A. Amílase sérica
- B. Beta hCG
- C. Leucograma com contagem diferencial
- D. Rx torax.
- E. TC abdominal

Chave oficial: E

Proposta resposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: TC abdominal

Doente jovem com dor abdominal no hipocôndrio direito e febre com 1 dia no pós operatório precoce de colecistectomia laparoscópica. As primeiras hipóteses de diagnóstico são as complicações do procedimento (abcesso do leito vesicular lesão iatrogénica da via biliar, peritonite biliar). A TAC abdominal será um exame de imagem fundamental para excluir as complicações pós-operatórias precoces de colecistectomia, anteriormente referidas.

Restantes alíneas:

A - A pancreatite pós operatória não deve ser a causa a pesquisar de momento.

B- O doseamento de beta-HCG não será útil para excluir as principais hipóteses diagnósticas que a clínica sugere.

C - Mesmo que o doente esteja a desenvolver um processo infeccioso local, secundário a colecistectomia, a presença de leucocitose com neutrofilia ajudará pouco a definir a posterior abordagem ao doente.

D - O Rx torax não será útil para excluir as principais hipóteses de diagnóstica que a clínica sugere.

PERGUNTA 112

Uma mulher de 64 anos vem ao consultório médico por aumento da lentidão na marcha e dificuldade em levantar-se das cadeiras desde há 4 meses. Há 2 anos, desenvolveu tremor na mão esquerda, em repouso, que progrediu para o movimento da mão direita, um ano depois. A história médica revela hipertensão arterial medicada com ramipril. Ela tem 160 cm de altura pesa 60 kg; IMC 23 kg/. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 12/minuto, frequência cardíaca 80/min e Pressão Arterial 140/84 mmHg. Ao exame físico apresenta expressão facial diminuída e tremor em repouso das mãos, mais nítido à esquerda. A força muscular está mantida nas extremidades e os reflexos são

normais e simétricos. Os reflexos cutâneoplantares são em flexão bilateralmente. A doente tem dificuldade em levantar-se da cadeira, sem usar os membros superiores como suporte. Tem um andar lento e arrastado.

Qual os seguintes é o estudo de diagnóstico mais apropriado, neste momento?

- A. Determinação da concentração sérica de ceruloplasmina.
- B. Determinação da concentração sérica de creatinoquinase.
- C. Punção lombar para verificar se haveria melhoria no andar após retirar LCR.
- D. TC cerebral
- E. Não há indicação para outros estudos diagnósticos.

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Não há indicação para outros estudos diagnósticos.

A vinheta relatada história típica de doença de Parkinson idiopática com início assimétrico de tremor e bradicinesia, que posteriormente envolve outros segmentos corporais, e também o levante e a marcha. O exame físico corrobora esta impressão com a existencia de hipomimia, tremor em repouso e normalidade do restante exame neurológico. Desta forma, apresenta critérios de diagnóstico para Doença de Parkinson idiopático (DPI), sem sinais de alarme relatados na vinheta. Considerando que o diagnóstico de DPI é clínico, e não existem red flags, não são necessários estudos adicionais.

Restantes alíneas:

A - Determinação da concentração sérica de ceruloplasmina.

Comentário: Não é feita referência a história familiar de doença neurológica ou hepática, nem são descritas características oculares sugestivas de Doença de Wilson.

B - Determinação da concentração sérica de creatinoquinase

Comentário: Não há evidência na história clínica ou exame físico que sugira miopatia.

C - Punção lombar para verificar se haveria melhoria no andar após retirar LCR.

Comentário: O quadro é pouco sugestivo de hidrocefalia de pressão normal (sem incontinência urinária ou declínio cognitivo). Além disso, careceria de avaliação

imagiológica inicial para corroborar essa hipótese clínica antes de fazer a PL evacuadora como teste de resposta terapêutica.

D - TC cerebral

Comentário: Dado que o diagnóstico de Doença de Parkinson Idiopático é clínico e não há atipias no caso, poder-se-á prescindir dos estudos de imagem.

PERGUNTA 113

Uma mulher de 35 anos é trazida ao serviço de urgência pelo namorado depois de ter desenvolvido dispneia severa enquanto comia o jantar. Ela descreve que estava a desfrutar da sua refeição com salada, carne e batatas quando subitamente desenvolveu dispneia, pieira e um forte aperto torácico. Durante o percurso de carro para a urgência, desenvolveu náuseas e teve uma dejeção diarreica aquosa logo após chegar ao serviço de urgência. Também tinha bebido vinho tinto durante o jantar, e estava no terceiro copo de vinho quando os sintomas surgiram. Não teve episódios semelhantes no passado. Não tem alergias alimentares conhecidas, mas salienta que raramente bebe vinho, especialmente vinho tinto. Tem história de rinite alérgica, mas sem história de asma ou outros problemas médicos graves. Os sinais vitais são temperatura 37,4°C, frequência respiratória 28/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 90/60 mm Hg; SpO₂ 93 % (ar ambiente). A pele da doente apresenta pequenas pápulas eritematosas pruriginosas dispersas. A auscultação cardíaca é rítmica, com S4 audível, e a auscultação pulmonar revela sibilos expiratórios discretos. O exame físico abdominal e o raio-X do tórax encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

- A. Broncoscopia
- B. Cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão
- C. Concentração sérica de complemento
- D. Concentração sérica de histamina
- E. Sem necessidade de estudos adicionais

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Sem necessidade de estudos adicionais

A clínica de anafilaxia é extremamente sugestiva e todas as manifestações que a doente apresentam podem ser enquadradas nessa reação, ainda mais, pela informação que nos é dada, que sugere que o agente provável será o vinho tinto (LTPs). Com esta clínica florida, não há necessidade de exames complementares devendo, sim, ser instituída terapêutica para mitigar progressão da reação e suas complicações.

Restantes alíneas:

A - Broncoscopia

Comentário: Exame invasivo não justificado pelo facto do quadro clínico de anafilaxia ser evidente.

B - Cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão

Comentário: Exame de medicina nuclear útil, por exemplo, para diagnóstico de tromboembolia pulmonar segmentar, mas que face a este quadro, é inútil.

C - Concentração sérica de complemento

Comentário: Um exame complementar meramente académico perante uma clínica tão evidente.

D - Concentração sérica de histamina

Comentário: Ainda que pudesse estar elevada perante uma anafilaxia, numa clínica tão óbvia e com relação causal identificada, é um exame inútil neste caso, nesta altura.

PERGUNTA 114

Uma mulher de 35 anos vem à consulta por dispneia de esforço com três meses de evolução e agravamento progressivo. No último inverno teve vários episódios em que os dedos ficaram subitamente brancos quando expostos ao frio, seguido de dor e calor intensos. Refere ainda notar espessamento distal da pele dos dedos das mãos. Não tem antecedentes de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 85/40 mmHg; SpO2 94% (ar ambiente). Ela tem 165 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 25 kg/m². Ao exame físico observa-se esclerodactilia isolada das falanges distais e acrocianose marcada. A auscultação cardíaca revela sons presentes, rítmicos e sopro sistólico grau 2 auscultável ao longo do bordo esternal

esquerdo. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios diminuídos sem ruídos adventícios. O abdómen é mole e depressível à palpação.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,8 mg/dL
Glucose 89 mg/dL
Proteína C reativa 50 mg/L

Sangue

Hemoglobina 16,0 g/dL
VGM 80 fl
HCM 31 pg
Leucócitos 10 500/mm³
Velocidade de sedimentação eritrocitária 35 mm/1^a hora

O exame sumário da urina não revela alterações patológicas. O raio-X do tórax encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O ecocardiograma transtorácica revela dilatação das cavidades direitas; PSAP estimada de 70 mmHg (N <25 mmHg); boa função sistólica biventricular.

É mais provável que o estudo serológico seja positivo para qual dos seguintes anticorpos?

- A. Anticentrómero
- B. Anti-RNA polimerase
- C. Antitopoisomerase
- D. Anti-U1 RNP
- E. Anti-U3 RNP

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Anticentrómero

O caso clínico aborda uma mulher de 35 anos com um quadro com meses de evolução de esclerose sistémica com envolvimento limitado (fenómeno de Raynaud, acrocianose, espessamento distal dos dedos, esclerodactilia isolada das falanges). Além disso, a doente apresenta uma dispneia de esforço, ligeira hipotensão arterial, hipoxemia em ar ambiente e auscultação cardio-pulmonar com um sopro sistólico grau 2 no bordo esternal esquerdo e com sons respiratórios diminuídos. Dos exames complementares destaca-se a radiografia de tórax sem alterações (nomeadamente padrão intersticial) e um ecocardiograma transtorácico altamente sugestivo de hipertensão arterial pulmonar (PSAP com 70 mmHg e com dilatação das cavidades direitas). Os exames analíticos não revelam

alterações relevantes. Todas as alíneas apresentadas representam anticorpos que podem ser encontrados na esclerose sistémica. No entanto, o anticorpo anticentrómero é um dos mais comuns (assim como o anti-topoisomerase) e que se encontra mais frequentemente associado ao espessamento cutâneo limitado e à hipertensão arterial pulmonar.

Restantes alíneas:

B - Anti-RNA polimerase

Comentário: O anticorpo anti-RNA polimerase é menos frequente e associa-se ao envolvimento cutâneo difuso e à crise renal esclerodérmica (função renal no caso normal).

C - Antitopoisomerase

Comentário: O anticorpo anti-topoisomerase é frequente na esclerose sistémica, mas associa-se a envolvimento difuso e doença intersticial pulmonar (apesar da dispneia de esforço, não existem crepitações pulmonares e a radiografia torácica não tem alterações).

D - Anti-U1 RNP

Comentário: O anticorpo anti- U1 RNP é mais raramente encontrado na esclerose sistémica isolada, sendo mais frequentemente encontrado na doença mista de tecido conjuntivo, estando associado a hipertensão arterial pulmonar, mas não existem outras características como a artrite e a miosite.

E - Anti-U3 RNP

Comentário: O anticorpo anti-U3 RNP é menos frequente que o anticentrómero, e apesar de também associar a hipertensão arterial pulmonar, encontra-se mais comumente em doentes com envolvimento difuso.

PERGUNTA 115

Um homem de 39 anos vem à consulta com o médico assistente por sensação de saciedade precoce e cansaço para médios esforços, que se instalaram progressivamente nos últimos seis meses. Ele não tem antecedentes médicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 65/min e pressão arterial 125/70 mmHg. Ele tem 178 cm de altura e pesa 70 Kg; IMC 22 Kg/m². Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral. A pele e mucosas estão descoradas e as escleróticas anictéricas. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de

normalidade. O abdómen é mole e depressível e o baço é palpável cerca de 12 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, com consistência firme.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,0 mg/dL

Desidrogenase láctica 120 U/L

Ferro 70 µg/L

Ferritina 160 ng/mL

Ácido fólico 5 ng/mL [N = 3-17 ng/mL]

Vitamina B12 285 pg/mL [N = 195-770 pg/mL]

Sangue

Hemoglobina 10,8 g/dL

VGM 90 fl

Leucócitos 173 000/mm³

Neutrófilos 92%

Mielócitos 4%

Metamielócitos 2%

Blastos 1%

Plaquetas 165 x 10⁹ /L

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

- A. Beta-talassemia
- B. Hematopoiese extramedular por mielofibrose primária
- C. Linfoma esplénico
- D. Mutação de JAK2
- E. Translocação entre os cromossomas 9 e 22

Chave oficial:E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Translocação entre os cromossomas 9 e 22

Este é um quadro típico de Leucemia Mieloide Crónica, pelo quadro progressivo e presença de mieleemia no sangue periférico, ou seja, presença de leucocitose significativa à custa de fórmulas imaturas em vários estádios de diferenciação no sangue periférico. A esplenomegalia volume, anemia e escassa quantidade de blastos também são compatíveis com este diagnóstico. Neste caso, a mutação que estaríamos a espera de encontrar seria a t(9;22) designada também por "cromossoma Philadelphia", mutação "driver" na LMC.

Restantes alíneas:

A - A beta-talassemia, uma hemoglobinopatia congénita, não é diagnóstico diferencial de leucocitose.

B - Para ocorrer hematopoiese extramedular na mielofibrose (sugerida, neste caso clínico, pela esplenomegalia), implicaria que estivéssemos na presença de uma fase de doença avançada, já com elevado grau de fibrose no interior da medula. Na doença avançada, encontraríamos no sangue periférico uma pancitopenia marcada, que não se verifica nesta vinheta clínica. Não justifica, além disso, esta leucocitose significativa. Por outro lado, a LDH é normal, o que seria atípico.

C - O linfoma esplénico, apesar de poder ser causa de esplenomegalia, não cursa com mieleemia no sangue periférico. Poderia eventualmente observar-se linfocitose e não leucocitose à custa de neutrófilos e outros granulócitos imaturos, como se observa nesta vinheta.

D - A mutação JAK2 associa-se a outro tipo de neoplasia mieloproliferativas, nomeadamente policitemia vera, trombocitose essencial e mielofibrose primária. O doente não apresenta sinais característicos de qualquer uma das duas primeiras, nomeadamente poliglobulia ou trombocitemia, respetivamente, não apresentando também um quadro clínico característico de mielofibrose primária (vide supra).

PERGUNTA 116

Um menino de 9 anos é trazido à consulta após o início do ano escolar pelo aparecimento de lesões cutâneas – algumas acastanhadas e outras hipocrômicas, ligeiramente pruriginosas – com um mês de evolução. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Ao exame físico observam-se lesões maculares, finamente descamativas, com diferentes dimensões, dispersas nos ombros e região dorsal. No restante exame físico não há outras alterações de relevo.

Qual dos seguintes agentes patogénicos é a causa mais provável da condição deste doente?

- A. *Candida albicans*
- B. *Malassezia furfur*
- C. *Microsporum canis*
- D. *Sarcoptes scabiei var. hominis*
- E. *Trichophyton rubrum*

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Malassezia furfur

Num doente com o exantema descrito (macular, finamente descamativo, com lesões acastanhadas e hipocrómicas de dimensão variável nos ombros e dorso, ligeiramente pruriginoso), com 1 mês de evolução, devemos pensar na pitiríase versicolor que é uma infeção fúngica bastante frequente em idade pediátrica e que tem esta apresentação clássica.

Restantes alíneas:

A - *Candida albicans*

Comentário: Habitualmente é causa de candidíase oral ou do períneo, não sendo frequente a distribuição descrita para as lesões. Adicionalmente, é um agente mais frequente em crianças mais jovens, nesta idade é muito rara em crianças não imunodeprimidas.

C - *Microsporum canis*

Comentário: Um dos agentes que causa tinea corporis. Clinicamente caracteriza-se por um exantema que se inicia com uma mancha ou placa pruriginosa circular ou oval, eritematosa ou hiperpigmentada, que progride de forma centrífuga, ficando uma lesão anular de centro hipopigmentado e bordo elevado; podem surgir várias placas que coalescem. A presença de múltiplas lesões ou lesões extensas é incomum em doentes não imunodeprimidos.

D - *Sarcoptes scabiei var. hominis*

Comentário: Agente causador da escabiose. O sintoma mais proeminente da infestação é o prurido, que habitualmente é grave e piora durante a noite. As lesões cutâneas são pápulas eritematosas milimétricas, sendo ocasionalmente visíveis galerias (linhas serpiginosas eritematosas ou acastanhadas com até 1-2cm), normalmente com lesões de coceira sobrepostas. A distribuição mais frequente das lesões é na região interdigital, punhos, axilas, região periumbilical, abdómen, períneo, glúteos e coxas.

E - *Trichophyton rubrum*

Comentário: Agente frequente de tinea corporis e também pode causar tinea pedis. A tinea corporis clinicamente caracteriza-se por um exantema que se inicia com uma mancha ou placa pruriginosa circular ou oval, eritematosa ou hiperpigmentada, que progride de forma centrífuga, ficando uma lesão anular de centro hipopigmentado e bordo elevado; podem surgir várias placas que coalescem; a presença de múltiplas lesões ou lesões extensas é incomum em doentes não imunodeprimidos. A tinea pedis caracteriza-se por lesões descamativas interdigitais pruriginosas que podem evoluir com fissuras.

PERGUNTA 117

Um homem de 62 anos vem à consulta por icterícia e desconforto na região epigástrica, acolia de fezes e colúria com três meses de evolução. A história médica revela hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e adenocarcinoma do reto com metástases hepáticas síncronas, com diagnóstico quatro anos antes. Foi tratado com quimioterapia neoadjuvante, ressecção anterior do reto e hepatectomia direita por via laparoscópica três meses depois. A medicação habitual inclui captopril e insulina. Ao exame físico o abdome encontra-se mole e depressível, indolor, sem massas palpáveis. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Creatinina 1.8mg/dL, Na 134mEq/L, K 4.8mEq/L, Cl 101 mEq/L, Ast 159U/L, ALT 180U/L, FA 250U/L, GGT 300U/L, BT 6mg/dL, BD 4mg/dL, Albumina 3.7g/dL. Hemoglobina 12,1g/dL, Leuc 5100/mm, Plaquetas 162×10^9 L.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Doseamento de CEA
- B. Ecografia abdominal
- C. Fluidoterapia
- D. Pesquisa do sinal de Courvoisier
- E. TC torácica e abdominal com contraste

Chave oficial:C

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Ecografia abdominal

É o exame imagiológico de primeira linha na avaliação do doente com icterícia, em particular, icterícia de origem intrahepática ou extrahepática. Neste caso em particular, a abordagem à lesão renal poderá ser mais premente.

Restantes alíneas:

A - Doseamento de CEA – Pode ser útil na monitorização da recidiva do adenocarcinoma do colon. Não é a abordagem prioritária.

C - Fluidoterapia – Trata-se de um homem com quadro de adenocarcinoma do reto com metástases hepáticas, diagnosticado e tratado há 4 anos, que se apresenta com icterícia, colúria, acolia e dor abdominal há 3 meses. Do estudo

laboratorial destaca-se lesão renal aguda (Cr 1.8mg/ddL) e alteração das provas hepáticas de predomínio colestático com hiperbilirrubinemia. Deste quadro destaca-se, por um lado, a elevação da creatinina (Cr 1.8mg/dL) que, na ausência de antecedentes de doença renal crônica, se poderá enquadrar numa lesão renal aguda secundária a lesão tubular pela hiperbilirrubinemia. Neste sentido, a fluidoterapia é fundamental para reverter a lesão. Por outro lado, temos um doente com icterícia obstrutiva de etiologia ainda não esclarecida. Após anamnese, exame objetivo e estudo laboratorial, a ecografia abdominal é o exame de escolha.

D - Pesquisa do sinal de Courvoisier – Este sinal é muito sugestivo de neoplasia do pâncreas. Não é o mais prioritário.

E - TC torácica e abdominal com contraste – Será um exame importante na abordagem a este doente, sobretudo na presença de neoplasia para estadiamento. Na presença de lesão renal aguda a utilização de contraste deve ser cautelosa para não agravar a função renal.

PERGUNTA 118

Um homem de 56 anos vem ao serviço de urgência por dispneia intensa. Acordou hoje, às 3 horas da manhã, com uma dispneia «angustiante como nunca tinha tido». Ele diz: «Ajude-me, porque estou a morrer!» A história médica revela hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica com dois episódios de enfarte agudo do miocárdio há quatro e dois anos. No final do último internamento, foi-lhe dito que tinha ficado com uma função ventricular esquerda muito diminuída. Refere ter os fatores de risco e sintomatologia cardíaca controlados, com a terapêutica instituída. Os sinais vitais são frequência respiratória 25/min, frequência cardíaca 114/min e pressão arterial 212/132 mm Hg. Ao exame físico está ansioso, pálido, diaforético e polipneico com tiragem respiratória. A auscultação cardíaca revela taquicardia, sendo o restante impercetível. A auscultação pulmonar mostra crepitações, roncos e sibilos dispersos em todo o campo pulmonar. O abdómen participa no esforço respiratório, sem dor à palpação. Não tem edemas dos membros inferiores. Qual dos seguintes é o principal objetivo terapêutico, no imediato?

- A. Aumentar a pré-carga.
- B. Aumentar o batmotropismo
- C. Aumentar o inotropismo.
- D. Reduzir a pressão arterial.
- E. Reduzir o cronotropismo.

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Reduzir a pressão arterial - Numa Insuficiência cardíaca aguda em edema agudo do pulmão hipertensivo dever-se-á reduzir a pós-carga.

Restantes alíneas:

A - Numa Insuficiência cardíaca aguda em edema agudo do pulmão hipertensivo dever-se-á reduzir a pré-carga.

B - Fármacos com actividade batmotrópica positiva (aumentam a excitabilidade cardíaca ao tornarem o potencial de repouso de membrana menos negativo) não têm papel no edema agudo do pulmão hipertensivo. Num doente com tonus adrenérgico aumentado podem aumentar o risco de disritmia.

C - Fármacos com actividade inotrópica positiva (aumentam a contractilidade cardíaca) devem ser reservados para doentes com insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito cardíaco (com perfil hipotensivo e má perfusão periférica).

E - Fármacos cronotrópicos negativos não devem ser usados num doente congestivo. Neste doente, a taquicardia (presumivelmente sinusal) é provavelmente reactiva e não a causa da descompensação.

PERGUNTA 119

Uma mulher de 33 anos vem ao serviço de urgência por história de cefaleia severa com duas horas de evolução. Nega dispneia, desconforto, dor torácica ou confusão. A história médica revela hipertensão refratária à medicação. Encontra-se medicada habitualmente com amlodipina e hidroclorotiazida e recentemente iniciou tratamento com enalapril. Não há história familiar de hipertensão. Ela tem 172 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 23 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 88/min, regular, e pressão arterial 220/135 mm Hg, bilateralmente; SpO₂ 98 % (ar ambiente). A fundoscopia não revela hemorragia retiniana ou edema da papila. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole, não distendido, indolor, sem hepatoesplenomegalia, com um sopro sistodiastólico audível na região periumbilical esquerda; os ruídos hidroaéreos estão presentes. O exame neurológico não revela alterações da força muscular, da sensibilidade ou dos pares cranianos. Está orientada no espaço e no tempo. A marcha é normal. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável para a hipertensão severa desta doente?

- A. Aterosclerose
- B. Coartação vascular
- C. Displasia fibromuscular
- D. Hipersecreção autónoma de aldosterona
- E. Secreção excessiva de catecolaminas

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Displasia fibromuscular

Este caso é um exemplo paradigmático de uma hipertensão de causa secundária dada a idade jovem da examinada e refratoriedade a várias classes farmacológicas. Por vezes o próprio exame físico pode dar pistas quanto à causa subjacente de hipertensão. No caso desta doente, estava presente um sopro na região peri-umbilical esquerda, o que faz levantar a suspeita de hipertensão renovascular. Numa doente jovem, particularmente do sexo feminino, sem fatores de risco cardiovasculares, a hipertensão renovascular é mais frequentemente causada por displasia fibromuscular.

Restantes alíneas:

A - Aterosclerose

Comentário: A aterosclerose pode ser uma causa de hipertensão renovascular, mas não é a principal hipótese diagnóstica numa doente jovem, se fatores de risco cardiovasculares. Mais frequentemente pode ser vista em idosos com aterosclerose em vários territórios vasculares, particularmente doença arterial periférica.

B - Coartação vascular

Comentário: A coartação vascular, nomeadamente coartação da aorta, é uma causa rara (< 1%) das hipertensões secundárias. É também vista em pessoas jovens, mas o achado mais típico seria encontrar um diferencial nas pressões arteriais entre as extremidades superiores e inferiores (não medido) ou entre os membros (o que não se verifica neste caso). Eventualmente pode ser audível um sopro interescapular, o que não se verifica nesta doente.

D - Hipersecreção autónoma de aldosterona

Comentário: O hiperaldosteronismo primário é uma causa relativamente frequente de hipertensão secundária e deve ser sempre excluído, mas não é a causa mais provável nesta doente que tem achados no exame físico que indiciam uma causa renovascular.

E - Secreção excessiva de catecolaminas

Comentário: O feocromocitoma é uma causa rara (< 1%) das hipertensões secundárias. Mais frequentemente é visto em contexto de episódios paroxísticos de hipertensão, cefaleias pulsáteis, palpitações, palidez e PA lábil. Não é a causa mais provável nesta doente que tem achados no exame físico que indiciam uma causa renovascular.

PERGUNTA 120

Um casal vem ao consultório médico por não conseguir procriar após 15 meses de atividade sexual sem qualquer contraceção. A mulher tem 31 anos e tem antecedentes de um aborto espontâneo às seis semanas de gestação, há três anos, com parceiro anterior. Os ciclos menstruais são regulares, de 28-30 dias, com fluxos menstruais de 3-4 dias. A paciente nega antecedentes de patologia ginecológica ou cirurgias prévias e não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 128/70 mm Hg. Ela tem 170 cm de altura e pesa 65 kg; IMC 23 kg/m². O exame físico, incluindo o ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Traz histerossalpingografia, que se encontra dentro dos parâmetros de normalidade. O parceiro atual tem 37 anos, é saudável e não tem queixas. Ele pratica body building. Treina ginásio três horas por dia e, nos últimos dois anos, para aumentar a massa muscular recorre a esteroides anabolizantes. Não toma outras substâncias farmacológicas. Nega consumo de álcool ou tabaco. Traz análises sanguíneas com doseamento sérico de LH diminuído e testosterona dentro dos parâmetros de normalidade. Foi efetuada colheita de sémen para espermograma. O volume ejaculatório foi de 2 mL (N > 1,5 mL). Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para a infertilidade deste casal?

- A. Aderências pélvicas
- B. Anovulação
- C. Disfunção ejaculatória
- D. Oligospermia.
- E. Septo uterino

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Oligospermia - O caso clínico fala-nos de uma situação de infertilidade (15 meses de atividade sexual regular sem contraceção). O elemento feminino é aparentemente saudável, registando mesmo uma gravidez anterior (apesar de malsucedida) com outro parceiro. O elemento masculino pratica body building e é consumidor de anabolizantes esteroides desde há 2 anos. As alterações analíticas com LH diminuído e testosterona normal, são muito típicas associadas ao consumo destas substâncias, promovendo assim alterações da espermatogénese que se refletem no espermograma, nomeadamente oligospermia.

Restantes alíneas:

A - Aderências pélvicas – O elemento feminino não tem qualquer razão para apresentar aderências pélvicas, nomeadamente antecedentes cirúrgicos ou história de doença inflamatória pélvica.

B - Anovulação – Este fator não parece estar presente uma vez que o elemento feminino apresenta ciclos regulares de duração normal (28-30 dias).

C - Disfunção ejaculatória – Tendo em conta que o volume ejaculatório é normal, a disfunção ejaculatória não parece ser o fator preponderante.

E - Septo uterino – O fator uterino não é aparentemente um fator contribuidor, uma vez que o elemento feminino não apresenta história de patologia ginecológica e o exame ginecológico parece ser normal. A história obstétrica também não aponta para uma possível malformação uterina.

PERGUNTA 121

Um homem de 74 anos vem à consulta de urologia por queixas de polaquiúria (9 micções/dia), hesitação, imperiosidade sem incontinência, nictúria (4 micções/noite) e jato diminuído com seis meses de evolução. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2 e síndrome de apneia obstrutiva do sono, e a medicação habitual inclui metformina. É fumador de 40 UMA desde há 40 anos. Ele tem 166 cm de altura e pesa 84 kg; IMC 30 kg/m². O toque retal revela próstata de cerca de 60 mm³, de consistência elástica, simétrica, indolor, sem nódulos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,96 mg/dL

Ureia 46 mg/dL [N = 10-40 mg/dL]

PSA total 3,5 ng/mL [N ≤ 4]

Sangue

Hemoglobina 16 ,5 g/dL

A ecografia vesical e prostática suprapúbica confirma o volume prostático de 60 mm³ e mostra um resíduo pós-miccional de 90 mm³. A urofluxometria mostra um fluxo máximo de 13 mL/s com curva levemente alongada. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Ecografia renal.
- B. Ecografia transretal.
- C. Estudo urodinâmico.
- D. Mapa miccional.
- E. TC abdominal e pélvica.

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Mapa miccional.

Resumo: o caso retrata o estudo de um doente do sexo masculino com LUTS de armazenamento (polaquiúria, imperiosidade e noctúria) e de esvaziamento (hesitação e jato diminuído).

O mapa miccional deve ser usado na avaliação do homem com LUTS predominantemente de armazenamento. É descrito como o principal método / uma das ferramentas mais valiosas para a avaliação objetiva dos LUTS

Restantes alíneas:

A - Ecografia renal

Comentário: Estaria indicada se houvesse comprometimento da função renal por exemplo. As indicações para realização de ecografia renal no estudo inicial de um doente com LUTS são: comprometimento da função renal (elevação Cr sérica ou

diminuição TFG), resíduo pós-miccional elevado, história de hematúria ou litíase urinária.

B - Ecografia transretal.

Comentário: A avaliação prostática já foi feita por toque retal e ecografia por via suprapúbica. A ecografia trans-retal nada de relevo acrescentaria neste caso na avaliação do doente.

C - Estudo urodinâmico.

Comentário: O estudo urodinâmico, como exame invasivo que é, não tem indicação na avaliação inicial do homem com LUTS. Este exame deverá ser considerado nas seguintes situações: (1) antes da realização de tratamento invasivos para os LUTS; (2) quando nenhum outro exame esclarece a etiologia dos LUTS; (3) em quem se considera tratamento invasivo e que não consegue urinar >150cc; (4) em quem se considera cirurgia e tem LUTS de esvaziamento + $Q_{max} > 10 \text{ mL/s}$; (5) em quem se considera tratamento invasivo e tem LUTS de esvaziamento + RPM > 300cc; (6) em quem se considera tratamento invasivo e tem LUTS esvaziamento + >80 anos; (7) em quem se considera tratamento invasivo e tem LUTS esvaziamento + <50 anos.

E - TC abdominal e pélvica.

Comentário: Não tem qualquer indicação no estudo de LUTS no homem. O caso não aponta, de todo, para uma situação oncológica onde poderia ter interesse como forma de estadiamento, caso estivesse estabelecido o diagnóstico de cancro da próstata.

PERGUNTA 122

Um homem de 52 anos vem ao consultório médico para vigilância. Ele refere que se sente bem. A história médica revela hipertensão arterial e dor lombar baixa intermitente. A medicação habitual inclui enalapril, hidroclorotiazida e paracetamol em SOS. Nega consumo de tabaco, álcool ou de drogas ilícitas. Não tem história familiar de cancro. O IMC é de 24 kg/m^2 . Os sinais vitais são temperatura $36,5^\circ\text{C}$, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 130/87 mm Hg. O exame físico abdominal não revela alterações. Ele revela estar preocupado com o cancro da próstata, pois um dos seus amigos teve diagnóstico recente e pergunta se pode fazer algum exame preventivo. Os riscos e as vantagens do rastreio são discutidos com o homem.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Estabelecer as expectativas e receios sobre o rastreio de cancro da próstata
- B. antes de propor algo. Iniciar tratamento hipouricemiante.
- C. Iniciar tratamento uricolítico.
- D. Realizar artrocentese numa das articulações do doente.
- E. Vigiar uricémia na próxima consulta sem medicar

Chave oficial: A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Estabelecer as expectativas e receios sobre o rastreio de cancro da próstata antes de propor algo.

Resumo: doente do sexo masculino, 52 anos, assintomático, e que nunca realizou qualquer MCDT para rastreio de cancro da próstata.

Tal como descrito em várias fontes (Campbell 12ª edição e guidelines EAU 2021) devem ser discutidos com o doente os benefícios e potenciais riscos associados ao rastreio do cancro da próstata (toque retal + PSA) assim como geridas as expectativas e esclarecidas as dúvidas sobre este mesmo rastreio para o doente tomar uma decisão informada acerca do mesmo.

Restantes alíneas:

B - Informar que o rastreio de cancro da próstata não está indicado a não ser que fique sintomático.

Comentário: O rastreio de cancro da próstata deve ser feito, independentemente da sintomatologia, em homens a partir dos 50 anos, ou 45 anos se existir história familiar, com PSA e toque retal. O cancro da próstata em estadios curáveis não dá sintomas.

C - Iniciar rastreio de cancro da próstata aos 60 anos.

Comentário: O rastreio de cancro da próstata deve ser feito, independentemente da sintomatologia, em homens a partir dos 50 anos, ou 45 anos se existir história familiar

D - Realizar toque retal digital hoje.

Comentário: Porque deve existir a discussão médico-doente referida na alínea A previamente à requisição de MCDTs. Além disso, no rastreio, a solicitação do PSA e a realização do toque retal são simultâneas, não há uma que deva ser feita antes da outra.

E - Solicitar hoje o doseamento de PSA.

Comentário: Porque deve existir a discussão médico-doente referida na alínea A previamente à requisição de MCDTs. Além disso, no rastreio, a solicitação do PSA e a realização do toque retal são simultâneas, não há uma que deva ser feita antes da outra.

PERGUNTA 123

Uma mulher de 42 anos, professora, em ao consultório médico por obstrução nasal persistente desde há três meses, sem outros sintomas acompanhantes. Foi submetida a dois ciclos de antibioterapia por suspeita de sinusite, sem melhoria. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo, não faz medicação habitual e nega consumo de álcool ou tabaco. A TC do crânio mostra espessamento ao nível da nasofaringe suspeito de infiltração maligna. A biópsia da lesão revela alterações compatíveis com carcinoma indiferenciado.

Qual dos seguintes é o agente causal mais provável deste quadro clínico?

- A. Adenovírus.
- B. Citomegalovírus.
- C. Papilomavírus humano.
- D. Vírus Epstein-Barr.
- E. Vírus herpes simplex.

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Vírus Epstein-Barr.

O carcinoma da nasofaringe associa-se a infeção pelo vírus Epstein-Barr(EBV)

Restantes alíneas:

A - Adenovírus.

Comentário Não é agente etiológico dos carcinomas da cabeça e pescoço, nomeadamente nasofaringe.

B - Citomegalovírus.

Comentário: Não é agente etiológico dos carcinomas da cabeça e pescoço, nomeadamente nasofaringe.

C - Papilomavírus humano.

Comentário: A infeção por HPV associa-se ao carcinoma da orofaringe, e não nasofaringe.

E - Vírus herpes simplex

Comentário: Não é agente etiológico dos carcinomas da cabeça e pescoço, nomeadamente nasofaringe.

PERGUNTA 124

Um homem de 63 anos vem ao consultório médico por cansaço para pequenos esforços que se instalou progressivamente nas últimas três semanas. A história médica revela hipertensão arterial e hipercolesterolemia. A medicação habitual inclui irbesartan e sinvastatina. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 85/min e pressão arterial 135/80 mm Hg. Ele tem 174 cm de altura e pesa 73 kg; IMC 24 kg/m². Ao exame físico apresenta bom estado geral. A pele e mucosas estão descoradas e as escleróticas levemente ictéricas. À palpação, o abdómen é mole e depressível, palpando-se a ponta do baço no final da inspiração. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,38 mg/dL

Desidrogenase láctica 220 U/L

Bilirrubina Total 2,5 mg/dL

Ferro 70 µg/dL

Ferritina 180 ng/mL

Ácido fólico 5 ng/mL [N = 3-17 ng/mL]

Vitamina B12 [N = 195-770 pg/mL]

Teste de Coombs direto 450 pg/mL Positivo

Sangue

Hemoglobina 8,7 g/dL

VGM 100 fL

Leucócitos 11 000/mm³

Neutrófilos 59 %

Linfócitos 33 %

Plaquetas $395 \times 109/L$

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para o quadro clínico descrito?

- A. Anemia secundária a insuficiência renal.
- B. Ausência de expressão do gene da β -globina.
- C. Défice de ADAMTS13.
- D. Hemólise causada por IgG antieritrocitária.
- E. Infiltração da medula óssea por mielofibrose primária.

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Estamos perante uma vinheta clínica de um homem de 63 anos, que se apresenta com queixas inespecíficas de astenia com 3 semanas de evolução, destacando-se ainda palidez, icterícia e esplenomegalia ao exame objetivo. Analiticamente destaca-se uma anemia ligeiramente macrocítica (VGM 100 fL), marcadores de hemólise aumentados (LDH de 220 e bilirrubina total de 2.5 mg/dL (sem referência a fracção directa/indirecta), bem como um teste de Coombs direto positivo. Assim, estamos perante uma anemia hemolítica auto-imune (a única em que o teste de Coombs é positivo), que resulta da ligação de autoanticorpos aos eritrócitos. De notar que não estão presentes défices vitamínicos concomitantes, pelo que o aumento do VGM será muito provavelmente à custa da reticulocitose aumentada.

Restantes alíneas:

A - A anemia da doença renal crónica, uma anemia hipoproliferativa tipicamente normocítica associada a DRC avançada, não explica os marcadores de hemólise aumentados.

B - A beta-talassemia major, uma hemoglobinopatia congénita que se manifesta tipicamente com uma anemia francamente microcítica, tipicamente de apresentação durante a infância. Apesar de ter um componente hemolítico, não explica o teste de Coombs positivo nem é compatível com uma apresentação clínica de evolução relativamente aguda aos 63 anos idade.

C - O défice de ADAMTS13 é um achado presente na PTT (púrpura trombocitopénica trombótica). Apesar de ser causa de anemia hemolítica microangiopática, seria de esperar uma trombocitopenia acompanhante. Por outro lado, não explicaria o teste de Coombs positivo. Por outro lado, clinicamente, estão ausentes as restantes manifestações de PTT, como manifestações neurológicas e febre, estando apenas presente uma possível diminuição da função renal (não sabemos a creatinina basal deste doente).

E - Na mielofibrose primária, seria de esperar uma esplenomegalia marcada e não relativamente frustre, como observado neste caso clínico. Por outro lado, não explica os marcadores de hemólise aumentados nem o teste de Coombs positivo, além de que a anemia seria muito provavelmente acompanhada por outras citopenias.

PERGUNTA 125

Uma mulher de 26 anos vem ao consultório por episódios recorrentes de perda hemática genital em quantidade escassa, 14 a 16 dias após o período menstrual, desde há três meses. A menarca foi aos 14 anos; a coitarca foi aos 19 anos. Os ciclos menstruais são de 28-30 dias e o período menstrual tem uma duração de 5 dias. Refere ter sintomatologia pré-menstrual que inclui tensão mamária, alterações do humor e dismenorreia. Ela tem atividade sexual esporádica e usa o preservativo como método contraceptivo. Gesta 1, para 1, com parto eutócico há dois anos, a termo, sem intercorrências. A data da última menstruação foi há três semanas. Não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Não faz medicação habitual. Ela tem 162 cm de altura e pesa 54 kg; IMC 21 kg/m². Os sinais vitais e o exame físico, incluindo o exame ginecológico, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A ecografia pélvica revela útero e anexos sem alterações; o endométrio é descrito como sendo trilaminar, o aspeto característico da fase secretora. Qual das seguintes é a explicação mais provável para os episódios de hemorragia genital nesta paciente?

- A. Aumento gradual dos níveis séricos de progesterona
- B. Ciclos ovários anovulatórios
- C. Defeito da fase lútea do ciclo ovário
- D. Diminuição abrupta dos níveis séricos de estrogénio
- E. Hipertrofia endometrial

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Diminuição abrupta dos níveis séricos de estrogénio

O caso clínico ilustra uma hemorragia uterina anormal, nomeadamente um spotting a meio do ciclo menstrual. Segundo o capítulo 39 da bibliografia aconselhada: 'Another example of abnormal bleeding in patients who do ovulate is midcycle spotting, in which patients report bleeding at the time of ovulation. In absence of demonstrable pathology, this self-limited bleeding can be attributable to the sudden drop in estrogen level, which destabilizes the endometrium'.

Restantes alíneas:

A - Aumento gradual dos níveis séricos de progesterona

Comentário: Após a ovulação, fisiologicamente há um aumento dos níveis séricos da progesterona, promovendo a diferenciação do endométrio de proliferativo para secretor. Logo este facto não constitui a causa da hemorragia.

B - Ciclos ovários anovulatórios

Comentário: No caso clínico existem múltiplos sinais clínicos que apontam para ciclos ovulatórios: a doente tem sintomas pré menstruais e tem ciclos regulares.

C - Defeito da fase lútea do ciclo ovário

Comentário: Esta entidade é sempre um diagnóstico de exclusão. Nestes casos existe ovulação, no entanto o corpo lúteo não secreta progesterona de forma adequada para suportar o endométrio, gerando, portanto, ciclos curtos. A doente apresenta ciclos de 28-30 dias (normais).

E - Hipertrofia endometrial

Comentário: O exame ginecológico não demonstrou hipertrofia endometrial, estando descrito um endométrio trilaminar, característico da fase secretora (compatível com a última menstruação há 3 semanas)

PERGUNTA 126

Um homem de 54 anos é trazido ao serviço de urgência por ter “vomitado sangue” hoje de manhã. Ele está desde então prostrado e sudorético. A história médica inclui cirrose alcoólica. Os sinais vitais são temperatura de 35.9°C, frequência respiratória 10/min, frequência cardíaca 140/min e pressão arterial 60/42mmHg. Ele tem 170cm e pesa 54Kg; IMC 17.8Kg/m². Ao exame físico observa-se emagrecimento. O doente está obnubilado e pouco colaborante. As mucosas estão descoradas e hidratadas. Observa-se icterícia conjuntival. O tempo de perfusão capilar é de 5 segundo. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios bilaterais. A auscultação cardíaca revela taquicardia, sons rítmicos, sem sopros ou galopes. O abdomen apresenta-se globoso com macicez dos flancos, com sinais de circulação colateral. Sem melhoria hemodinâmica após fluidoterapia intensiva.

Após esta abordagem no serviço de urgência, qual das seguintes é a melhor orientação?

A. Admitir em enfermaria de cirurgia

- B. Angiografia
- C. Endoscopia digestiva alta
- D. Laparotomia exploradora
- E. TC toracoabdominal

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Endoscopia digestiva alta

Trata-se de um doente com cirrose hepática que se apresenta com hematóemeses com instabilidade hemodinâmica (hipotenso, taquicardico). Foi feita fluidoterapia intensiva sem melhoria hemodinâmica. Embora seja ideal a estabilidade hemodinâmica antes da realização de um exame invasivo, nestas situações, e perante as opções dadas, a melhor orientação é a endoscopia digestiva alta para controlo da hemorragia e consequente estabilidade hemodinâmica.

Restantes alíneas:

A - Admitir em enfermaria de cirurgia

Comentário: Um doente em choque hemorrágico deve ser admitido numa unidade de cuidados intensivos.

B - Angiografia

Comentário: Não é o método de primeira linha na hemorragia associada a hipertensão portal.

D - Laparotomia exploradora

Comentário: Dada a suspeita de hemorragia associada a hipertensão portal a terapêutica médica e endoscópica são as terapêuticas de primeira linha. A laparotomia exploradora não esta indicada nesta situação.

E - TC toracoabdominal

Comentário: Não é o exame de primeira linha neste caso. A avaliação clinica e analítica permitem o diagnostico provável de hemorragia digestiva num doente com cirrose, que é a situação mais urgente a abordar neste doente.

PERGUNTA 127

Um homem de 56 anos vem à consulta de medicina geral e familiar por desequilíbrio com duas semanas de evolução. Tem-se mantido na cama por vômitos e sensação de «paredes a rodar». Refere, adicionalmente, zumbidos (acufenos), desde há cinco anos, que pioraram desde o acidente de viação ocorrido há três meses. Nega surdez. Tem história de carcinoma da hipofaringe, diagnosticado há um ano e tratado com cisplatina durante nove meses. Mantém medicação com furosemida (80 mg/dia) por edemas consequentes àquele tratamento. É ex-fumador de 30 UMA desde há 12 meses. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. Ao exame físico não apresenta nistagmo espontâneo. Sem alteração nas provas estatocinéticas. O restante exame físico, incluindo o otoneurológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Creatinina 1,2 mg/dL Sódio 132 mEq/L Potássio 3,7 mEq/L Cloro 100 mEq/L Osmolaridade 270 mOsmol/kg H₂O Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Iniciar beta-histina
- B. Iniciar dimenidrato
- C. Manter repouso e hidratação
- D. Realizar manobra reabilitadora
- E. Suspende a furosemida

Chave oficial:D

Proposta Academia: Anular pergunta

O enunciado apresenta informação clínica escassa, relativamente ao episódio agudo, e contraditória, motivo pelo qual esta questão pode e deve ser contestada. Apesar do doente sentir sensação ilusória rotacional (“paredes a rodar”) e vômitos, com 2 semanas de evolução, o que poderia levar a pensar num quadro de vertigem periférica, não se pode afirmar que seja um quadro de vertigem periférica pois falta/há contradição em vários aspetos na história clínica, nomeadamente:

- Caso fosse uma VPPB a vertigem duraria tipicamente segundos a minutos e seria provocada com movimentos gravitacionais cefálicos. Além disso, haveria agravamento/precipitação das queixas com manobras provocatórias (manobra de Dix-Hillpike/ manobra de McClure, por exemplo) que fazem parte do exame otoneurológico, que segundo o enunciado está normal.

- No caso de uma nevríte/neuronite vestibular a vertigem teria duração de horas a dias, com sintomas neurovegetativos associados. Ao exame objetivo seria de esperar nistagmo horizonte-rotatório, Head impuls test com sacada de refixação,

Rombergue com rotação etc, o que não ocorre no caso clínico apresentado (Provas estatocinéticas e exame otoneurológico normais).

- A hipótese de S de Meniere também é excluída tendo em conta este enunciado, pois não há evidência da tríade clássica: vertigem, hipoacusia (baixas frequências inicialmente) e outros sintomas auditivos (acufeno/plenitude aural).

Assim, perante a informação do enunciado, trata-se de um caso inespecífico de tontura.

Posto isto,

A- Só tem indicação na doença de Ménière e na fase aguda de uma Nevrite vestibular

B- É um anti-histamínicos e inibidores de H₁, usado como anti-emético e depressor vestibular. Podia ser usado neste caso clínico para alívio dos sintomas do doente (nomeadamente os vômitos)

C- Tem discreta hiponatremia, pode fazer sentido o repouso e a hidratação e melhor estudo do doente.

D- Não estando diagnosticada uma VPPB (o enunciado refere que o exame otoneurológico está normal, o que pressupõe que as manobras provocatórias estão normais) não faz sentido realização de manobras reabilitadoras

E- Pela análise do ionograma, não parece haver necessidade de alterar a furosemida.

PERGUNTA 128

Uma mulher de 39 anos vem ao consultório médico mostrar o resultado de colonoscopia total realizada para estudo de astenia e anemia ferropénica. A história familiar revela antecedentes de carcinoma do endométrio (mãe de 76 anos, submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral), adenocarcinoma gástrico (irmão de 54 anos, sob quimioterapia) e carcinoma urotelial (irmão de 49 anos). A colonoscopia total mostra a presença de formação ulcerovegetante do cego, pólipó pediculado do ângulo esplénico com 1 cm (excisado) e pólipó séssil no descendente com 8 mm (excisado). O estudo histológico releva adenocarcinoma do cego, pólipó adenomatoso com displasia de baixo grau (R0) e pólipó viloso com displasia de baixo grau (R0) do cólon. Os sinais vitais e o exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a mais adequada na gestão desta doente?

- A. Investigar exposição a carcinogéneos
- B. Investigar instabilidade de microssatélites
- C. Pesquisar mutação do gene APC
- D. Pesquisar mutação do gene MYH
- E. Pesquisar mutação do proto-oncogene RET

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Investigar instabilidade de microssatélites

Esta questão apresenta a vinheta de uma doente jovem, com história familiar de carcinoma gástrico e endometrial. Adicionalmente, é descrita a presença de 3 pólipos dispersos pelo cólon. Assim, isto poderá corresponder a um caso de Síndrome de Lynch, pelo que a opção "Investigar instabilidade de microssatélites" é a resposta correcta. Esta instabilidade de microssatélites, encontrada nos doentes com esta síndrome, decorre da mutação de um dos seguintes genes, envolvidos na reparação mismatch do DNA: MLH1, MSH2, MSH6, ou PMS2.

Restantes alíneas:

A - Investigar exposição a carcinogéneos

Comentário: Sem interesse na gestão futura da patologia desta doente.

C - Pesquisar mutação do gene APC

Comentário: Gene mutado na polipose adenomatosa familiar, para a qual esta doente não preenche critérios (dezenas de pólipos).

D - Pesquisar mutação do gene MYH

Comentário: Este caso poderia corresponder a uma forma recessiva da polipose associada a MYH. Contudo, a mesma ocorre em doentes mais velhos (>70 anos).

E - Pesquisar mutação do proto-oncogene RET

Comentário: Associado a neoplasia endócrina múltipla.

PERGUNTA 129

Uma mulher de 51 anos vem ao consultório médico por episódios recorrentes de desconforto suprapúbico, polaquiúria e nictúria nos últimos dois anos. Ela refere que por vezes se acompanha de dor abdominal generalizada. Realizou previamente vários estudos clínicos que não revelaram alterações e fez vários

ciclos de antibioterapia, sem melhoria. A história médica revela perturbação de ansiedade generalizada, depressão major e litíase renal. A medicação habitual inclui sertralina, pregabalina, metamizol e alprazolam (SOS). A data da última menstruação foi há três meses. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 135/89 mm Hg. Ela tem 164 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 28 kg/m². Ao exame físico apresenta-se com bom estado geral, pele corada e hidratada. O abdómen é mole e depressível. O restante exame físico incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, palpação da tiroide e exame ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos realizados recentemente revelam:

Urina

Sangue 2+

Urocultura Estéril

A ecografia abdominal, colonoscopia de rastreio (realizada no último ano) e cistoscopia encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Cistite interstícia
- B. Dor crónica pélvica
- C. Efeito secundário da medicação
- D. Menopausa
- E. Síndrome do cólon irritável

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Cistite intersticial

O caso clínico demonstra um quadro de sintomas urinários com vários meses de evolução. Parece enquadrar-se num quadro de cistite intersticial uma vez que a doente apresenta uma sensação de desconforto supra-púbico associado a outros sintomas urinários (poliaquiúria e noctúria) com mais de 6 semanas de evolução, na ausência de outras causas (nomeadamente infeção). No estudo da urina apresenta sangue 2+, mas com urocultura negativa, excluindo uma possível causa infecciosa. Havendo hematúria é necessário prosseguir com o estudo, tendo feito uma cistoscopia, que não revelou outras etiologias possíveis (lesões malignas, corpos estranhos). De relevar, que a cistite intersticial associa-se muitas vezes a outros síndromes dolorosos crónicos: dor pélvica crónica, síndrome do intestino irritável, fibromialgia e condições psicológicas/psiquiátricas.

Restantes alíneas:

B - Dor pélvica crónica

Comentário: Geralmente é considerada uma dor não cíclica que dura há mais de 6 meses, localizando-se na pelve, parede abdominal anterior no umbigo ou abaixo do mesmo, lombossagrada ou nas nádegas e que tem repercussão nas atividades de vida diária. Neste caso clínico havia uma focalização mais urinária, pelo que esta não é a resposta certa.

C - Efeito secundário da medicação

Comentário: Os fármacos que compõem a medicação habitual da doente não justificam o quadro clínico.

D - Menopausa

Comentário: A menopausa pode ser responsável pelo síndrome genitourinário da menopausa (SGUM), sendo que pode associar-se a queixas de secura vaginal e desconforto urinário, devido ao hipoestrogenismo desta fase da vida da mulher. No entanto, a doente não tem um diagnóstico estabelecido de menopausa uma vez que menstruou há 3 meses. Para além disso o exame ginecológico também não evidenciou uma atrofia genital importante.

E - Síndrome do colon irritável

Comentário: A doente não apresenta sintomatologia gastrointestinal, nomeadamente obstipação ou diarreia. Apesar de tudo, também não apresenta alterações na colonoscopia.

PERGUNTA 130

Um lactente de 18 meses, previamente saudável, é trazido ao serviço de urgência por febre elevada (temperatura máxima 40°C, picos 4/4h) com três dias de evolução. O pai refere ainda seis a oito dejeções aquosas por dia, várias raiadas com sangue vermelho vivo, um a dois vómitos diários, com recusa alimentar parcial, mas a tolerar ingestão de líquidos. Frequenta infantário e há colegas de turma com quadro semelhante. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência cardíaca 105/min e pressão arterial 86/53 mm Hg. Ao exame físico encontrava-se com pele e mucosas pálidas, lábios secos, ativo e reativo a estímulos. Tem dor abdominal ligeira à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1,2 mg/dL

Ureia 69 mg/dL [N = 10-40 mg/dL]

Sódio 142 mEq/L

Potássio 4,6 mEq/L

Sangue

Hemoglobina 7,1 g/dL

Plaquetas $86 \times 10^9/L$

Esfregaço Esquizócitos

Qual dos seguintes agentes patogénicos é a causa mais provável da condição deste doente?

- A. *Campylobacter jejuni*
- B. Norovírus
- C. Rotavírus
- D. *Salmonella* não typhi
- E. *Shigella* spp

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: *Shigella* spp

Estamos perante um lactente 18 meses com um quadro de gastroenterite com características preocupantes (febre alta e diarreia sanguinolenta) e que apresenta uma avaliação analítica com anemia microangiopática, trombocitopenia e lesão renal, pelo que se conclui o diagnóstico de síndrome hemolítico urémico. É causado por toxinas que encontramos em estirpes de *E. coli* (EH O157:H7 é responsável por 90% dos casos) e de *Shigella* spp.

Restantes alíneas:

A - *Campylobacter jejuni*

Comentário: Causa um quadro de gastroenterite aguda caracterizado por diarreia (sanguinolenta em >50% dos casos), febre alta, dor abdominal e vômitos, mas não está tipicamente associado a síndrome hemolítico urémico.

B – Norovírus

Comentário: Causa um quadro de gastroenterite aguda caracterizado por diarreia aquosa sem sangue, febre, dor abdominal, cefaleia e mialgias. Não é produtor de toxinas, pelo que não se associa a síndrome hemolítico urémico.

C – Rotavírus

Comentário: Causa um quadro de gastroenterite aguda caracterizado por diarreia aquosa abundante sem sangue, febre e vômitos. Apesar de atuar como enterotoxina, não se associa a síndrome hemolítico urémico.

D - Salmonella não typhi

Comentário: Causa um quadro de gastroenterite aguda caracterizado por diarreia que habitualmente não é sanguinolenta, náuseas, vômitos, febre, dor abdominal, fadiga, perda ponderal e cefaleia, e não está tipicamente associado a síndrome hemolítico urémico.

PERGUNTA 131

Uma menina de 3 anos é trazida ao consultório médico pela mãe por ter notado uma massa abdominal ao dar banho à criança. A menina tem antecedentes de paralisia cerebral e utiliza cadeira de rodas por mobilidade reduzida. É alimentada através de tubo de gastrostomia por dificuldades alimentares. A medicação habitual inclui baclofeno e levetiracetam. Nas duas últimas semanas, a mãe notou menor número de dejeções, com volume reduzido e por vezes líquidas. Não apresentou vômitos ou resíduo gástrico. O peso encontra-se no percentil 5, a estatura no percentil 25 e o IMC no percentil 3. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. À observação, encontra-se vígil e bem-disposta. O abdómen encontra-se distendido, com uma massa firme e volumosa palpável na fossa ilíaca esquerda. Apresenta hipertonicidade em todos os membros e clónus aquiliano bilateral. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico mais adequado, neste momento?

- A. Clister opaco.
- B. Concentração sérica de α -fetoproteína.
- C. Concentrações urinárias de ácidos vanilmandélico e homovanílico.
- D. Raio-X simples do abdómen.
- E. TC abdominal e pélvica.

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Raio-X simples do abdómen.

Nesta situação temos uma obstipação muito provavelmente secundária às alterações neurológicas desta criança (criança com paralisia cerebral), e também potencialmente agravada pela medicação que pode ter como efeito secundário a obstipação (por exemplo o baclofeno). A obstipação é uma situação relativamente comum neste tipo de doentes. A presença de uma massa volumosa e firme com a localização referida pode ser secundária à presença de fezes, pelo que a realização da radiografia simples do abdómen, em primeira linha, pode ser um MCD importante sobretudo para valorização da retenção fecal e para avaliar uma eventual obstrução intestinal previamente à desimpactação/tratamento da obstipação. Eventualmente consoante a imagem poderia ser necessário prosseguir investigação, mas a realização da radiografia simples seria um bom ponto inicial de partida.

Restantes alíneas:

A - O clister opaco poderia ser um exame a ponderar caso a hipótese diagnóstica fosse, por exemplo, a doença de Hirschsprung, que parece pouco provável nesta situação.

B - O doseamento da α -fetoproteína tem interesse no diagnóstico de tumores (primários ou secundários) do fígado. Não é expectável qualquer utilidade desde MCD neste quadro clínico (pelo menos nesta fase inicial da investigação, e com outro diagnóstico mais provável).

C - O doseamento de ácidos vanilmandélico e homovanílico tem interesse no diagnóstico de tumores produtores de catecolaminas (por exemplo neuroblastomas). Não é expectável qualquer utilidade desde MCD neste quadro clínico (pelo menos nesta fase inicial da investigação, e com outro diagnóstico mais provável).

E - Poderia ser um MCD a considerar caso a desimpactação/tratamento não resultasse e houvesse alterações em avaliação analítica e/ou na radiografia do abdómen que pudessem sugerir a presença de tumores/massas abdomino-pélvicas. Nesta fase, e perante o diagnóstico mais provável, não é o MCD mais importante a realizar.

Uma mulher de 73 anos é trazida pelos familiares à consulta após crise de agressividade dirigida ao marido e aos filhos. Os familiares relatam que, nos últimos cinco meses, após ter alta de internamento hospitalar, a doente tem estado progressivamente mais inquieta, alternando períodos de choro e ansiedade com períodos de desorientação no tempo e no espaço. Hoje afirmou ter «malfeitores em casa», acreditando que os familiares foram substituídos por impostores. Têm ocorrido outros episódios similares, motivando o recurso frequente ao serviço de urgência, onde fez estudo analítico e imagiológico cerebral sem alterações de novo, e os tratamentos introduzidos não foram eficazes. Devido a estas alterações de comportamento e dificuldades na gestão das tarefas domésticas, passou a viver em casa dos filhos. A história médica revela hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidémia, com adesão parcial à terapêutica. Há seis meses, foi internada na sequência de um acidente vascular cerebral, do qual não terão resultado sequelas motoras e da linguagem.

Qual das seguintes alternativas representa a medida que mais terá contribuído para a prevenção do quadro clínico atual da doente?

- A. Consumo diário de café
- B. Controlo dos valores da pressão arterial
- C. Reabilitação cognitiva precoce
- D. Suplementação com ácidos gordos ómega-3 e 6
- E. Tratamento da depressão comórbida

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Controlo dos valores da pressão arterial

Estamos perante um caso de trauma, onde a abordagem é ABCDE: avaliar O quadro descrito corresponde a demência vascular. Tem início mais comum no final dos 60 e 70 anos, sendo com frequência relativamente aguda após acidente vascular cerebral. Clinicamente podem existir alterações de personalidade e emocionais, com labilidade emocional e declínio cognitivo. Os fatores de risco cardiovasculares são, naturalmente, fatores de risco de demência vascular e a sua prevenção é a mais importante para prevenir quadros desta doença. Assim, o controlo dos valores da pressão arterial é uma medida de prevenção para o aparecimento de demência vascular, considerando até que a doente tem adesão apenas parcial à terapêutica.

Restantes alíneas:

A - Consumo diário de café

Comentário: O consumo de café é considerado um fator ambiental protetor da doença de Parkinson.

C - Reabilitação cognitiva precoce

Comentário: Existem vários estudos que relacionam a reabilitação cognitiva precoce e demência vascular/mista. Para além dos resultados serem variados, não se rataria de uma medida preventiva.

D - Suplementação com ácidos gordos ómega-3 e 6

Comentário: Já foi colocada a hipótese pela comunidade científica do impacto da ingestão desses ácidos gordos na prevenção do declínio cognitivo, porém os estudos não conseguem comprovar um papel preventivo (primário ou secundário) desta suplementação.

E - Tratamento da depressão comórbida

Comentário: A depressão é considerada pela bibliografia como um fator de risco para a demência vascular, porém não temos indicação da existência de um episódio depressivo prévio. Os sintomas emocionais presentes atualmente são englobados no quadro de demência vascular.

PERGUNTA 133

Uma mulher de 47 anos recorre à consulta por artralguas localizadas às mãos, intermitentes, com mais de seis meses de evolução. Refere dor localizada às pequenas articulações interfalângicas proximais e distais das mãos, assimétricas, acompanhadas de calor, rubor e edema. A doente está receosa de ter a mesma doença da mãe (artrite reumatóide). Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. A medicação habitual inclui ibuprofeno, em SOS frequentemente. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 69/min e pressão arterial 132/74mmHg. O exame físico revela deformações das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas distais e desvio cubital dos 3º, 4º e 5º dedos das mãos.

Qual dos seguintes estudos analíticos é mais específico para o diagnóstico mais provável desta doente?

- A. Anticorpos antifosfolipídicos
- B. Anticorpos antipeptídeos citrulinados
- C. Fator reumatóide
- D. Imunocomplexos circulantes
- E. Velocidade de sedimentação

Chave oficial: B

Proposta Academia: Apesar de a alínea correta: (B) Anticorpos anti-peptídeos citrulinados, a proposta da Academia é anular a pergunta.

Validação da afirmação correcta: Anticorpos anti-peptídeos citrulinados

O caso clínico aborda uma mulher de 47 anos, com antecedentes familiares de artrite reumatoide e com um quadro crónico (mais de 6 meses) de poliartralgias assimétricas envolvendo as articulações interfalângicas proximais e distais acompanhado de sinais inflamatórios e deformações no exame físico, nomeadamente desvio cubital dos dedos. O quadro clínico descrito encontra-se mal formulado para a suspeita diagnóstica de Artrite Reumatoide (AR) uma vez que, apesar de existir desvio cubital dos dedos (característico de AR) a descrição com envolvimento assimétrico das articulações e o envolvimento das articulações interfalângicas distais (IFD) é muito raro. Neste sentido, é muito difícil enquadrar todas as manifestações no diagnóstico de AR isolado. A Artrite Psoriática seria um diagnóstico mais provável, dado ter um envolvimento assimétrico, por vezes originar deformações articulares tipo-AR e envolver frequentemente as IFD. Outra possibilidade era a coexistência de AR com Osteoartrose nodal das IFD, devendo estar descrito a existência de nódulos duros. Assim, esta pergunta deveria ser anulada pois as alíneas estão apresentadas para a suspeita de AR que, como descrito acima, não é o diagnóstico mais provável. Caso a suspeita fosse a AR, a alínea correta seria os anticorpos anti-peptídeos citrulinados (alínea B), tratando-se de anticorpos presentes em 60-70% dos casos e com uma especificidade de 95%.

Restantes Alíneas:

(A) Anticorpos antifosfolípidos- Os anticorpos antifosfolípidos não têm qualquer especificidade ou indicação para ser solicitados na suspeita de AR. Encontram-se associados à Síndrome de anticorpos antifosfolípidos que se manifesta com morbilidade obstétrica e complicações trombóticas.

(C) Fator reumatoide- O fator reumatoide são anticorpos com sensibilidade semelhante aos anticorpos anti-peptídeos citrulinados mas com menor especificidade, podendo ser encontrados em várias outras doenças reumáticas, infeções crónicas, neoplasias e em indivíduos normais, sobretudo na população idosa.

(D) Imunocomplexos circulantes- Os imunocomplexos circulantes podem ser encontrados em diversas doenças reumáticas inflamatórias como a AR e o Lúpus eritematoso sistémico, no entanto não apresentam nenhuma especificidade e não têm indicação para ser solicitados.

(E) Velocidade de sedimentação- É um exame com alguma sensibilidade para as artropatias inflamatórias, mas com baixa especificidade, podendo ser encontrado em várias doenças reumáticas inflamatórias, infeções, neoplasias, entre outros.

PERGUNTA 134

Uma mulher de 44 anos, auxiliar de ação técnica num lar de idosos, vem à consulta de medicina geral e familiar por preocupações em relação à sua capacidade de manter funções profissionais. Refere que os horários do seu local de trabalho são alterados a cada três meses e que, na mais recente alteração passou a estar alocada a turnos noturnos. Desde essa altura sente-se muito cansada, tem dificuldade em concentrar-se e adormece com facilidade de dia assim como quando está a trabalhar à noite. Por outro lado, nas manhãs em que regressa a casa de trabalhar não consegue dormir mais do que três ou quatro horas seguidas. Recentemente, num turno noturno, trocou a medicação de dois idosos do lar, o que a deixou particularmente preocupada com a situação. Refere ainda que no último período em que ficou alocada a uma rotação de horários deste tipo ocorreram problemas similares, e chegou mesmo a ter um acidente de viação em que chocou contra um muro. Está muito preocupada com a possibilidade de poder cometer um erro profissional importante e pede o seu conselho.

Qual das seguintes é a abordagem mais adequada para prevenir a ocorrência de erros na execução de funções profissionais da doente?

- A. Mediar com metilfenidato antes do início de turnos noturnos
- B. Mediar com modafinil antes do início de turnos noturnos
- C. Mediar com trazodona na manhã após turnos noturnos
- D. Mediar com zolpidem na manhã após turnos noturnos
- E. Recomendar a toma de até três cafés durante os turnos noturnos

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Mediar com modafinil antes do início de turnos noturnos O quadro descrito corresponde a perturbação de sono por trabalho por turnos, tendo o modafinil indicação formal para estes quadros, de acordo com a sua gravidade. Pelo impacto do seu funcionamento, com risco de perigo, consideramos gravidade suficiente para introduzir medicação.

Restantes alíneas:

A - Mediar com metilfenidato antes do início de turnos noturnos

Comentário: Metilfenidato e anfetaminas semelhantes não têm indicação para utilização na perturbação em questão. Os seus efeitos adversos incluem insónia, mas também sonolência excessiva, numa prevalência frequente.

C - Medicação com trazodona na manhã após turnos noturnos

Comentário: Não temos informação que nos permita aferir se as horas de sono referidas são no início, meio ou fim do período definido para dormir. Essa informação seria essencial para considerar esta hipótese terapêutica, dada a semi-vida curta da trazodona.

D - Medicação com zolpidem na manhã após turnos noturnos

Comentário: Não temos informação que nos permita aferir se as horas de sono referidas são no início, meio ou fim do período definido para dormir. Sendo o zolpidem um fármaco de acção curta, caso a senhora adormecesse ao deitar e acordasse passado 4 horas, o efeito do fármaco não seria suficiente para prolongar o seu sono.

E - Recomendar a toma de até três cafés durante os turnos noturnos

Comentário: Existem vários estudos sobre consumo de cafeína em trabalho por turnos, com bons resultados. Porém, este consumo deverá ser feito longe da hora de final do turno, para não provocar insónia durante o período definido para dormir após o turno. Referindo a hipótese que seria "durante o turno" não conseguimos perceber a distância entre a toma e a hora de deitar.

PERGUNTA 135

Um homem de 75 anos vem ao serviço de urgência por notar os membros inferiores e o abdómen aumentados de volume de forma significativa nos últimos dias. A história médica revela hipertensão arterial, diabetes Mellitus, dislipidemia e enfarte agudo do miocárdio há dois anos, motivo pelo qual mantém seguimento regular em consulta hospitalar. A medicação habitual inclui furosemida, valsartan, ácido acetilsalicílico, bisoprolol, metformina e rosuvastatina. É fumador de 60 UMA. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratório 16/min, frequência cardíaca 58/min e pressão arterial 124/78mmHg. Ao exame físico está lúcido e colaborante, eupneico, com as mucosas coradas e hidratadas. A auscultação cardíaca revela S1 e S2 presentes sem sopros. A auscultação

pulmonar revela escassas crepitações bibasais, sem broncospasmo. O abdómen está muito distendido, com sinal da onda líquida presente. Existem edemas depressíveis muito marcados dos membros inferiores acima dos joelhos.

Os resultados dos estudos analíticos iniciais revelam:

Soro

Creatinina 1.9mg/dL

Glucose 104mg/dL

ALT 30 U/L

AST 20 U/L

Troponina I 4ng/mL

Sangue

Hemoglobina 14,2g/dL

Leucócitos 4500/mm³

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

- A. Administrar furosemida endovenosa
- B. Enviar para hemodiálise
- C. Repetir doseamento sérico de troponina I
- D. Solicitar eletrocardiograma
- E. Solicitar raio-X do tórax

Chave oficial: D

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Administrar furosemida endovenosa

O doente apresenta comorbilidades cardiovasculares importantes, nomeadamente um enfarte agudo do miocárdio. Tendo em conta estes antecedentes e o quadro clínico, parece mais provavelmente tratar-se de uma agudização ou progressão de uma insuficiência cardíaca com predomínio direito (edema abdominal e periférico mais marcado do que congestão pulmonar), para a qual a medicação habitual já não parece adequada. Apesar de não se queixar de dispneia, o edema atual é importante o suficiente para ter motivado a vinda ao serviço de urgência. Assim, apesar da relevância da investigação de uma causa de descompensação da insuficiência cardíaca ou de esclarecer se houve progressão da doença, torna-

se urgente aliviar os sintomas congestivos com a otimização da terapêutica diurética.

Restantes alíneas:

B - Enviar para hemodiálise

Comentário: Neste momento, o doente não apresenta critérios para hemodiálise. Analiticamente, não tem dados suficientes que justifiquem este tratamento. Clinicamente, não apresenta sintomas sugestivos de uremia (náuseas, vômitos, prostração), mas tem sobrecarga hídrica importante. No entanto, é possível otimizar a terapêutica diurética e verificar a resposta antes de ponderar tratamento dialítico.

C - Repetir doseamento sérico de troponina I

Comentário: O doente não apresenta clínica sugestiva de síndrome coronária aguda (mesmo considerando que tem diabetes) e já temos acesso a um valor normal de troponina I, pelo que, para já, não se justificaria repetir esta análise.

D - Solicitar eletrocardiograma

Comentário: O doente não apresenta clínica sugestiva de síndrome coronária aguda (mesmo considerando que tem diabetes) e já temos acesso a um valor normal de troponina I. Seria relevante realizar este exame para investigar uma possível alteração de ritmo no contexto desta descompensação ou até como possível causa para o quadro. Além disso, poderia dar-nos sinais indiretos de alterações estruturais cardíacas. No entanto, não se torna mais urgente do que o alívio dos sintomas com a terapêutica diurética.

E - Solicitar Rx do tórax

Comentário: Este exame seria relevante para avaliar o grau de sobrecarga hídrica a nível pulmonar e também nos poderia dar sinais indiretos de causa cardíaca para o quadro atual (cardiomegalia). Apesar da clínica ser pouco sugestiva, poderia dar informações acerca de possíveis causas pulmonares para descompensação da doença de base. No entanto, não se torna mais urgente do que o alívio dos sintomas com a terapêutica diurética.

PERGUNTA 136

Uma mulher de 20 anos, estudante e solteira, é trazida ao serviço de urgência por agentes da polícia de segurança pública, na sequência de ter insultado uma pessoa que não conhecia, na via pública. Um amigo que a acompanha refere que apresenta comportamentos estranhos desde o dia anterior, na sequência de uma

festa que ambos frequentaram e onde algumas pessoas consumiram substâncias ilícitas. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. À observação apresenta-se não colaborante por agitação franca e atitude agressiva, com olhar perplexo e tensão muscular evidente. O discurso é escasso. A doente grita frases curtas, sugestivas de se sentir ameaçada ("Não [... Vão-me matar!").

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Contenção física
- B. Mediar com lorazepam
- C. Mediar com olanzapina
- D. Pesquisar drogas de abuso na urina
- E. Solicitar TC do crânio

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Mediar com olanzapina

O quadro descrito corresponde a um episódio psicótico. De acordo com restante história, existe a possibilidade de ser uma psicose induzida por substâncias tóxicas, porém não temos confirmação de que tenha consumido, nem confirmação analítica. Ainda assim, a utilização de antipsicóticos para tratar os quadros psicóticos não difere, independentemente da causa. O indicado seria mediar com um antipsicótico, para controlo dos sintomas psicóticos e controlo imediato da agitação.

Restantes alíneas:

A - Contenção física

Comentário: Apesar de muitas vezes, especialmente em contexto de urgência, ser necessário o recurso a contenção física, deve ser tentada a introdução de medicação previamente, não só pelo seu potencial de contenção química mas para iniciar de imediato o tratamento.

B - Mediar com lorazepam

Comentário: As benzodiazepinas podem diminuir a agitação, diminuindo conseqüentemente a agressividade. Porém tratando-se de um quadro psicótico, o passo mais adequado seria tratar com um antipsicótico, que igualmente diminuísse a agitação e assim agressividade.

D - Pesquisar drogas de abuso na urina

Comentário: Passo importante para estudo etiológico do quadro, porém no momento de grande agitação, agressividade, angustia e perplexidade, seria importante medicar para diminuição dos sintomas e tranquilização da doente, e num segundo tempo proceder aos exames complementares de diagnóstico.

E - Solicitar TC do crânio

Comentário: Passo importante para estudo etiológico do quadro, num aparente primeiro episódio psicótico, porém no momento de grande agitação, agressividade, angustia e perplexidade, seria importante medicar para diminuição dos sintomas e tranquilização da doente, e num segundo tempo proceder aos exames complementares de diagnóstico.

PERGUNTA 137

Uma mulher de 54 anos vem à consulta de vigilância com o seu médico de família para renovação da medicação. A história médica revela depressão major recorrente e asma desde a adolescência. Atualmente está assintomática, mas refere períodos de pieira e dispneia cerca de duas vezes por mês, desde a última consulta. A medicação habitual inclui budesonida + formoterol por via inalatória e salbutamol em SOS, por nebulização, que utiliza três a quatro vezes por semana e que não suspendeu, conforme recomendado, por se sentir melhor com o seu uso. Nega história de tabagismo ou consumo de álcool. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 93/min e pressão arterial 110/67mmHg; SpO2 99% (ar ambiente). Ela tem 173cm de altura e pesa 60kg, IMC 20kg/m². Apresenta bom estado geral. O exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Esta doente deve ser advertida de que está em maior risco para qual dos seguintes?

- A. Enfisema pulmonar
- B. Hipercaliemia
- C. Morte
- D. Neoplasia
- E. Obesidade

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Morte

O uso abusivo de SABA (salbutamol), particularmente mais de uma embalagem por mês está comprovadamente associado a aumento da mortalidade por asma, muito provavelmente porque os doentes que o fazem não têm o componente inflamatório da sua asma controlado e perpetuam o risco.

Restantes alíneas:

A - Enfisema pulmonar

Comentário: O risco para enfisema assente essencialmente em predisposição genética mais concreta (exemplo paradigmático do défice de alfa 1 anti tripsina) e de exposição a nódicos (como por exemplo o tabaco). O mau controlo de asma pode associar-se a perda de função pulmonar e não tanto a enfisema, na ausência das condições mencionadas atrás.

B - Hipercalemia

Comentário: O salbutamol pode dar hipocaliémia e não hiper.

D - Neoplasia

Comentário: Não está documentada essa associação com asma não controlada ou com uso excessivo de salbutamol

E - Obesidade

Comentário: Não está documentada essa associação com asma não controlada ou com uso excessivo de salbutamol.

PERGUNTA 138

Uma mulher de 18 anos vem ao consultório por receio de estar grávida. Tem atraso menstrual de seis dias. A mulher está muito ansiosa e pede sigilo pois não quer que os pais saibam que já tem atividade sexual. Não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. A menarca foi aos 12 anos, os ciclos menstruais são de 26-33 dias. A coitarca foi há um ano. Até ao momento teve dois parceiros sexuais. Usa como método contraceptivo o coito interrompido. Nunca usou preservativo porque eram "namorados fixos" e tem receio de engordar se tomar contraceptivo hormonal. Nega alergias. Ela tem 155cm de altura e pesa 54kg, IMC 23kg/m². Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros da normalidade. Ao exame físico observa-se presença de acne facial e oleosidade da pele. O restante exame físico, incluindo o ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O teste imunológico de gravidez é negativo.

Qual dos seguintes é o método contraceptivo mais adequado para aconselhar a esta mulher?

- A. Contraceptivo hormonal combinado e preservativo de látex
- B. Contraceptivo hormonal com desogestrel e espermicida
- C. Dispositivo intrauterino com levonorgestrel
- D. Implante intradérmico com etonorgestrel e preservativo de látex
- E. Preservativo masculino de membrana intestinal animal

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Contraceptivo hormonal combinado e preservativo de látex

O caso clínico revela uma situação de consulta de planeamento familiar. Tratando-se de uma jovem saudável, sem contra-indicações para qualquer tipo de contraceptivo, e apresentando acne facial e oleosidade cutânea, a contraceção com ACO combinado parece uma boa hipótese. Desta forma, vai permitir um bom controlo do ciclo menstrual, reduzir o fluxo menstrual e utilizando um CHC com progestativo anti androgénico permite também a melhoria dos sinais de hiperandrogenismo (acne, oleosidade, hirsutismo). A dupla proteção (ACO + preservativo) é o ideal para proteção adicional para as IST.

Restantes alíneas:

B - Contraceptivo hormonal com desogestrel e espermicida

Comentário: A contraceção progestativa deve ser considerada em mulheres que pretendam uma contraceção livres de estrogénios ou não elegíveis (com contra-indicações) para CHC. Para além disso, a contraceção progestativa apresenta um padrão hemorrágico imprevisível, sendo os efeitos laterais mais frequentes: cefaleias, tensão mamária e acne (não será adequado para a doente do caso clínico). O espermicida é um método que não está disponível em Portugal.

C - Dispositivo intrauterino com levonorgestrel

Comentário: A contraceção progestativa com SIU- LNG deve ser considerada em mulheres que pretendam uma contraceção de longa duração, livres de estrogénios ou não elegíveis (com contra-indicações) para CHC. Para além disso, a contraceção progestativa apresenta um padrão hemorrágico imprevisível, sendo os efeitos laterais mais frequentes: cefaleias, tensão mamária e acne (não será adequado para a doente do caso clínico).

D - Implante intradérmico com etonorgestrel e preservativo de latex

Comentário: A contraceção progestativa Implante subcutâneo deve ser considerada em mulheres que pretendam uma contraceção de longa duração, livres de estrogénios ou não elegíveis (com contra-indicações) para CHC. Para além disso, a contraceção progestativa apresenta um padrão hemorrágico imprevisível, sendo os efeitos laterais mais frequentes: cefaleias, tensão mamária e acne (não será adequado para a doente do caso clínico). O método barreira deve sempre ser aconselhado nesta jovem.

E - Preservativo masculino de membrana intestinal animal

Comentário: O método barreira deve ser sempre aconselhado nesta jovem, sendo que não há referência a qualquer tipo de alergia ao latex (mais resistentes). Apesar de proteção das IST, a sua taxa de falha de evicção da gravidez, pode rondar os 18%, pelo que será necessária a utilização de outro método contraceptivo adicional.

PERGUNTA 139

Um homem de 48 anos, "sem abrigo", vem ao serviço de urgência por dor abdominal e náuseas com início há 24 horas. Ele diz "tenho um fígado mau porque bebi muito". Vai habitualmente a outro hospital, mas "como estava na vizinhança decidi vir aqui". Ele nega vómitos e defecou pela última vez há algumas horas. Nega cirurgias abdominais prévias. A sua última bebida alcoólica foi há cerca de 10 horas. Apresenta aspecto pouco cuidado, mas está orientado e alerta. Os sinais vitais são temperatura 38.5°C, frequência respiratória 22/min, frequência cardíaca 105/min e pressão arterial 140/95mmHg. O exame abdominal em decúbito dorsal, revela aumento marcado do perímetro abdominal e macicez nos flancos e onda ascítica na percussão. Verifica-se sensibilidade dolorosa moderada e redução dos ruídos hidroaéreos.

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

- A. Ecografia abdominal
- B. Paracentese
- C. Perfil analítico hepático
- D. Raio-X abdominal simples
- E. TC abdominal

Área de Conhecimento: Gastroenterologia

Chave oficial:B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Paracentese

A análise caso apresentado é muito sugestiva de um doente com doença hepática crónica associada ao álcool, com ascite, e que se apresenta agora com quadro de dor abdominal e febre o que nos indica que poderemos estar perante um quadro de peritonite bacteriana espontânea (PBE). O diagnóstico é feito por paracentese, que é mandatória em todos os doentes com cirrose hepática e ascite perante um quadro de descompensação. Se no líquido ascítico houver >250 polimorfonucleares, é feito então o diagnóstico de PBE.

Restantes alíneas:

A - Ecografia abdominal

Comentário: A ecografia abdominal permite confirmar o diagnóstico de ascite e/ou outras situações que possam ser responsáveis pelo diagnóstico. De qualquer forma, na presença de ascite, a paracentese é o método mais adequado para o diagnóstico de peritonite.

C - Perfil analítico hepático

Comentário: O perfil hepático, num doente com DHC, irá estar alterado e, em algumas situações, podem auxiliar no diagnóstico, como por exemplo na hepatite alcoólica. Perante a suspeita de PBE, não permitem o diagnóstico.

D - Raio-X abdominal simples

Comentário: Auxilia no diagnóstico diferencial de dor abdominal. Apresenta baixa acuidade diagnóstica.

E - TC abdominal

Comentário: Auxilia no diagnóstico diferencial de dor abdominal sobretudo quando foram excluídas outras etiologias como a PBE. Na suspeita de peritonite bacteriana secundária a TC abdominal está recomendada para avaliar a causa da mesma (Ex. perfuração intestinal).

Um homem de 66 anos vem à consulta de medicina geral e familiar referindo anorexia, perda de peso e dor lombar com três meses de evolução. Sem outras queixas. Tem história de hipertensão arterial. A medicação habitual inclui amlodipina. É fumador (40 UMA). Os sinais vitais são temperatura 36.2°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 73/min e pressão arterial 130/70mmHg; SpO2 98% (ar ambiente). Ele tem 170cm de altura e pesa 62kg; IMC 21.5kg/m². Ao exame físico tem idade aparente superior à real e aspeto emagrecido. As mucosas estão descoradas e hidratadas. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está mole e depressível e indolor à palpação; sem organomegalias. Não tem adenopatias periféricas palpáveis. O toque rectal revela próstata globosa, sem nodularidades e sem lesões palpáveis. A palpação das apófises espinhosas de L1 e L2 é dolorosa, sem deformidades. O restante exame físico, incluindo o neurológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

A radiografia da coluna lombar revela colapso no corpo de L2 e uma lesão osteolítica em L1.

Qual das seguintes alternativas é o exame diagnóstico mais apropriado neste momento?

- A. Cintigrafia do esqueleto
- B. PET
- C. Radiografia do tórax e do esqueleto
- D. TC cerebral
- E. TC toracoabdominal e pélvica

Chave oficial:E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Esta vinheta apresenta-nos um homem de 66 anos com dor lombar, mau aspeto geral e perda de peso recente. Além disso, é referido colapso no corpo de L2 e uma lesão osteolítica em L1 em RX da coluna, efetuado a propósito do estudo da dor lombar. Se a primeira parte da vinheta já fazia pensar em red flags para neoplasia, os achados imagiológicos tornam muito provável a hipótese de metastização óssea de origem primária oculta. Assim, de modo a detetar um eventual tumor primário, faria todo o sentido iniciar o estudo por uma TC toraco-abdomino-pélvica. Mesmo que este exame não permitisse a deteção do tumor primário, permitiria avaliar a extensão da doença e eventualmente permitir a deteção de outras metástases mais facilmente biopsáveis, para diagnóstico definitivo.

Restantes alíneas:

A A cintigrafia do esqueleto avaliaria apenas a extensão da neoplasia a nível

ósseo não facilitando a identificação da sua origem primária. Poderia eventualmente ser necessário numa outra fase, mas não na investigação inicial.

B - A PET não tem indicação na investigação inicial de um tumor primário de origem desconhecida. Poderia eventualmente ser utilizado numa outra fase, nomeadamente na avaliação da extensão da doença em determinados tipos de tumor.

C - Por um lado, o RX do esqueleto não tem interesse nesta fase, pois permitira apenas avaliar a presença de lesões ósseas adicionais. No entanto, a prioridade nesta fase é identificar a origem tumoral. Nesse contexto, o RX de tórax poderia ter interesse, apesar de a TC de tórax (incluída na opção E), ser significativamente melhor na deteção de eventual neoplasia primária do pulmão.

D - Não há sinais nesta vinheta clínica, quer na história quer no exame objetivo, que nos apontem para uma origem primária no SNC. Por outro lado, é francamente atípico um tumor cerebral metastizar à distância, nomeadamente sob forma de metastização óssea. A TC cerebral poderia eventualmente ser útil numa fase posterior do estudo da doença, se, dependendo do tumor primário, fosse pertinente a exclusão de metastização cerebral.

PERGUNTA 141

Uma mulher de 57 anos vem ao consultório médico por história de ansiedade e episódios frequentes de taquicardia com três meses de evolução. Refere que tem notado que a roupa está mais larga. Não vai ao médico há vários anos. A história médica revela hipertensão arterial, controlada previamente com atenolol, mas que a doente descontinuou há mais de um ano. Foi fumadora de 20 cigarros por dia durante 30 anos, tendo suspenso os consumos há 5 anos. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 140/90 mm Hg; IMC 20 kg/m². O exame físico mostra exoftalmia bilateral e bócio, sem nódulos identificáveis. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

TSH 0,1 µU/mL

Tiroxina (T4) 15 µg/dL

Tri-iodotironina (T3) 121 ng/dL

Os resultados da tiroglobulina estão pendentes. A situação clínica desta doente resulta mais provavelmente do aumento de anticorpos contra qual dos seguintes?

- A. Recetor da tirotrofina (TSH)
- B. Tiroglobulina (Tg).
- C. Tiroxina (T4).
- D. Transtirretina (TTR).
- E. Tri-iodotironina (T3).

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Recetor da tirotrofina (TSH)

Perante o presente quadro clínico numa doente com perda ponderal não intencional associada a hiperativação adrenérgica (hipertensão arterial, taquicardia, ansiedade) a hipótese diagnóstica de hipertiroidismo deve ser considerada. A avaliação analítica presente neste caso com TSH suprimida e excesso de hormona tiroideia permite o diagnóstico de hipertiroidismo. A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertiroidismo. Ainda assim, a exoftalmia (presente no caso clínico), edema periorbitário, limitação dos movimentos oculares ou dermatopatia infiltrativa são achados clínicos que apenas ocorrem em doentes com Doença de Graves, reafirmando este diagnóstico. A fisiopatologia inerente a esta entidade clínica associa-se à presença e autoanticorpos para o receptor de tirotrofina (TSH) - TRAb – thyrotropin receptor autoantibodies- que activam o receptor, e estimulam a síntese e secreção de hormonas tiroideias, com aumento subsequente do volume homogéneo da glândula tiroideia (bócio difuso).

Restantes alíneas:

B - Tiroglobulina (Tg). – Tanto a Doença de Graves como a Tiroidite de Hashimoto podem ter anticorpos anti-tiroglobulina, mas estes não precisam de ser doseados para diagnóstico de patologia autoimune da tiroide. A utilidade do doseamento destes anticorpos prende-se com o doseamento de Tiroglobulina no follow-up de carcinomas diferenciados da tiroide, cujo doseamento pode ter um falso-negativo pela presença destes anticorpos.

C - Tiroxina (T4). – Embora não se detalhe nenhuma entidade clínica associada a anticorpos anti-Tiroxina (T4), o quadro clínico hipotético esperado seria hipotiroidismo.

D - Transtirretina (TTR). – As alterações do gene da transtirretina (TTR) ou pré-

albumina associam-se a alterações amiloidogénicas, nomeadamente a Polineuropatia Amiloidótica Familiar, associada a polineuropatia e clínica infiltrativa. O quadro clínico não se enquadra neste contexto clínico, e a fisiopatologia tem por base alterações genéticas e não a produção de auto-anticorpos.

E - Tri-iodotironina (T3). Embora não se detalhe nenhuma entidade clínica associada a anticorpos anti-Tri-iodotironina (T3) o quadro clínico hipotético esperado seria hipotiroidismo..

PERGUNTA 142

Um homem de 39 anos vem à consulta por mal-estar geral, rinorreia, tosse e expectoração escassa desde há uma semana. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36.1°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 62/min e pressão arterial 120/70mmHg; SpO2 99% (Ar ambiente). Ao exame físico apresenta esclerótidas ictéricas e rinorreia não purulenta. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole e depressível, sem organomegalias.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

ALT 32U/L

AST 40U/L

Fosfatase alcalina 95U/L

Bilirrubina

Total 2,9mg/dL

Direta 0,3mg/dL

Desidrogenase láctica (LDH) 82U/L

Sangue

Hemoglobina 13.2g/dL

VGM 99fL

Leucócitos 5000/mm³

Neutrófilos segmentados 55%

Linfócitos 25%

Plaquetas $168 \times 10^9/L$

Velocidade de sedimentação eritrocitária 13mm/1ªhora

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da alteração da escleróticas?

- A. Deficiência de vitamina B12
- B. Hemólise
- C. Hepatite vírica
- D. Litíase biliar
- E. Síndrome de Gilbert

Chave oficial: E

Proposta Academia: E

Validação da afirmação correcta: Síndrome de Gilbert

Trata-se de um homem que apresenta icterícia e aumento da bilirrubina total (com predomínio da indireta) durante um quadro gripal. A ausência de alteração das restantes provas hepáticas são muito sugestivas de S. Gilbert. Habitualmente, ao interrogarmos os doentes, estes conseguem reconhecer episódios prévios de icterícia em situações de doença, jejum, falta de sono ou stress.

Restantes alíneas:

A - Deficiência de vitamina B12

Comentário: O diagnóstico surge, habitualmente, perante uma anemia macrocítica e, clinicamente, quando o déficit é grave, com manifestações neurológicas.

B - Hemólise

Comentário: O diagnóstico de hemólise é feito com base na presença de anemia, aumento da bilirrubina indireta, elevação da LDH e diminuição da haptoglobina.

C - Hepatite vírica

Comentário: A hepatite vírica pode manifestar-se com quadro de mal estar geral, anorexia, náusea, vômitos e icterícia. Analiticamente manifesta-se com elevação

das transaminases (por vezes na ordem dos milhares), com ou sem leucocitose e hiperbilirrubinemia direta.

D - Litíase biliar

Comentário: A litíase biliar é assintomática na maioria dos casos. Os sintomas podem decorrer da colelitíase (dor no hipocôndrio direito autolimitada), colecistite (quadro mais prolongado de dor no hipocôndrio direito, associado a sinais de inflamação sistémica e náuseas / vômitos) ou com complicações decorrentes da deslocação dos cálculos para a via biliar, nomeadamente, coledocolitíase e a pancreatite aguda. Apenas nestas últimas duas situações ocorre elevação da bilirrubina total e direta por obstrução da via biliar.

PERGUNTA 143

Uma mulher de 23 anos, estudante universitária, recorre ao serviço de urgência após "desmaio". Refere que está a ser estudada por diarreias persistentes e perda de peso no último ano. Menciona ainda cansaço, tonturas, ansiedade e tristeza, isolando-se cada vez mais do seu grupo de amigos, ao mesmo período de tempo. Está amenorreica há oito meses, mas não se apuram outras queixas. Realizou Colonoscopia há um mês, que não revelou alterações. O exame das fezes não revelou presença de sangue ou parasitas. Os sinais vitais são temperatura 35.5°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 54/min e pressão arterial 90/40mmHg. Ela mede 170cm de altura e pesa 45kg; IMC 15,8kg/m². Ao exame do estado mental está vigil, orientada e ansiosa, com discurso coerente e sem atividade delirante ou alucinatória. Ao exame físico as extremidades estão ligeiramente edemaciadas e frias e apresenta pele seca e lanugo facial. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Glucose 59mg/dL Colesterol Total 268mg/dL Sangue Hemoglobina 10g/dL VGM 85fL Leucócitos 7560/mm³ Plaquetas 100x10⁹/L Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Anorexia nervosa
- B. Diabetes Mellitus
- C. Doença Inflamatória Intestinal
- D. Episódio depressivo major
- E. Hipertireoidismo

Área de conhecimento: Psiquiatria

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Anorexia nervosa

A vinheta descreve um caso clínico de uma mulher de 23 anos que recorre ao serviço de urgência após uma síncope e que apresenta as seguintes queixas: diarreias persistentes, perda de peso, cansaço geral, tonturas, amenorreia, e sintomas ansiosos e depressivos com cerca de um ano de evolução. O exame físico revela sinais de desnutrição e perda ponderal muito significativa (IMC de 15,8), extremidades edemaciadas e frias, secura das mucosas e lanugo facial. Os sinais vitais mostram uma ligeira hipotermia, e valores tensionais e de frequência cardíaca baixos (embora no limiar baixo da normalidade). Os resultados do estudo analítico revelam hipoglicemia ligeira, hipercolesterolemia, anemia normocítica e trombocitopenia ligeira.

A anamnese, o exame físico e os MCDTs são efetivamente altamente sugestivos de uma perturbação de comportamento alimentar – anorexia nervosa. Este é inequivocamente o diagnóstico mais provável. A idade de início do quadro (a anorexia nervosa tipicamente começa durante a adolescência ou na idade adulta jovem) e o sexo feminino tornam o quadro típico, em termos epidemiológicos. Embora não exista uma descrição psicopatológica exaustiva, a clínica de perda de peso, diarreia persistente, sintomas inespecíficos (cansaço geral, tonturas) é bastante sugestiva da anorexia nervosa. A amenorreia é, aliás, uma alteração tão característica que historicamente já fez parte dos critérios diagnósticos de anorexia nervosa, podendo ocorrer precocemente no desenvolvimento da doença. Os sintomas ansioso, depressivos e isolamento social presentes neste caso são comuns na anorexia nervosa (sendo que os sintomas depressivos podem ser consequência direta da desnutrição). Ao exame físico, o pelo fino e macio nas costas, nos braços ou, neste caso, na face (lanugo) é também muito característico, tal como a bradicardia, a hipotensão e o edema periférico, observados nesta doente. A anorexia cursa com imensas alterações fisiológicas, algumas das quais podem obrigar a uma intervenção de urgência. A hipoglicemia, a hipercolesterolemia a anemia normocítica, e a trombocitopenia deste caso clínico enquadram-se nas alterações fisiológicas típicas da anorexia nervosa grave.

Restantes alíneas:

B - Diabetes Mellitus

Comentário: O diagnóstico diferencial da anorexia nervosa impõe-se com outras condições médicas que podem cursar com perda de peso grave. A principal distinção são as alterações psicopatológicas que conduzem ao comportamento de restrição alimentar. Nas doenças médicas que cursam com perda de peso (entre as quais incluímos hipertireoidismo, diabetes mellitus, e doença inflamatória intestinal por exemplo) os doentes não manifestam a perturbação na vivência corporal (na forma ou no peso do corpo) e o medo intenso de ganhar peso, ou a ausência do reconhecimento da gravidade da perda de peso. Em relação à hipótese da diabetes, a doente não tem antecedentes que sugiram uma doença

endocrinológica (e o pico de incidência da diabetes tipo 1 é aos 11-13 anos). Mesmo pensando na diabetes autoimune de início tardio (que pode cursar com perda de peso, tonturas e cansaço geral), os baixos valores de glicemia tornam esta opção altamente improvável.

C - Doença Inflamatória Intestinal

Comentário: O diagnóstico diferencial da anorexia nervosa impõe-se com outras condições médicas que podem cursar com perda de peso grave. A principal distinção são as alterações psicopatológicas que conduzem ao comportamento de restrição alimentar. Nas doenças médicas que cursam com perda de peso (entre as quais incluímos hipertireoidismo, diabetes mellitus, e doença inflamatória intestinal por exemplo) os doentes não manifestam a perturbação na vivência corporal (na forma ou no peso do corpo) e o medo intenso de ganhar peso, ou a ausência do reconhecimento da gravidade da perda de peso. Em relação à hipótese da doença inflamatória intestinal, é verdade que esta entidade clínica também se pode caracterizar por diarreias persistentes e perda de peso. No entanto, a perda de peso nestes doentes não costuma ser tão marcada como no presente caso clínico. Para além disso, os sintomas ansiosos, depressivos e o isolamento social não são tão característicos. A colonoscopia que não revelou alterações da mucosa intestinal (edema, eritema, úlceras) é também um achado que torna esta hipótese menos provável.

D - Episódio Depressivo Major

Comentário: A doente apresenta sintomas depressivos, ansiosos e isolamento social. A perturbação depressiva major pode cursar também com diminuição do apetite que se traduz em alguns doentes em perda ponderal. No entanto, a perda ponderal não costuma ser tão significativa ao ponto de ter esta tradução sistémica, com as alterações ao exame físico, e alterações fisiológicas a nível do estudo analítico. A doente parece de facto apresentar sintomas depressivos comórbidos (aparentemente secundários à desnutrição significativa com um ano de evolução), mas o quadro clínico principal é o de uma anorexia nervosa.

E - Hipertireoidismo

O diagnóstico diferencial da anorexia nervosa impõe-se com outras condições médicas que podem cursar com perda de peso grave. A principal distinção são as alterações psicopatológicas que conduzem ao comportamento de restrição alimentar. Nas doenças médicas que cursam com perda de peso (entre as quais incluímos hipertireoidismo, diabetes mellitus, e doença inflamatória intestinal por exemplo) os doentes não manifestam a perturbação na vivência corporal (na forma ou no peso do corpo) e o medo intenso de ganhar peso, ou a ausência do reconhecimento da gravidade da perda de peso. O hipertireoidismo pode cursar com perda de peso apesar de aumento de apetite, redução do fluxo menstrual e, em alguns casos com diarreia (embora não seja a clínica mais habitual).

Contrariamente ao verificado neste caso, o mais característico no hipertiroidismo é a pele quente e húmida ao exame físico, bem como valores tensionais e de frequência cardíaco elevados (e não baixos, como no presente caso clínico).

PERGUNTA 144

Uma mulher de 38 anos é trazida ao serviço de urgência pela equipa de emergência extra-hospitalar por lipotimia, com perda de consciência, associada a dor abdominal e hemorragia genital de sangue escuro. Neste momento, a mulher refere que a dor se está a tornar muito intensa e na maca observa-se uma poça de sangue. Os antecedentes médicos incluem parto vaginal a termo, auxiliado por fórceps e complicado por laceração perineal com lesão do esfíncter anal, há 15 anos. Foi submetida a conização por lesão intraepitelial de alto grau do colo uterino, há quatro anos. Os ciclos menstruais são irregulares, de 35-60 dias. A mulher diz que a data da última menstruação foi há três meses. Tem atividade sexual regular e usa o preservativo masculino como contraceptivo. Refere hábitos tabágicos de oito cigarros por dia desde há 10 anos e consumo regular de cocaína desde há cinco anos. Ela tem 162cm de altura e peso 46kg, IMC 18kg/m². Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 95/55mmHg. Ao exame físico apresenta aspecto envelhecido. O abdómen está aumentado de volume, com abaulamento acima do umbigo. À palpação tem consistência pétreia e é muito doloroso. O exame pélvico revela hemorragia (sangue escuro) abundante, visível através do orfício cervical externo. A ecografia abdominal documenta gravidez de feto único com biometrias compatíveis para 30 semanas de gestação. A placenta está em posição fundica. A frequência cardíaca fetal é 80/min. Qual das seguintes alternativas é o factor de risco que mais contribui para o quadro clínico atual?

- A. Antecedentes de conização do colo uterino
- B. Antecedentes de parto instrumentado complicado
- C. Consumo de tabaco e cocaína
- D. Índice de massa corporal
- E. Irregularidade dos ciclos menstruais

Chave oficial: C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Consumo de tabaco e cocaína

O caso clínico em questão refere-se a uma gravidez não diagnosticada e não vigiada, sendo de relevar os hábitos tabágicos e consumo de cocaína, que constituem fatores de risco para maus desfechos obstétricos. Sendo um caso que

ilustra uma hemorragia do 3º trimestre podemos ver que esta apresenta: perda hemática moderada a abundante (poça de sangue, ver ex ginecológico), lipotímia com perda da consciência, hipotensão (95/55 mmHg), taquicardia (110/min), dor à palpação uterina, hipertonia e bradicardia fetal (80 bpm), sugerindo um possível descolamento de placenta. O FR mais importante para DPPNI é um descolamento placentário em gravidez anterior, no entanto, o tabagismo e o uso de drogas e nomeadamente o da cocaína constituem FR importantes para este evento.

Restantes alíneas:

A - Antecedentes de conização do colo uterino

Comentário: Este procedimento não é FR para DPPNI, sendo um FR para para parto prétermo.

B - Antecedentes de parto instrumentado complicado

Comentário: Este facto não constitui um FR para descolamento da placenta.

D - Índice de massa corporal

Comentário: Um baixo IMC não constitui FR para DPPNI, podendo ser FR para outros desfechos como é o caso de parto prétermo ou restrição de crescimento fetal. Comentário: PET e TC cervicotorácica são sobretudo úteis na avaliação de carcinoma escamosos de primário oculto (+ adenopatias cervicais).

E - Irregularidade dos ciclos menstruais

Comentário: Não está descrita como FR.

PERGUNTA 145

Um homem de 56 anos vem ao serviço de urgência por palpitações com duas horas de instalação. Ele diz: «Tive o mesmo problema múltiplas vezes no passado, para o qual o meu médico prescreveu medicação, mas que acho que não devo tomar quando bebo álcool.» Ele refere ter estado a beber álcool continuamente nas últimas 48 horas. Nega tonturas, dispneia, sudorese ou dor torácica. Para além da suspeita de alcoolismo, nega outros antecedentes ou hábitos farmacológicos. Ele não tem antecedentes familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 160/min (irregular) e pressão arterial 120/82 mm Hg; SpO2 96 % (ar ambiente). Ele tem 183 cm de altura e pesa 100 kg; IMC 30 kg/m². Ao exame físico

apresenta-se com bom aspeto geral, alerta e cooperante. Sem hálito etílico. Para além de taquicardia, o restante exame físico não mostra alterações.

Com base nestas constatações, este doente é mais suscetível de desenvolver qual dos seguintes?

- A. Acidente vascular cerebral
- B. Enfarte agudo do miocárdio
- C. Fibrilhação ventricular
- D. Morte súbita
- E. Trombose venosa profunda

Chave oficial:A

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Acidente vascular cerebral

Este doente apresenta-se com o caso típico de Fibrilhação Auricular precipitada por binge drinking (dada a FC elevada em contexto típico). Sabe-se que a fibrilhação auricular ocorre em até 60% dos binge drinkers, com ou sem cardiomiopatia alcoólica subjacente. A maioria dos casos, tal como é este caso clínico, ocorre após períodos de consumo mais elevado de álcool (por exemplo o fim de semana, ou neste caso as últimas 48h) – “holiday heart syndrome”. A presença de fibrilhação auricular aumenta o risco tromboembólico, sendo que a maioria dos trombos são formados no apêndice auricular esquerdo e portanto embolizam com frequência para o território vascular cerebral causando acidente vascular cerebral.

Restantes alíneas:

B - Enfarte agudo do miocárdio

Comentário: A fibrilhação auricular pode ser uma causa de enfarte agudo do miocárdio por embolização, mas esta associação ainda não foi formalmente estabelecida e é menos comum do que o acidente vascular cerebral.

C - Fibrilhação ventricular

Comentário: Não ocorre por consequência direta da fibrilhação auricular. Eventualmente pode ocorrer se existir enfarte agudo do miocárdio causado por tromboembolismo.

D - Morte súbita

Comentário: Não ocorre por consequência direta da fibrilhação auricular. Eventualmente pode ocorrer se existir enfarte agudo do miocárdio causado por tromboembolismo.

E - Trombose venosa profunda

Comentário: A embolização na fibrilação auricular ocorre no território arterial e não no venoso, logo esta associação é pouco provável.

PERGUNTA 146

Um homem de 54 anos vem ao hospital de dia para reavaliação clínica e imagiológica prévia a novo ciclo de quimioterapia paliativa por carcinoma espinocelular da laringe metastizado. Ele refere quadro progressivo de astenia e prostração; a família descreve períodos de confusão e recusa alimentar na última semana. Nega ter febre. É fumador (100 UMA) e consome bebidas alcoólicas (8g/dia). A medicação habitual inclui omeprazol. Os sinais vitais são temperatura 36.2°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 74/min e pressão arterial 116/68mmHg; SpO2 98% (ar ambiente). Dor 0/10. Ele tem 172cm de altura e pesa 50kg; IMC 17kg/m2. Ao exame físico observa-se mau estado geral e alopecia. Está corado e sem sinais de icterícia. A pele e mucosas estão desidratadas. ECOG PS2. Apresenta-se sonolento, mas despertável. Pouco colaborante. Sem défices focais neurológicos. Sem sinais de irritação meníngea. A auscultação cardíaca e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está mole, depressível e indolor à palpação. Sem edemas periféricos.

Os resultados analíticos revelam:

Soro

Creatinina 1.3mg/dL

Azoto ureico 32mg/dL

Ácido úrico 6.0mg/dL

Bilirrubina 0.8mg/dL

Proteína C reativa 50mg/dL

Sódio 142mEq/L

Potássio 4.2mEq/L

Cálcio total 16.1mg/dL

Proteínas

Albumina 4.0g/dL

Sangue

Hemoglobina 10.5g/dL

HCM 32pg/célula

VGM 93fL

Leucócitos 2300/mm³

Neutrófilos segmentados 67.8%

Plaquetas 108x10/L

Qual das seguintes alterações é mais provável de estabelecer o diagnóstico do quadro clínico atual?

- A. Cálcio urinário diminuído.
- B. PTH diminuída.
- C. TSH aumentada.
- D. Vasopressina aumentada
- E. Vitamina D aumentada.

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Nesta vinheta, estamos perante um homem de 54 anos, já diagnosticado com um carcinoma da laringe metastizado. Apresenta-se com um quadro inespecífico de astenia, prostração, períodos de confusão, recusa alimentar e desidratação. Analiticamente, destaca-se uma hipercalcemia de 16mg/dL. Assim, estamos muito provavelmente perante um caso de hipercalcemia maligna, um síndrome paraneoplásico especialmente frequente em carcinomas escamosos, nomeadamente da cabeça e pescoço (como é o caso desta vinheta) e do pulmão. Esta hipercalcemia decorre da produção tumoral de PTHrP (parathyroid hormone-related protein). Perante esta suspeita de hipercalcemia de causa maligna, um passo importante no diagnóstico diferencial é o doseamento de PTH, cuja produção nestes casos estará suprimida como consequência da hipercalcemia e, portanto, estará normal ou diminuída.

Restantes alíneas:

A No contexto de hipercalcemia maligna, ocorre calciúria, em oposição ao "cálcio

urinário diminuído” descrito nesta opção.

C O eixo tiroideu não está envolvido na regulação fosfocálcio, pelo que o seu estudo em nada permitiria avançar no diagnóstico diferencial desta hipercalcemia.

D A produção ectópica de vasopressina é causa de um outro síndrome paraneoplásico: o síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). Nesta patologia, seria de esperar hiponatremia (ausente nesta vinheta clínica), não sendo de esperar alterações na regulação do cálcio.

E Apesar de níveis aumentados de 1,25-dihidroxitamina D também poderem ser causa de hipercalcemia maligna, este é um mecanismo presente em casos de linfoma (e, no contexto não neoplásico, em algumas doenças granulomatosas). Neste caso, o diagnóstico oncológico de tumor da laringe aponta para um mecanismo diferente na origem da hipercalcemia maligna.

PERGUNTA 147

Uma mulher de 56 anos vem à consulta por dor abdominal persistente no quadrante inferior esquerdo com três dias de evolução. A dor associa-se a fezes mais moles e estado febril de baixa intensidade. Refere ter comido um gelado numa esplanada há três dias. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Os resultados da citologia e mamografia realizadas há duas semanas encontravam-se dentro dos parâmetros de normalidade. A Colonoscopia realizada há três anos (má preparação) não revelou alterações patológicas. Os seus sinais vitais hoje são temperatura 37.7°C, frequência respiratória 18/min, pulso rítmico com frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 138/78mmHg. O exame abdominal permite verificar sensibilidade dolorosa aumentada, defesa no quadrante inferior esquerdo baixo e redução dos ruídos hidroaéreos. O exame retal revela fezes soltas e moles, nas quais uma pesquisa de sangue oculta é positiva.

Qual dos seguintes é o diagnóstico inicial mais provável?

- A. Cancro do cólon
- B. Colite ulcerosa
- C. Diverticulite
- D. Intolerância à lactose
- E. Síndrome de cólon irritável

Área de Conhecimento: Gastroenterologia

Chave oficial:C

Proposta Academia: C

Validação da afirmação correcta: Diverticulite

Trata-se de um quadro agudo de dor abdominal no quadrante inferior esquerdo e febre baixa. A ausência de antecedentes pessoais de relevo e a idade são sugestivas de diverticulite aguda.

Restantes alíneas:

A - Cancro do cólon

Comentário: O cancro do cólon é muitas vezes assintomático. Quando sintomático associa-se, habitualmente, a quadro constitucional (emagrecimento, anorexia), perda de sangue nas fezes, alteração dos hábitos intestinais e dor abdominal.

B - Colite ulcerosa

Comentário: A colite ulcerosa ocorre habitualmente em duas faixas etárias: 20-30 anos e 60-70 anos. Os sintomas mais típicos são diarreia com sangue, de carácter crónico e, algumas vezes, com episódios prévios semelhantes no passado. A dor abdominal e a febre também podem ocorrer, embora sejam menos comuns..

D - Intolerância à lactose

Comentário: Manifesta-se com diarreia e distensão abdominal. Não causa dor localizada, febre nem perda de sangue.

E - Síndrome de cólon irritável

Comentário: Diagnostico é feito com base na presença de dor abdominal associada a defecação, alteração da forma das fezes ou alteração dos hábitos (diarreia obstipação) durante pelo menos 1dia/semana nos últimos 3 meses, há mais de 6 meses.

PERGUNTA 148

Uma mulher de 49 anos, advogada, vem à consulta por cansaço, mialgias e artralguas generalizadas e inespecífica, desde há um ano. Tem antecedentes de nefrolitíase com episódios recorrentes de cólica renal. Não toma medicamentos. Nega consumo de álcool, mas é fumadora (30UMA). Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 73/min e

pressão arterial 138/72mmHg. Ela tem 164cm de altura e pesa 58kg; IMC 22kg/m². O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Cálcio total 11.2mg/dL Fosfatase alcalina 79U/L Urina Clearance da creatinina 50mL/min Cálcio (urina de 24h) 415mg [N = 100-300mg] A densitometria óssea revelou score T -2.9 (coluna) e -1.6 (colo do fémur). A TC renal revela nefrocalcinose parenquimatosa bilateral. Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

- A. Doseamento sérico da paratormona
- B. Prescrever bifosfonatos
- C. Prescrever vitamina D
- D. Recomendar programa de exercício físico
- E. Repetir a densitometria óssea dentro de um ano

Proposta Academia: A

Validação da afirmação correcta: Doseamento sérico da paratormona

A doente do caso clínico apresenta-se com hipercalcémia ligeira, hipercalcúria, nefrolitíase recorrente, nefrocalcinose e redução da densidade mineral óssea, sendo estes achados compatíveis com um quadro de hiperparatiroidismo primário. O diagnóstico desta condição é feito através da presença de elevação da PTH em doentes com hipercalcémia, pelo que o doseamento da paratormona deveria ser o próximo passo a realizar no estudo etiológico das manifestações mencionadas.

Restantes alíneas:

B - Os bifosfonatos são a primeira linha terapêutica na osteoporose (diagnosticada por T-score ≤ -2.5), podendo também ser opção na terapêutica do hiperparatiroidismo primário. No entanto, e de acordo com a bibliografia, todos os pacientes com osteoporose ou diminuição da massa óssea devem realizar estudo de causas secundários de perda de densidade óssea antes de iniciar terapêutica.

C - A dieta atual raramente contém vitamina D suficiente para manter os níveis ideais de vitamina D, pelo que vários autores recomendam que doentes com risco de osteoporose/osteoporose diagnosticada sejam suplementados com vitamina D. No entanto como explicado na alínea anterior a exclusão de causas secundárias deve ser realizada antes da instituição de terapêutica.

D - O exercício físico é uma das medidas utilizadas na prevenção da osteoporose, devendo ser recomendado. No entanto, neste caso concreto, não seria a medida mais adequada.

E - As guidelines portuguesas recomendam que em doentes osteoporóticos, a densitometria não seja repetida antes de 24 meses de terapêutica adequada.

PERGUNTA 149

Um homem de 46 anos, casado e com dois filhos, vem à consulta com o seu médico de família por dificuldades em dormir. O doente é militar de profissão e regressou recentemente de uma missão de paz onde esteve destacado cerca de um ano. Atrivui as suas dificuldades em dormir a essa missão, indicando que foi um período de muito stress. Descreve em particular uma atentado bombista de que foi vítima no início do destacamento. Refere que essa atentado ocorreu numa escola onde estava em serviço e que, apesar de não ter sofrido qualquer lesão, logo nos dias seguintes passou a ter pesadelos diários com imagens dos cadavres de crianças que observou nesse dia. Refere que esses pesadelos do acordam de madrugada e que depois tem dificuldade em voltar a adormecer. A mulher, que o acompanha na consulta, insiste na necessidade de se encontrar um medicamento para o marido dormir, referindo: "Estes problemas no sono mudaram-no... parece que vive num mundo diferente de nós... qualquer coisa o irrita, não se pode fazer barulho em casa, e até deixou de levar os miúdos À escola porque diz que dorme ainda pior nos dias seguintes..." Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada para o quadro clínico apresentado por este doente?

- A. Fluoxetina
- B. Lorazepam
- C. Suplemento de melatonina ao deitar
- D. Terapia cognitiva e comportamental
- E. Terapia familiar

Área de conhecimento: Psiquiatria

Chave oficial:D

Proposta Academia: D

Validação da afirmação correcta: Terapia cognitiva e comportamental

O tratamento de primeira linha na perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é a psicoterapia, sendo que a psicoterapia cognitivo-comportamental é a psicoterapia que tem mais evidência no tratamento desta condição. Outras psicoterapias com alguma evidência são o EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) e a terapia de exposição narrativa.

A vinheta descreve um caso clínico de um homem de 46 anos, militar, com um quadro clínico de insónia, pesadelos, e alterações de personalidade com irritabilidade e distanciamento afetivo após exposição a um trauma de guerra. Embora sem uma descrição sintomática exaustiva, o quadro clínico é altamente sugestivo de uma perturbação de stress pós-traumático com cerca de um ano de

evolução. Fazendo uma leitura pelo DSM-5, está descrita a exposição a um episódio traumático há cerca de um ano: atentado a uma escola, quando prestava serviço militar) (critério A). O doente reporta sintomas intrusivos associados ao evento traumático – pesadelos recorrentes nos quais o conteúdo está relacionado ao evento traumático (critério B). Pela descrição da esposa, sabemos que existem alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático, nomeadamente estados emocionais negativos persistentes (raiva), sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros (Critério D) e perturbação de sono (Critério E). A perturbação dura mais de um mês (critério F) e cursa inequivocamente com bastante impacto no funcionamento psicossocial (deixou de conseguir levar os filhos à escola) (Critério G). O examinador pergunta qual é a opção terapêutica mais indicada para tratar este doente com perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

Restantes alíneas:

A - Fluoxetina

Comentário: Meta-análises recentes têm demonstrado que em doentes com PSPT as psicoterapias estruturadas têm efetivamente um tamanho de efeito maior do que os tratamentos psicofarmacológicos, pelo que a intervenção psicofarmacológica não é uma intervenção de primeira linha, a menos que o doente expresse essa preferência, ou que a psicoterapia não esteja disponível, ou que não resulte. As intervenções psicofarmacológicas destinam-se assim sobretudo ao tratamento das comorbilidades (que são até bastante frequentes nestes doentes). Nomeadamente, a comorbilidade com as perturbações depressivas e as perturbações de uso de substâncias podem ocorrer ao longo da evolução da doença, com implicações terapêuticas: um doente com uma perturbação depressiva major comórbida poderia beneficiar de um tratamento com um SSRI, como a fluoxetina.

B - Lorazepam

Comentário: O tratamento de primeira linha na perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é a psicoterapia, sendo que a psicoterapia cognitivo-comportamental é a psicoterapia que tem mais evidência no tratamento desta condição. Outras psicoterapias com alguma evidência são o EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) e a terapia de exposição narrativa. As benzodiazepinas devem ser evitadas em doentes com PSPT pelo risco de dependência associado ao seu uso prolongado. É verdade que a medicação hipnótica (benzodiazepinas, melatonina) poderiam eventualmente melhorar temporariamente as queixas de insónia do doente, mas deve-se ambicionar uma intervenção terapêutica global, e não apenas tratar o sintoma de insónia do doente.

C - Suplemento de melatonina ao deitar

Comentário: O tratamento de primeira linha na perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é a psicoterapia, sendo que a psicoterapia cognitivo-comportamental é a psicoterapia que tem mais evidência no tratamento desta condição. Outras psicoterapias com alguma evidência são o EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) e a terapia de exposição narrativa. A suplementação de melatonina ainda não está indicada por rotina nos doentes com PSPT, embora existam até alguns estudos promissores nesta área, já que alguns doentes com PSPT apresentam uma diminuição menor da secreção noturna de melatonina, o que é sugestivo de uma desregulação de processos circadianos em alguns doentes com PSPT. Mesmo que a melatonina pudesse eventualmente melhorar temporariamente as queixas de insónia do doente, deve-se ambicionar uma intervenção terapêutica global, e não apenas tratar o sintoma de insónia do doente, pelo que esta não seria a resposta mais correta.

E - Terapia Familiar

Comentário: O tratamento de primeira linha na perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é a psicoterapia, sendo que a psicoterapia cognitivo-comportamental é a psicoterapia que tem mais evidência no tratamento desta condição. Outras psicoterapias com alguma evidência são o EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) e a terapia de exposição narrativa. A terapia familiar não é uma intervenção psicoterapêutica tipicamente utilizada em doentes com PSPT, embora o trauma tenha repercussões no contexto social e familiar, pelo que pode vir a ser pertinente uma intervenção familiar durante o acompanhamento terapêutico. Pode haver lugar, por exemplo, a intervenções de psicoeducação (explicar à esposa, por exemplo, o porquê das alterações de personalidade após o trauma).

PERGUNTA 150

Uma mulher de 23 anos, gesta 2, para 1, grávida com 17 semanas de gestação vem ao consultório médico por eritema pruriginoso nas mãos e pernas desde há uma semana. Refere que o eritema se iniciou com lesões escassas e isoladas na superfície extensora dos braços e alastrou-se para as pernas. A gravidez tem decorrido sem complicações até à data. A medicação habitual inclui vitaminas pré-natais. A mulher trabalha como caixa numa loja de um centro comercial. A sua filha de 3 anos frequenta um infantário durante as suas horas de trabalho. Ela refere que a sua filha e o marido têm um eritema semelhante. Os sinais vitais são 36.9°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 100/60mmHg. A altura uterina é de 16cm e a frequência cardíaca fetal é 152/min. A avaliação dos membros superiores evidencia eritema papular vesicular, formando cordões lineares, nas superfícies extensoras dos braços. A tira teste de urina é negativa para proteínas e glucose.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Colestase intra-hepática da gravidez
- B. Escabiose
- C. Lúpus eritematoso sistémico
- D. Psoríase
- E. Rosácea

Chave oficial: B

Proposta Academia: B

Validação da afirmação correcta: Escabiose

O caso clínico demonstra uma dermatose muito pruriginosa presente na doente e nos seus conviventes (filha e marido), caracterizada por pápulas e vesículas eritematosas, formando cordões lineares nas superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores, bem como mãos e pés. Esta dermatose muito pruriginosa, associada a contexto epidemiológico nos conviventes e clínica típica (pápulas e vesículas erosionadas nas localizações típicas formando lesões lineares – galerias) é mais compatível com escabiose (ou sarna vulgar) – uma das ectoparasitoses (infestações cutâneas por parasitas) mais frequentes, causada pelo agente *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, um parasita apenas do ser humano.

Restantes alíneas:

A - Colestase intra-hepática da gravidez

Comentário: A colestase intra-hepática da gravidez é uma forma de colestase com predisposição genética e hormono-dependente, tratando-se de uma das causas de prurido na mulher grávida no último trimestre. Caracteriza-se por prurido intenso com início nas palmas e plantas, de agravamento noturno e posterior disseminação centrípeta. Não existem lesões cutâneas primárias, apenas lesões secundárias ao prurido que surgem mais tardiamente, em função da gravidade do mesmo. Existe risco fetal importante. A suspeita deste diagnóstico deve levar ao doseamento dos ácidos biliares no soro. Esta hipótese diagnóstica não se adequa a este caso clínico, tendo em conta que a doente tem apenas 17 semanas de gravidez e existem queixas de prurido e dermatose semelhante nos contactos/conviventes.

C - Lúpus eritematoso sistémico

Comentário: O Lupus Eritematoso Sistémico (LES) está mais frequentemente associado com lupus cutâneo agudo (o típico eritema malar em borboleta

em relação com a fotoexposição). O lupus cutâneo subagudo caracteriza-se por placas eritemato-descamativas arciformes predominantemente do tronco e o lupus cutâneo crónico, na sua forma mais frequente, caracteriza-se por placas discoides com atrofia e hipopigmentação central na face e pavilhões auriculares. Nenhuma destas formas de lupus cutâneo se enquadra neste caso, para além de que a doente não tem outra sintomatologia de LES: mal estar geral, febre, astenia, artralgias, entre outros. A presença de prurido e dermatose semelhante nos contactos/conviventes é outro fator contra esta hipótese.

D – Psoríase

Comentário: A psoríase é uma dermatose inflamatória, caracterizada por placas eritematosas espessas com escama superficial branco-prateada, localizada sobretudo nas superfícies extensoras dos membros. A localização da dermatose do caso clínico poderia ser compatível com esta hipótese, mas as lesões elementares (pápulas e vesículas formando cordões lineares), bem como o prurido intenso e presença de queixas semelhantes nos contactos/conviventes são fatores contra esta hipótese.

E – Rosácea

Comentário: A rosácea é uma dermatose inflamatória dos anexos, com diversas formas clínicas (eritemato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, fimatosa e ocular), traduzindo-se por eritema, telangiectasias, flushing, pápulas e pústulas na região centrofacial e áreas convexas da face, num fundo de eritema facial persistente. Como tal, não é uma hipótese que se adegue a este caso clínico.