PERGUNTA 1

Um homem de 53 anos, professor de fotografia, volta ao consultório médico, acompanhado pela sua mulher, para seguimento de quadro de fadiga e insónia com cinco meses de evolução. A mulher está preocupada porque ele está a perder a memória e não se consegue manter acordado. Refere que adormece quando vê filmes, quer em casa, quer na escola. Está preocupada com o facto de o marido poder perder o emprego. Recentemente, ele esteve envolvido num acidente de viação. Está convencida que a sonolência é resultado da exposição aos venenos dos produtos químicos que usa no processamento de fotografias na sua câmara escura. Ele fez uma prova de esforço há quatro semanas, que foi negativa para doença isquémica coronária. Os resultados dos estudos analíticos realizados nessa altura revelaram:

Soro	
Glucose	97 mg/dL
Colesterol LDL	176 mg/dL
Triglicerídeos	119 mg/dL

Todos os outros resultados laboratoriais obtidos na mesma altura encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Hoje, os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 62/min e pressão arterial 140/88 mmHg. Ele tem 178 cm de altura e pesa 95 kg; IMC 30 kg/m^2. O exame físico não mostra alterações e é idêntico ao exame efetuado há dois meses. Qual das seguintes alternativas melhor explica o quadro atual do doente?

A. Apneia obstrutiva do sono.
B. Epilepsia do lobo temporal.
C. Hipoglicemia.
D. Narcolepsia.
E. Toxicidade hepática.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento:

Validação da afirmação correta: Apneia obstrutiva do sono.

A obesidade, tal como o sexo masculino, são fatores de risco. Pelos despertares noturnos e sono não reparador, os doentes têm sonolência diurna, o que explica a perceção da esposa de que está a perder a memória, e o acidente de viação. Esta doença tem como potenciais complicações, e presentes neste caso, HTA e dislipidemia.

Restantes alíneas:

B - Apesar de doentes com epilepsia do lobo temporal poderem ter alterações do sono e insónia, não está presente neste caso clínico nenhum elemento que aponte para esse diagnóstico..

C - Valor normal de glicémia na avaliação analítica.

D - Hipótese a considerar pela sonolência diurna e obesidade do doente (doentes com narcolepsia têm baixa taxa metabólica), mas estão em falta características particulares que podem estar presentes nestes quadros, nomeadamente alucinações hipnopômpicas e hipnagógicas e cataplexia (se tipo I). Para além disso, a idade de aparecimento típica da narcolepsia é a partir dos 10-20 anos, e, ao contrário do que acontece nos casos de sonolência diurna, os doentes com narcolepsia tipicamente sentem-se descansados após uma noite de sono, e neste caso o doente tem insónia e fadiga.

E - Na avaliação analítica não são referidos valores de toxicidade hepática, estando escrito que todos os parâmetros estão dentro da normalidade, exceto os mencionados no enunciado.

PERGUNTA 2

Uma mulher de 42 anos, costureira, recorre a consulta de medicina geral e familiar por perda de peso correspondente a 13% do peso corporal em quatro meses. Menciona ainda astenia e anorexia. Nega outros sintomas. A história médica revela «depressão crónica grave», não medicada, doença hemorroidária, colecistectomia por litíase e histerectomia. É fumadora de 30 UMA. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 130/85 mm Hg. O exame físico revela abdómen indolor, sem organomegalias e com aorta abdominal palpável. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro	**Sangue**
Glucose 87 mg/dL	Hemoglobina 10 g/dL
AST 32 U/L	VGM 69 fL
ALT 35 U/L	Leucócitos 5 500/mm3
Proteínas	Plaquetas 350 × 109 /L
Albumina 3 g/dL	

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

A. Colonoscopia total.

B. Colonoscopia virtual.
C. Ecografia abdominal.
D. Pesquisa de sangue oculto nas fezes.
E. Sigmoidoscopia.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Gastroenterologia

Validação da afirmação correta: Colonoscopia total.

Perante um quadro consumptivo numa mulher de 42 anos, fumadora, com anemia microcítica e perante os exames complemanteres de diagnóstico possíveis, a colonoscopia seria o mais adequado – permite uma visualização completa de todo o cólon, permitindo a realização de biópsias diagnósticas e eventual abordagem terapêutica de lesões. Este é o gold standard para exclusão de neoplasia do cólon.

Restantes alíneas:

B - A colonoscopia virtual está a surgir como alternativa à colonoscopia convencional no rastreio da neoplasia do cólon. Contudo, o seu papel, quer no rastreio, quer no diagnóstico, ainda não está bem estabelecido. Adicionalmente, esta não permite a realização de biópsias / intervenções terapêuticas.

C - A ecografia abdominal pode fazer parte do estudo de quadros abdominais, contudo, não seria o mais adequado para o estudo de um quadro consumptivo, uma vez que a sua capacidade de diagnosticar e estadiar lesões cólicas é muito limitada.

D - A pesquisa de sangue oculto das fezes é uma alternativa à colonoscopia no rastreio de neoplasias do cólon. Contudo, a sua sensibilidade e especificidade é muito mais baixa e, caso resulte num teste positivo e/ou a suspeita clínica seja muito elevada, não evita a realização de uma colonoscopia para diagnóstico definitivo. Assim, neste caso de elevada suspeição de neoplasia, não seria o exame mais adequado.

E - A sigmoidoscopia permite a visualização de apenas a primeira porção do cólon. Por este motivo, a colonoscopia é um exame mais adequado, uma vez que permite a visualização de todo o cólon.

PERGUNTA 3

Uma menina de 25 meses é trazida ao consultório pelo pai para consulta de vigilância. A criança tem sido seguida por si desde os 12 meses, quando a família se mudou para esta cidade. No último ano tem mantido uma evolução estaturo-ponderal no percentil 10 e de perímetro cefálico no percentil 25. Tem o programa nacional de vacinação atualizado, mas não efetuou vacina pneumocócica conjugada. Ela teve um episódio de convulsão febril após a 4.ª dose da vacina DTPa, 9 meses antes. Do ponto de vista de desenvolvimento, consegue correr, desenhar uma linha horizontal e usar a colher. Ela diz «ba ba», «da da», e outros sons repetitivos com consoantes, mas ainda não verbaliza palavras de forma clara. Questiona o pai se tem alguma preocupação acerca da filha. Ele encolhe os ombros e diz «Penso que não, mas ela teve muitas constipações nos últimos meses». O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Défice auditivo.
B. Desenvolvimento normal.
C. Fibrose quística.
D. Hipotiroidismo adquirido.
E. Perturbação do espectro do autismo.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Défice auditivo

Trata-se de uma criança com aquisições não uniformes no que respeita ao seu desenvolvimento, ou seja, com aquisições adequadas à idade na motricidade e visão mas com um atraso significativo da linguagem. Aos 2 anos, a ausência de linguagem percetível é um sinal de alarme. Assim, devemos suspeitar de uma perturbação específica apenas da área da linguagem, sendo que o facto de não dizer qualquer palavra deve sinalizar a possibilidade de défice auditivo. Adicionalmente, a ausência de vacina pneumocócica associada a várias infeções respiratórias nos últimos meses pode ser indicativa de otite média crónica, dado que, nesta idade, a anatomia da Trompa de Eustáquio compromete a sua função

na drenagem e ventilação do ouvido médio, com consequente compromisso da audição.

Restantes alíneas:

B - A ausência de palavras perceptíveis aos 2 anos é um sinal de alarme do neurodesenvolvimento, pelo que nunca se poderia considerar desenvolvimento normal.

C - Habitualmente nos casos de fibrose quística as infeções respiratórias são baixas, associadas a dificuldade respiratória significativa e a tosse crónica, pelo que seria improvável serem descritas como "constipações". Adicionalmente, o quadro clássico inclui má progressão ponderal apesar de apetite aumentado e diarreia crónica, que não estão presentes neste caso clínico.

D - O hipotiroidismo adquirido é a alteração tiroideia mais frequente da infância e costuma apresentar-se com diminuição da velocidade de crescimento, aumento ponderal e lentificação psicomotora, que não estão presentes neste caso clínico.

E - As perturbações do espectro do autismo apresentam-se com uma combinação de défices nas comunicações e relações sociais, em que a criança não interage, associada a comportamento rígido e tendência para atividades repetitivas e desviantes. Nenhuma destas alterações está descrita na vinheta.

PERGUNTA 4

Uma mulher de 57 anos, de origem sueca, vem ao consultório médico por fadiga progressiva, palpitações, dispneia de esforço e sensação de frio nas últimas semanas. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade, à exceção de frequência cardíaca de 105/min. Ao exame físico tem aparência pálida, mas normonutrida. Os resultados dos estudos analíticos revelam:
Sangue
Eritrócitos 2,7 × 109 /L
Hemoglobina 7,6 g/dL
Leucócitos 8 700/mm3
Fezes Pesquisa de sangue oculto Positivo

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

A. Colonoscopia.
B. Doseamento do ferro sérico.
C. Medulograma.
D. Retosigmoidoscopia flexível.
E. Trânsito do intestino delgado

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Colonoscopia.

O caso clínico trata-se de uma anemia ferropénica, dado a positividade de sangue oculto nas fezes. Os sintomas descritos são consequência da anemia. Estamos então perante uma anemia ferropénica por hemorragia gastrointestinal, deste modo para fazer a investigação inicial da etiologia hemorrágica os estudos endoscópicos são a primeira linha, portanto o estudo mais adequado para o diagnóstico seria a colonoscopia.

Restantes alíneas:

B - O doseamento de ferritina irá caracterizar o tipo de anemia da doente (que esperaríamos estar baixa) mas não nos iria dar o diagnóstico em relação à causa da anemia.

C - A realização de medulograma é indicado apenas em doentes atípicos nos quais existe a suspeita de se tratar de um processo maligno ou infiltrativo subjacente da medula óssea. Tendo a doente a documentação de perda de sangue nas fezes, a causa da sua anemia é por perdas e portanto o importante para o diagnóstico é perceber o que lhe está a causar essas perdas a nível gastrointestinal.

D - O exame mais correto a ser realizado é a colonoscopia dado conseguir avaliar o intestino grosso no seu completo. A retosigmoidoscopia flexível não avalia o intestino grosso no seu todo e portanto, na ausência de sintomas mais localizados a essas regiões, a colonoscopia é o exame de eleição para estudo de hemorragia oculta.

E - A realização de trânsito do intestino delgado é um procedimento que avalia todos os segmentos do intestino delgado até o início do grosso. Para isso, os doentes têm de ingerir uma papa baritada. É realizado para avaliar a morfologia

do intestino e a sua funcionalidade. No entanto, não consegue identificar lesões sangrantes da mucosa, não sendo o exame a realizar neste caso.

PERGUNTA 5

Um homem de 65 anos vem ao serviço de urgência, acompanhado pela esposa, por episódios intermitentes de aperto torácico relacionado com atividades como subir escadas ou tomar um duche desde há uma semana. Refere ainda tosse seca ocasional nos últimos dois meses. No último ano, refere dispneia de esforço de agravamento progressivo. Ele diz «Há um ano, era capaz de transportar o meu saco de golfe, quando faço o meu percurso de 18 buracos, mas desde há um par de meses que tenho tido de contratar um caddy, para carregá-lo. Agora, tenho estado com tanta falta de ar que até alugo um carro de golfe». Nega dispneia de repouso ou dispneia noturna. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Fumou 20 cigarros por dia, durante 35 anos, até há um ano. Os sinais vitais são temperatura 36,6°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 138/76 mmHg; SpO2 92% (ar ambiente). Ele tem 173 cm de altura e pesa 69 kg; IMC 23 kg/m2. A pressão venosa jugular está normal. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade e a auscultação pulmonar revela crepitações nas bases. O exame das extremidades mostra hipocratismo digital, sem cianose ou edemas. O raio-X do tórax mostra acentuação do retículo intersticial bilateral.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Carcinoma do pulmão.
B. Doença pulmonar obstrutiva crónica
C. Fibrose pulmonar idiopática.
D. Insuficiência cardíaca congestiva.
E. Tuberculose.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área conhecimento: Medicina (Pneumologia)

Validação da afirmação correta: Fibrose pulmonar idiopática.

Parecer ser a hipótese mais provável, tendo em conta tratar-se de um homem, com a idade de 65 anos, com história de tabagismo. A clínica e as alterações imagiológicas estão também a favor de FPI.

Restantes alíneas:

A - Doente com quadro de dispneia de esforço, com agravamento ao longo do último ano. Radiologicamente com reforço intersticial --> assim, se o doente tivesse um Carcinoma do pulmão, com uma evolução de mais de um ano, pelo menos radiologicamente teria de apresentar outro tipo de alterações, como nódulos, massas ou até derrame.

B - Temos a história de um doente de 65 anos, com clínica de tosse com evolução de 2 meses e dispneia com agravamento ao longo de um ano. Tem ainda antecedentes de tabagismo com CT de 35 UMA. Estes fatores poderiam ser a favor de uma DPOC não diagnosticada. Contra esta hipótese como sendo a mais favorável, temos o hipocratismo digital, que apesar de poder aparecer em estádios avançados da DPOC, está mais associado a condições com doença pulmonar intersticial (como a FPI) e neoplasia do pulmão. Temos ainda a informação de acentuação do retículo intersticial bilateralmente na radiografia de tórax, o que nos remete para a patologia intersticial.

D - Nada na história clínica nos remete para uma ICC descompensada, tirando as crepitações à auscultação. Todos os restantes dados são contra esta hipótese diagnóstica.

E - Não apresenta clínica de infecção, não havendo também referência a perda de peso, expectoração hemoptóica, suores noturnos (por exemplo).

PERGUNTA 6

Um homem de 79 anos é trazido ao serviço de urgência por dispneia agravada (em repouso), mal-estar geral e dificuldade em articular palavras desde há um dia. Refere ainda tosse mucopurulenta desde a última semana. Segundo a filha que o acompanha, o doente «sofre de doença cardíaca e de bronquite». A medicação habitual inclui salmeterol + mometasona, salbutamol (em SOS), furosemida, clopidogrel, valsartan e hidroclorotiazida. É fumador de 40 UMA. Os sinais vitais são temperatura 38,2°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 101/min e pressão arterial (164/98 mm Hg; SpO2 90% (ar ambiente). Ele tem 165 cm de altura e pesa 82 kg; IMC 30,1 kg/m2. As mucosas estão coradas e desidratadas. Apresenta sinais de dificuldade respiratória por

utilização dos músculos acessórios da respiração, cianose labial e turgescência venosa jugular de 1 cm na posição sentada. A auscultação cardíaca revela taquicardia, sem outras alterações. À auscultação pulmonar mostra sons respiratórios globalmente reduzidos, sibilos dispersos bilateralmente e crepitações discretas na base esquerda.

Os resultados dos estudos analíticos realizados de imediato revelam:

Gases	
PO2	55 mm Hg
PCO2	69 mm Hg
pH	7,29
Bicarbonato	22 mEq/L
Lactatos	1,2 mmol/L

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica.
B. Derrame pleural.
C. Enfarte agudo do miocárdio.
D. Neoplasia pulmonar
E. Tromboembolia pulmonar

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Medicina (Pneumologia)

Validação da afirmação correta: Agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica.

Estamos perante um doente com quadro de dispneia com evolução de um dia, bem como queixas compatíveis com sobreinfeção respiratória (tosse mucopurulenta e febre). Tem antecedentes de tabagismo, estando medicada com LABA + ICS e SABA em SOS. O exame objectivo está também a favor desta hipótese, tendo em conta a referência à sibilância. Gasometricamente, apresenta insuficiência respiratória tipo 2, que normalmente aparece nas exacerbações de DPOC graves.

Restantes alíneas:

B - A auscultação pulmonar revela sons respiratórios globalmente diminuição, sem haver referência a nenhuma diminuição localizada. Isto permite excluir esta hipótese.

C - A clínica é essencialmente respiratória, apesar dos antecedentes de patologia cardíaca..

D - Estamos perante uma clínica de evolução recente, o que torna esta hipótese menos provável.

E - O doente apresenta clínica compatível com sobreinfeção respiratória, bem como auscultação e gasometricamente sem hipocapnia.

PERGUNTA 7

Três dias após um enfarte agudo do miocárdio, um homem de 62 anos desenvolve subitamente bradipneia aguda sem sinais de edema pulmonar. Os sinais vitais são frequência cardíaca 160/min e pressão arterial 110/60 mmHg. O ECG revela taquicardia supraventricular.

Qual dos seguintes fármacos é o mais adequado administrar por via endovenosa neste momento?

A. Digoxina
B. Diltiazem
C. Dopamina
D. Furosemida
E. Nitroglicerina

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Digoxina

A vinheta clínica ilustra o caso de uma taquicardia supraventricular num doente em status pós-enfarte agudo do miocárdio, assumindo-se que o distúrbio de ritmo é a principal causa para a sintomatologia do doente. O uso de terapêutica

bloqueadora do nó auriculoventricular está preconizado para o controlo da frequência cardíaca e atendendo a que não nos é fornecida informação quanto à função ventricular, a terapia com digoxina é a terapêutica mais adequada.

Restantes alíneas:

B - Apesar de ter potencial frenador do nó auriculoventricular, o uso de diltiazem em doentes com depressão da função ventricular ou função ventricular desconhecida não está recomendado.

C - O suporte aminérgico com dopamina, seja com objetivo de suporte vasopressor ou inotrópico, não está recomendado neste caso em particular [i.e. o doente está hemodinamicamente estável e não apresenta bradidisrritmia]

D - O doente não apresenta sinais de congestão que motivem a administração de diurético.

E - Não existem dados que suportem a presença de sintomas de isquemia activa ou congestão.

PERGUNTA 8

Uma mulher de 78 anos recorre ao serviço de urgência por vómitos de coloração acastanhada e de dor na região inguinocrural, de início súbito, com seis horas de evolução. Refere ainda um desconforto ocasional na raiz da coxa esquerda. A história médica revela histerectomia por miomatose. Ela tem 168 cm de altura e pesa 51 kg; IMC 18 kg/m2. Os sinais vitais são temperatura 36,9ºC, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 95/min e pressão arterial 100/70 mmHg. Ao exame físico o abdómen está distendido e apresenta uma tumefação na região inguinal esquerda. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro
- Creatinina 1,4 mg/dL
- Proteína C reativa 110 mg/L
- Sódio 151 mEq/L
- Potássio 3,0 mEq/L

Sangue
- Hemoglobina 14 g/dL
- Leucócitos 12 000/mm3

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Hérnia crural encarcerada.
B. Hérnia do obturador encarcerada.
C. Hérnia inguinal direta encarcerada.
D. Hérnia inguinal indireta encarcerada.
E. Oclusão intestinal por bridas.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Cirurgia

Validação da afirmação correta: Hérnia crural encarcerada.

A doente apresenta um quadro de dor abdominal, vómitos e distensão abdominal que é compatível com uma oclusão intestinal. Ela tem história de um desconforto ocasional da raiz da coxa esquerda que pode relacionar-se com a presença de uma hérnia crural, além disso tem, ao exame objetivo, uma tumefação na região inguinal esquerda. Nas mulheres é comum a presença de hérnias inguinais com um componente de hérnia crural, também as hérnias crurais isoladas são mais comuns em mulheres e encarceram com maior facilidade. A presença de parâmetros inflamatórios aumentados – leucocitose e elevação da PCR, corroboram a hipótese de encarceramento.

Restantes alíneas:

B - As hérnias obturadoras ocorrem principalmente em mulheres idosas, como no caso clínico, e apresentam-se com dor abdominal irradiada à porção interna da coxa (pela compressão nervosa obturadora – Sinal de Howship-Romberg). Esta hérnia é rara (<1% de todas as hérnias) e não apareceria na região inguinal.

C e D - As hérnias inguinais são as hérnias mais comuns e podem apresentar-se num quadro semelhante ao supracitado. A diferença entre direta e indireta faz-se através da posição relativamente aos vasos epigástricos inferiores, algo que não é possível com o exame objetivo apresentado. Apesar de serem as hérnias mais comuns, não encarceram com tanta facilidade como as crurais. Caso tenha sido esta a opção escolhida por algum de vós podem justificar-se pela sua frequência que é superior às crurais.

E - Uma oclusão intestinal por brida também poderia justificar a presença do quadro apresentado dada a história de cirurgia abdominal prévia (histerectomia), contudo não justificaria o exame objetivo.

PERGUNTA 9

Uma mulher de 32 anos recorre a consulta de medicina geral e familiar por obstrução nasal e rinorreia purulenta desde há 12 dias. Nega febre, cefaleia ou anosmia. Fez tratamento com paracetamol, com alívio temporário das queixas. A história médica não revela antecedentes patológicos. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 13/min, frequência cardíaca 75/min e pressão arterial 125/70 mm Hg. Ao exame físico apresenta rinorreia posterior e halitose. A rinoscopia anterior, auscultação pulmonar e exame neurológico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento mais adequado neste momento?

A. Prescrever amoxicilina + ácido clavulânico oral.
B. Prescrever desloratadina oral.
C. Prescrever fenilefrina nasal.
D. Prescrever mometasona nasal.
E. Não é recomendado mais nenhum tratamento.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: ORL

Validação da afirmação correta: Prescrever amoxicilina + ácido clavulânico oral.
Trata-se de um quadro de rinossinusite aguda (obstrução nasal + rinorreia purulenta + rinorreia posterior + halitose) com mais de 10 dias de evolução pelo que se deve suspeitar de uma sobre-infeção bacteriana e acrescentar a antibioterapia (1ª linha amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico oral) ao tratamento de suporte.

Restantes alíneas:

B - A desloratadina oral é um anti-histamínico indicado na rinite alérgica.

C - A fenilefrina nasal é um vasoconstritor tópico que faz parte do tratamento de suporte de qualquer rinite e rinossinusite numa fase inicial e só deve ser prescrito durante 10 dias no máximo (neste caso, dado a evolução dos sintomas de 12 dias não seria suficiente para o tratamento do quadro de RS aguda bacteriana)

D - A mometasona nasal faz parte do tratamento inicial de suporte de qualquer forma de rinite ou rinossinusite (neste caso, dado a evolução dos sintomas de 12 dias não seria suficiente para o tratamento do quadro de RS aguda bacteriana)

E - Na rinossinusite aguda deve-se iniciar com o tratamento de suporte (Analgésicos, Irrigação nasal c/ soro salino, Corticóides intra-nasais e Descongestionantes) e no caso de ausência de resposta em 10 dias acrescentar antibioterapia oral pela suspeita de sobre-infeção bacteriana.

PERGUNTA 10

Um homem de 38 anos de idade é admitido no internamento após orquiectomia. Tinha notado tumefação dolorosa no testículo direito há dois meses e a ecografia testicular revelou massa sugestiva de neoplasia. Não tem antecedentes patológicos e não faz medicação habitual. O estudo anatomopatológico é compatível com carcinoma seminomatoso do testículo.

Qual dos seguintes é o exame de estadiamento mais adequado?

A. α-fetoproteína
B. cintigrafia óssea
C. PET scan
D. RMN cerebral
E. TC torácica, abdominal e pélvica.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área conhecimento: Oncologia

Validação da afirmação correta: TC torácica, abdominal e pélvica.

A TC toraco-abdomino-pélvica é o exame mais adequado para estadiamento da maioria das neoplasias, aplicando-se também no caso dos tumores germinativos e permitindo um estadiamento local e à distância.

Restantes alíneas:

A - Os marcadores tumorais fazem também parte do estadiamento das neoplasias germinativas, devendo ser pedidos antes e após a cirurgia. A α-fetoproteína, a β-hCG e LDH servem como meio diagnóstico, bem como forma de seguimento - avaliação da resposta ao tratamento e aviso precoce de recidiva de doença. No caso dos seminomas puros, estes, por definição, não produzem α-fetoproteína.

B - A cintigrafia óssea não tem lugar como exame de estadiamento nas neoplasias germinativas, uma vez que o osso não é o foco mais habitual de metastização.

C - A PET tem um elevado valor preditivo negativo para a identificação de seminomas, sendo usada por vezes no diagnóstico diferencial inicial de massas testiculares. No estadiamento, contudo, o seu papel como meio complementar de diagnóstico de primeira linha ainda não está estabelecido, ficando reservada para os casos onde a TC é inconclusiva.

D - Os tumores germinativos metastizam com alguma frequência para o SNC e o método de imagem mais indicado para afirmar ou infirmar esse diagnóstico é a RM cerebral. Contudo, esta só tem lugar nos casos onde há suspeita clínica de invasão do SNC.

PERGUNTA 11

Um homem de 64 anos, construtor civil, vem à consulta por artralgias dos joelhos, mais intensas à direita, de evolução progressiva nos últimos três meses. Refere ainda claudicação da marcha e incapacidade para desempenhar a sua atividade laboral. A história médica revela neoplasia gástrica há 10 anos, tratada com resseção gástrica. Ele não faz medicação e nega consumo de tabaco. Tem hábitos etílicos marcados (80 g/dia). Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 73/min e pressão arterial 138/72 mm Hg. Ao exame físico apresenta dor de intensidade 6/10 na mobilização ântero-posterior do joelho direito e 4/10 no joelho esquerdo. O restante exame físico e resultados dos estudos analíticos encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O raio-X dos joelhos mostra diminuição da

interlinha interarticular, afilamento da camada perióstica, esclerose subcondral e osteofitose da superfície articular, bilateralmente.

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para as alterações radiológicas?

A. Artrite reativa.
B. Condromalácia.
C. Lesões metastáticas.
D. Osteoartrose.
E. Osteoporose.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correta: Osteoartrose.
O caso clínico descreve um quadro de gonalgias bilaterais (ritmo não caracterizado) crónicas (3 meses), sem artrite e com alterações nas radiografias dos joelhos. A presença de gonalgias crónicas, sem descrição de artrite e sem alterações analíticas (nomeadamente parâmetros inflamatórios elevados) num individuo com mais de 60 anos aponta para o diagnóstico de osteoartrose. Os achados na radiografia dos joelhos confirmam esta hipótese como mais provável, sendo estes característicos.

Restantes alíneas:

A - A hipótese de artrite reativa está incorreta, pois quer a clínica, quer as alterações radiográficas não fazem parte do quadro. Geralmente origina quadros de mono-oligoartrite aguda sendo comum o envolvimento assimétrico dos joelhos e outras articulações dos membros inferiores; geralmente com elevação de parâmetros inflamatórios. A radiografia na fase aguda não mostra alterações e caso a doença se torne crónica pode originar sinais de osteoartrose secundária em que predomina a diminuição da interlinha articular com pouca osteofitose.

B - A hipótese de condromalacia (rotuliana) está incorrecta, apesar de ser uma hipótese a considerar para a clínica do doente. É uma causa muito comum de gonalgias mecânicas sem artrite e sem alterações analíticas, sobretudo localizadas na região anterior do joelho e em indivíduos mais jovens. No entanto, a radiografia na condromalácia não mostra alterações directas, apenas é possível ver sinais de osteoartrose da articulação femoro-rotuliana.

C - A hipótese de lesões metastáticas está incorreta, pois quer a clínica, quer as alterações radiográficas não fazem parte do quadro. As metástases ósseas não são frequentes nesta localização e é altamente improvável a bilateralidade. Além disso, a presença de uma neoplasia com metastização óssea cursa com alterações analíticas inflamatórias (anemia e elevação de elevação de parâmetros inflamatórios) e de remodelação óssea (elevação de fosfatase alcalina e hipercalcemia). Por fim, a radiográfica nas metástases ósseas mostra massas ósseas com um padrão blástico (esclerose predominante) ou lítico (diminuição da densidade mineral óssea).

E - A hipótese de osteoporose está incorreta, pois quer a clínica, quer as alterações radiográficas não fazem parte do quadro. A osteoporose é assintomática e não causa dor óssea, exceto se existir fratura. Além disso, a radiografia na osteoporose mostra diminuição da densidade mineral óssea.

PERGUNTA 12

Um homem de 52 anos, serralheiro, vem à consulta de Oncologia para seguimento de carcinoma epidermóide da laringe, tratado radicalmente com quimiorradioterapia há dois anos. Nega queixas de novo. A história médica revela doença pulmonar obstrutiva crónica, não medicada. É fumador de 60 UMA. Ele tem 174cm de altura e pesa 72kg; IMC 24 kg/m2. Apresenta bom estado geral. O restante exame físico encontra-se dentro da normalidade.

Qual das seguintes é a medida mais adequada no contexto de prevenção secundária?

F. Autopalpação cervical
G. Cessação tabágica
H. Consumo de dieta equilibrada
I. Prática regular de exercício físico
J. Vacina contra o papilomavírus humano.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área conhecimento: Medicina (Oncologia)

Validação da afirmação correta: Cessação tabágica.
A cessação tabágica é, neste caso, a medida mais importante de prevenção secundária. O tabagismo está identificado como claro responsável direto por

neoplasias da cabeça e pescoço, tornando a cessação tabágica uma importante medida de prevenção primária e secundária.

Restantes alíneas:

A - A autopalpação cervical tem uma baixa sensibilidade e especificidade para neoplasias da cabeça e pescoço e não influencia a história natural da doença. Assim, não é a forma mais eficaz de prevenção secundária.

C - Uma dieta equilibrada deve ser sempre aconselhada a todos os doentes e provou-se eficaz, em conjunto com outros estilos de vida saudáveis, eficaz na redução da incidência de neoplasias. Contudo, não é a forma mais eficaz de prevenção de secundária nas neoplasias de cabeça e pescoço em indivíduos fumadores ativos.

D - Uma prática regular de exercício físico deve ser sempre aconselhada a todos os doentes e provou-se eficaz, em conjunto com outros estilos de vida saudáveis, eficaz na redução da incidência de neoplasias. Contudo, não é a forma mais eficaz de prevenção de secundária nas neoplasias de cabeça e pescoço em indivíduos fumadores ativos.

E - A implementação da vacina contra o HPV diminuiu a incidência de neoplasias da cabeça e do pescoço. No entanto, esta deve ser administrada idealmente antes da exposição a fatores de risco (início de atividade sexual) e antes do aparecimento de neoplasia. Assim, apesar de ser uma possível forma de prevenção secundária, é mais eficaz como prevenção primária.

PERGUNTA 13

Uma mulher de 32 anos recorre ao serviço de urgência por ptose palpebral à esquerda e diplopia binocular como vários meses de evolução e agravamento progressivo. Refere que as queixas se agravam no final do dia e menciona ainda astenia e ligeira dispneia . A história médica revela hipertensão arterial moderada e a medicação habitual inclui perindopril. É fumadora de 30 cigarros por dia desde há 10 anos. O exame oftalmológico revela acuidade visual bilateral de 20/20 em ambos os olhos. Verifica-se aumento da ptose palpebral no olhar forçado para cima e enfraquecimento na oclusão palpebral. Os reflexos pupilares e os exames biomicroscópico e fundoscópico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual os seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Doença de Graves.
B. Miastenia Gravis.
C. Oftalmoplegia externa progressiva crónica.
D. Paralisia do terceiro par craniano.
E. Síndrome de Kearns-Sayre.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Miastenia Gravis.

Trata-se de caso de diplopia binocular indolor com visão e exame oftalmológico normal (portanto extrínseca ao globo ocular), com flutuação vespertina, acompanhada de ptose e queixas sistémicas (astenia, dispneia). Apresenta sinais de fatigabilidade ao exame neurológico. Desta forma, o conjunto sugere disfunção da placa motora – miastenia gravis – em detrimento das outras hipóteses. HPIM 20 p. 190-1.

Restantes alíneas:

A - Nenhuma porção da vinheta clínica aponta para sinais clínicos de hipertiroidismo. Além disso, a orbitopatia tiroideia cursa com alteração progressiva e não flutuante dos músculos extraoculares assim como proptose e retração palpebral, e não ptose. Pode acompanhar-se de desconforto periorbitário, que não é referido na vinheta. HPIM 20 p. 190-1, p. 3235.

C - Nesta doença mitocondrial, a alteração dos movimentos oculares é lentamente progressiva ao longo de anos. Além disso, é não flutuante, não cursando com fatigabilidade ao exame neurológico. Poderão existir caraterísticas sistémicas associadas. HPIM 20 p. 190-1, p. 3235.

D - Neste caso a ptose palpebral seria fixa, não-fatigável, e, nesta faixa etária, a etiologia compressiva seria a mais provável, pelo que seria expectável envolvimento pupilar, negado na vinheta. HPIM 20 p. 190-1.

E - Nesta doença mitocondrial, a alteração dos movimentos oculares é lentamente progressiva e não flutuante, não cursando com fatigabilidade ao exame neurológico. Deverão existir características sistémicas associadas, como retinite pigmentar, negada na vinheta clínica. Além disso, o início é habitualmente antes dos 20 anos de idade. HPIM 20 p. 190-1, p. 3235.

PERGUNTA 14

Um homem de 60 anos, gestor de empresas, recorre a consulta de medicina geral e familiar para reavaliação de queixas de ejaculação precoce, que apresenta desde há dois anos. O doente tem antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, controlada com medidas dietéticas, e toma aspirina diariamente. Na consulta anterior, o doente tinha sido referenciado para consulta de psicologia, para terapia comportamental. No entanto, ele está desiludido com os resultados deste tratamento, pelo facto de ser necessária a participação da sua parceira sexual. Desde o divórcio, há dois anos, o doente tem mantido atividade sexual com várias mulheres e gostaria de saber se há alguma medicação que o poderá ajudar com os seus problemas sexuais. Os sinais vitais e exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A glicemia capilar é 128 mg/dL.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento mais adequado para este doente?

A. Alprostadil.
B. Sertralina.
C. Sildenafil.
D. Tansulosina.
E. Testosterona.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Sertralina.
A vinheta descreve um caso clínico de um homem com 60 anos, com antecedentes de DM tipo 2, que procura os cuidados médicos por ejaculação precoce com pelo menos dois anos de evolução (que não é a apresentação clínica mais típica desta perturbação, diga-se). O doente foi proposto para psicoterapia cognitivo-comportamental, que é o tratamento com mais evidência (sendo de primeira linha) na ejaculação precoce. No entanto, não tendo obtido uma resposta satisfatória e tratando-se de um homem que mantém uma vida sexual ativa, este pretende uma solução farmacológica apropriada para o seu problema. A solução farmacológica apropriada é a questão colocada pelo examinador.

Os antidepressivos SSRI (como a sertralina) constituem a primeira linha de tratamento psicofarmacológico na ejaculação precoce, já que um dos seus efeitos a nível sexual é atrasarem o tempo ejaculatório (outros efeitos sexuais no homem são a diminuição da libido e a diminuição da capacidade erétil). Este efeito pode ser deletério em homens com perturbações depressivas sem queixas sexuais, mas pode revestir-se de utilidade terapêutica em homens com ejaculação precoce. Acrescente-se que existe inclusivamente um SSRI, que foi desenvolvimento para esse efeito apenas (já que a sua semi-vida demasiado curta inviabiliza a sua utilização como antidepressivo): a dapoxetina, que existe comercializada em Portugal.
Embora sem referir a dapoxetina, a bibliografia "oficial" do exame esclarece na página 336, em relação ao tratamento da ejaculação precoce: "sometimes SSRIs, which delay ejaculation, are used in treatment, but continued use is required."

Restantes alíneas:

A - O alprostadil seria também uma opção terapêutica disponível para o tratamento de uma eventual disfunção erétil.

C - O sildenafil poderia ser uma solução terapêutica para o tratamento de uma eventual disfunção erétil. Embora o presente doente tenha fatores de risco para uma disfunção erétil (o principal dos quais é a DM tipo 2), a clínica é a de ejaculação precoce.

D - A tansulosina seria uma opção terapêutica no caso de uma hipertrofia benigna da próstata (HBP). Efetivamente, um dos possíveis efeitos secundários deste fármaco é a disfunção ejaculatória. Diga-se que até existem alguns estudos promissores em doentes com ejaculação prematura e HBP, mas o doente não apresenta clínica de HBP (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166377/).

E - A testosterona seria uma opção terapêutica no caso de suspeita de diminuição de libido ou mesmo de disfunção erétil no contexto de hipogonadismo, que, uma vez mais, não é uma leitura diagnóstica compatível com o quadro clínico descrito. Já a relação entre os níveis de testosterona e a ejaculação prematura é uma área que carece de mais estudos (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3928961/).

PERGUNTA 15

Um homem de 54 anos é trazido ao serviço de urgência em ambulância, quinze minutos depois de a sua filha o ter encontrado inconsciente e sem responder a estímulos deitado no sofá de sua casa. O médico da equipa de emergência extra-hospitalar reporta que a glicemia no local era de 21 mg/dL, que melhorou após administração de dextrose a 30 % endovenosa. A filha diz que a última vez que viu o pai foi há dois dias, e nessa altura referia estar com uma gastrenterite com náuseas, vómitos e diarreia. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata. A medicação habitual inclui glibenclamida, metformina e lisinopril. Bebe quatro copos de vinho por dia e fuma um cigarro diariamente. Ele tem 172 cm de altura e pesa 80 kg; IMC 27 kg/m^2. Os sinais vitais são temperatura37,7°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 122/min e pressão arterial 94/60 mm Hg; SpO2 96 % (ar ambiente). O doente aparenta estar clinicamente mal. Está letárgico, move todos os membros espontaneamente. As pupilas medem 3 mm de diâmetro e são reativas à luz e à acomodação. As mucosas estão secas e a pele está fria e húmida. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro

Creatinina	5,2 mg/dL
Azoto ureico	98 mg/dL
Glucose	27 mg/dL
Sódio	130 mEq/L
Potássio	5,6 mEq/L
Cloro	99 mEq/L
Bicarbonato	17 mEq/L

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

A. Aumento do metabolismo da glicose, em contexto de sépsis.
B. Depleção dos depósitos de glicogénio hepático, induzida pelo álcool.
C. Diminuição da depuração do secretagogo da insulina.
D. Inibição da gluconeogénese hepática, induzida por medicamentos.
E. Secreção descontrolada da insulina, devido a tumor endócrino.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Diminuição da depuração do secretagogo da insulina.
O doente está medicado com glibenclamida (sulfonilureia – secretagogo) que apresenta eliminação renal. Perante o agravamento da função renal (Creatinina 5,2 mg/dl, em provável relação com desidratação por diarreia e vómitos) a depuração do fármaco está diminuída aumentado o risco de hipoglicemia.

Restantes alíneas:

A - Não há alterações sugestivas de sépsis.

B - Apesar de o consumo excessivo de álcool poder induzir hipoglicemia, não há referência a aumento do consumo habitual de álcool.

D - As sulfonilureias não têm impacto hepático direto. A metformina pode modular a gluconeogénese hepática, mas não é causa de hipoglicemia.

E - Nada na história clínica sugere tumor endócrino.

PERGUNTA 16

Um homem de 21 anos é conduzido ao serviço de urgência pelos familiares por alterações de comportamento. Relatam que o jovem passou o último ano isolado no quarto e, apesar de parecer estudar, não conseguiu aprovação em nenhuma das disciplinas. É frequente não comer e não tomar banho. Encontram-no a falar sozinho, como se respondesse a perguntas. Chora inconsolavelmente afirmando que os agentes do FBI se preparam para o eliminar, o que sente como injusto. Agrediu recentemente um colega da residência universitária alegando que este era na realidade um agente norte-americano que o vigiava através do computador para controlar os seus pensamentos. A história médica revela dislipidemia mista e a medicação habitual inclui atorvastatina, que tem cumprido. É natural da Guiné-Bissau e está a residir em Portugal há dois anos. A história familiar revela perturbação afetiva bipolar na mãe e avó materna.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento inicial mais adequado?

A. Aripiprazol, 10 mg/dia, por via oral.
B. Clozapina, 25 mg/dia, por via oral.
C. Haloperidol, 25 mg/dia, por via oral.
D. Olanzapina, 5 mg/dia, por via oral.
E. Palmitato de paliperidona, 75 mg/mês, por via intramuscular.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Aripiprazol, 10 mg/dia, por via oral.

O aripiprazol é um antipsicótico de segunda geração, que apresenta menor probabilidade de causar ganho ponderal do que a olanzapina (SOTP, pg. 727; SIGN pg. 12) sendo considerado mais seguro do ponto de vista metabólico. Este é um pormenor importante neste caso, tendo em conta os antecedentes de dislipidemia mista do doente. A dose situa-se no intervalo 5-10 mg/dia, a dosagem inicial recomendada (RANZCP, algoritmo, pg. 15). Por estes motivos, considera-se que esta é a opção mais correta.

Restantes alíneas:

B - A clozapina encontra-se indicada nos casos de resistência/refratoriedade, que se definem como ausência de resposta ao tratamento apesar do uso adequado e sequencial de, pelo menos, dois antipsicóticos diferentes (NICE guideline, pg. 383). Acresce ainda que a clozapina não é utilizada como tratamento de primeira linha, por razões de segurança hematológica (NOC, pg. 2). A vinheta clínica descreve um episódio inicial, pelo que o doente não terá indicação atual para iniciar este fármaco.

C - Os antipsicóticos de segunda geração são geralmente recomendados devido à sua melhor tolerabilidade e menor perfil de efeitos extrapiramidais (RANZCP, pg. 16). O haloperidol, antipsicótico de primeira geração, não seria assim a primeira escolha. Note-se também que a dose de 25 mg diários por via oral é demasiado elevada. Segundo o Resumo das Características do Medicamento (RCM), "a dose máxima é de 20 mg/dia porque as questões de segurança superam os benefícios clínicos do tratamento com doses mais elevadas". No episódio agudo deve ser iniciada a menor dose possível (SOPT, pg. 287), ponto que se reveste ainda de maior importância considerando que este é um primeiro surto e que o doente é naive de terapêutica antipsicótica. Este aspeto é descrito na NOC (pg. 1): "Em doentes com o primeiro surto ou episódio psicótico ou em doentes sem qualquer tratamento anterior os medicamentos antipsicóticos iniciam-se nas doses mínimas previstas no RCM, titulando lentamente para as doses eficazes."

D - Atendendo aos antecedentes de dislipidemia mista do doente, a olanzapina não é o antipsicótico mais adequado, uma vez que apresenta um perfil com

maior tendência para ganho ponderal e aumento dos níveis de glicose em jejum (SIGN, pg. 13-14). Tem sido sugerido que a olanzapina devia ser evitada como tratamento de primeira linha no primeiro episódio psicótico devido à sua maior propensão para causar síndrome metabólico (SOPT, pg. 292).

E - No primeiro episódio psicótico, a via de administração indicada é oral (NICE, pg. 379; NOC, pg.1). Os injetáveis de longa ação são maioritariamente apontados para minimizar questões relacionadas com má adesão terapêutica em regime de tratamento continuado (SOPT, pg. 294). Além disso, a maioria dos antispicóticos requer uma dose inicial de teste, por via oral, antes de começar a preparação injetável (RANZCP, pg. 34), facto que suporta que a administração desta forma ad initium não é a hipótese mais indicada neste contexto.

PERGUNTA 17

Um homem de 27 anos vem ao consultório médico por episódios recorrentes de palpitações, xerostomia, cefaleias e dores musculares com nove meses de evolução. Estes sintomas tiveram início pouco tempo depois de ter perdido o seu emprego anterior. Apesar de rapidamente ter conseguido encontrar novamente trabalho, refere que está preocupado com a possibilidade de ser despedido mais uma vez. Sente-se persistentemente assustado com a possibilidade de que algo negativo possa ocorrer consigo ou com a sua família. Tem tido dificuldade em adormecer e tendência para comer mais do que o habitual. Mais recentemente, tem-se sentido triste pelo facto de não conseguir poupar o suficiente para «fazer um pé-de-meia [...) ter uma alternativa para sustentar os meus filhos se ficar outra vez sem emprego [...] chego a chorar quando estou a matutar sobre estes problemas à noite». À observação apresenta-se vígil e colaborante. O discurso é espontâneo, está organizado e tem fluxo normal. O humor é ansioso. Não apresenta atividade delirante ou alucinatória. Foi observado recentemente em consulta pelo seu médico assistente, tendo sido requisitados estudos analíticos e eletrocardiograma, que se encontram dentro dos parâmetros de normalidade.

Atendendo à descrição clínica efetuada, qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

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

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Perturbação de ansiedade generalizada.

O caso apresentado corresponde a um jovem com um quadro de 9 meses de evolução de ansiedade com sintomas do foro cognitivo (preocupações e ruminações ansiosas pluritemáticas relacionadas com o trabalho, a sua situação económica e a possibilidade de acontecer algo de errado com a sua família) e somático (hiperativação autonómica com palpitações, xerostomia e cefaleias) associados a choro fácil, insónia inicial e hiperfagia. A sintomatologia teve início após um stressor (despedimento do emprego) que terá sido resolvido rapidamente e que não teve impacto significativo da vida do sujeito. Formalmente cumpre critérios para Perturbação de Ansiedade Generalizada por ser um caracterizado por preocupação e ansiedade excessivas dirigidas a várias atividades e eventos durante pelo menos seis meses de intensidade e duração desproporcionais ao verdadeiro impacto do evento antecipado, com vivência subjetiva do indivíduo de dificuldade em controlar a preocupação.

Restantes alíneas:

A - Neste caso, a sintomatologia descrita é maioritariamente do foro ansioso estando descrito no exame do estado mental que o doente não apresenta humor depressivo. Também não é referida a presença de anedonia (perda de interesse ou prazer em atividades das quais o indivíduo desfrutava anteriormente). Ainda que um episódio depressivo major possa apresentar constelações diversas de sintomas, formalmente é exigida a presença de pelo menos um destes sintomas.

B - O diagnóstico de perturbação de adaptação exige que os sintomas apresentados não sejam mais bem explicados por outra doença mental (por exemplo uma perturbação depressiva ou de ansiedade) ou exacerbação de doença previamente conhecida. Neste caso, ainda que exista um stressor identificável, o mesmo pareceu resolver-se rapidamente. Os sintomas estão presentes há pelo menos nove meses, sendo que ocorrendo extinção do stressor inicial os critérios exigem a remissão da sintomatologia nos seis meses seguintes.

C - O diagnóstico de perturbação de adaptação exige que os sintomas apresentados não sejam mais bem explicados por outra doença mental (por exemplo uma perturbação depressiva ou de ansiedade) ou exacerbação de doença previamente conhecida. Neste caso, ainda que exista um stressor identificável, o mesmo pareceu resolver-se rapidamente. Os sintomas estão

presentes há pelo menos nove meses, sendo que ocorrendo extinção do stressor inicial os critérios exigem a remissão da sintomatologia nos seis meses seguintes. Os sintomas do doente também não se encaixam no subtipo depressivo.

E - A sintomatologia ansiosa parece estar presente de forma relativamente constante, sem agravamentos paroxísticos. Na perturbação de pânico o mais frequente é a ocorrência de ataques de pânico espontâneos (início súbito de palpitação, dispneia, tonturas, entre outros, muitas vezes associados a sensação de morte iminente ou de perda de controlo) associados a preocupação excessiva com a sua repetição ou alteração do comportamento (por exemplo evitamento agorafóbico).

PERGUNTA 18

Uma mulher de 50 anos é trazida ao serviço de urgência porque o marido, durante a noite, achou que a mulher "não estava bem". Tentou acordá-la sem sucesso. A história médica revela diabetes mellitus, medicada com metformina e glicazida. A doente consome três cervejas diariamente. Os sinais vitais são temperatura 36,5ºC, frequência respiratória 22/min, frequência cardíaca 110/min, e pressão arterial 120/90 mmHg, SpO2 96% (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se em coma não-reativo e respira sem dificuldade. O exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar e o exame do abdómen, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A lateralização motora é difícil de avaliar pelo estado neurológico.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Administrar naloxona.
B. Administrar tiamina.
C. Determinar glicémia.
D. Realizar punção lombar.
E. Realizar TC do crânio.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Determinar glicémia.

Na avaliação de um doente com alteração do estado de consciência, deve seguir-se a abordagem ABCDE. Pelo que é descrito, os pontos A, B e C, parecem estar estáveis. No D-disability, faz parte a avaliação da glicémia, pelo facto de hipo ou hiperglicémias poderem causar este quadro, particularmente numa doente diabética.

Restantes alíneas:

A - Não existe no quadro suspeita de intoxicação por opiáceos.

B - Não existe no quadro suspeita de intoxicação alcoólica ou malnutrição, que fizesse pensar numa encefalopatia de Wernicke.

D - Numa doente com alteração grave do estado de consciência, a punção lombar não deve ser feita antes de excluir lesão ocupando espaço por exame de imagem.

E - Após a avaliação ABCDE, este seria um passo adequado. Contudo, a avaliação da glicémia deve ser feita antes, por ter uma correção de instituição rápida.

PERGUNTA 19

Uma mulher de 73 anos, professora aposentada, vem à consulta de psiquiatria acompanhada pela filha por «esquecimentos» desde há seis meses. A filha refere que tem notado que a mãe se esquece com facilidade dos seus compromissos, tem dificuldade em acompanhar as conversas entre ambas e por vezes não encontra as palavras certas para utensílios de uso comum. A doente não parece valorizar as queixas descritas pela filha, mas acaba por se mostrar chorosa quando falam sobre o facto de estar agora a viver em casa da filha. A história médica revela hipertensão arterial e hipercolesterolemia e a medicação habitual inclui lisinopril e sinvastatina. Não é fumadora nem consome álcool habitualmente. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 125/80 mm Hg. Ela tem 169 cm de altura e pesa 71,5 kg; IMC 25 kg/m2. Está globalmente lentificada, participando pouco na consulta e respondendo muito brevemente às questões colocadas. O humor é eutímico e os afetos reativos. Sem atividade delirante ou alucinatória. Na prova do relógio desenhou corretamente o contorno, não colocou os números no local certo e omitiu o desenho dos ponteiros. A TC do crânio realizada um mês antes da consulta revela atrofia cortical global, superior ao esperado para a idade. Os resultados dos estudos analíticos encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

A. Iniciar medicação com donepezilo.
B. Iniciar medicação com sertralina.
C. Iniciar suplementação com ácido fólico.
D. Não iniciar terapêutica e reavaliar em seis meses.
E. Referenciar para terapia cognitiva e comportamental.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Iniciar medicação com donepezilo.

A presente vinheta clínica trata-se de demência de alzheimer de apresentação amnéstica num estadio ligeiro a moderado: início insidioso (6 meses), evidência de detioração cognitiva em mais do que um domínio (neste caso: memória, atenção, linguagem), com impacto funcional (necessidade de ir viver para casa da filha) e que não é explicada melhor por outra condição. Sendo assim, os inibidores da acetilcolinesterase como o donepezilo estão indicados.

Restantes alíneas:

B - Na vinheta é apenas mencionado choro num contexto específico, não sendo mencionados outros sintomas de perturbação depressiva que permitam fazer o diagnóstico, como anedonia ou humor depressivo. Desta forma, não há indicação para iniciar um SSRI.

C - Iniciar suplementação com ácido fólico: O estudo de síndrome demencial deve incluir doseamento de ácido fólico. Dado que não é descrito na vinheta qualquer défice, não faria sentido inicia-lo.

D - Não iniciar terapêutica e reavaliar em seis meses: Dado que é possível fazer o diagnóstico de demência de alzheimer não é adequado não iniciar tratamento dirigido à doença.

E - Referenciar para terapia cognitiva e comportamental: É escassa a evidência que sustenta a TCC na demência. A evidência sustenta sobretudo, em associação aos fármacos demenciais, o controlo dos fatores de risco cardiovasculares e a estimulação cognitiva.

PERGUNTA 20

Uma mulher de 29 anos vem ao consultório médico por estar preocupada com a possibilidade de vir a sofrer de incontinência urinária. Os antecedentes obstétricos incluem uma gestação complicada por diabetes gestacional (controlada com dieta) e um parto vaginal a termo auxiliado por forceps há quatro meses, complicado por laceração perineal do 3.0 grau com infeção e retenção urinária durante três dias e que resolveu com as medidas habituais. Neste momento está a amamentar o filho e faz contraceção com implante subcutâneo. Ela tem episódios esporádicos de rinite alérgica e refere obstipação desde o parto, com fezes muito duras. Pratica natação duas vezes por semana. A sua mãe, de 55 anos, foi recentemente submetida a cirurgia de correção de incontinência urinária. Ela mede 163 cm e pesa 56 kg; IMC 21 kg/m2. Os sinais vitais e exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes medidas é a mais adequada para reduzir o risco de incontinência urinária de esforça nesta doente?

A. Alterar a modalidade desportiva.
B. Alterar o método contracetivo.
C. Correção da obstipação.
D. Instituir dieta hipocalórica.
E. Suspender a amamentação.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correta: Correção da obstipação.

A mulher em questão pode de facto ter um aumento do risco de vir a sofrer de IUE, na medida em que apresenta uma história familiar e que teve um parto por via vaginal, complicado inclusivamente de laceração grau 3. Assim importa ser informada de eventuais medidas que minimizem essa probabilidade. A obstipação crónica é um dos fatores que pode contribuir para o agravamento do risco individual de vir a sofrer de incontinência urinária de esforço, na medida em que contribui para aumentar de forma repetitiva a pressão intra abdominal. Assim esta deve ser desde já corrigida.

Restantes alíneas:

A - A prática de natação não condiciona impacto significativo sobre o pavimento pélvico, já que não implica o aumento da pressão intra abdominal. Desta forma não interfere significativamente com o risco de incontinência urinária.

B - O método contracetivo, utilizando apenas progestativo é o indicado para uma mulher que esteja a amamentar, na medida em que os estrogénios da contraceção combinada podem interferir com a quantidade e qualidade do leite. Por outro lado, estudos de mulheres na peri-pós menopausa parecem indicar que a utilização de estrogénios sistémicos pode contribuir para um agravamento da incontinência urinária de esforço (em mulheres com sintomas, o que não é o caso). Portanto não é necessária uma alteração do método contracetivo.

D - A mulher em questão tem um IMC normal (21kg/m2), razão pela qual não necessitará, para já de uma dieta hipoclórica com vista à redução do peso, tal como poderia estar indicado se sofresse de obesidade. Ainda assim, mesmo neste contexto haveria a ter em conta o facto de estar a amamentar, razão pela qual uma dieta muito restritiva poderia não estar indicada e ter que ser protelada para depois do período de amamentação.

E - A suspensão da amamentação não está indicada como forma de reduzir o risco de incontinência urinária de esforço no futuro.

PERGUNTA 21

Uma mulher de 76 anos é admitida no hospital para hidratação endovenosa após história de diarreia aquosa desde há dois dias. Apresentou, nesse período, 10 dejeções líquidas sem sangue. Refere sentir-se febril e com tonturas e tem tido pouco apetite. Não tem náuseas nem vómitos. Antes destes sintomas, era saudável e muito ativa. Não toma medicação habitualmente. Regressou recentemente de um cruzeiro com o seu companheiro. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 112/min e pressão arterial 100/62 mm Hg em pé e 120/70 mm Hg deitada; SpO2 96 % (ar ambiente). Ao exame físico observa-se orofaringe com mucosas desidratadas. O abdómen está mole e indolor à palpação e os ruídos intestinais estão presentes. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é negativa. As coproculturas e a pesquisa de ovos e parasitas nas fezes ainda não estão disponíveis.

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da diarreia da doente?

A. Diarreia fictícia.
B. Giardíase intestinal.
C. Hipertiroidismo.
D. Infeção por rotavírus.
E. Uso excessivo de laxantes.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área conhecimento: Gastroenterologia

Validação da afirmação correta: Infeção por rotavírus.

O rotavírus causa diarreia aguda aquosa. A temperatura subfebril favorece etiologia infecciosa de diarreia aguda. O contexto epidemiológico (viagem em cruzeiro) também apoia a hipótese diagnóstica.

Restantes alíneas:

A - A diarreia fictícia surge associada a consumo abusivo de laxantes, de hidratos de carbono não absorvíveis como a frutose, sorbitol, manitol e a lactulose em indivíduos com deficiência de lactase que não se aplica ao caso apresentado.

B - A Giardia lamblia é um parasita potencialmente causador de diarreia crónica e não aguda como no caso apresentado. A pesquisa de parasitas nas fezes foi negativa.

C - O hipertiroidismo é causa de diarreia crónica e não aguda como no caso apresentado.

E - Os dados da história clínica e exame objetivo são concordantes com diarreia aguda de etiologia infecciosa.

PERGUNTA 22

Um lactente de 10 meses vem ao centro de saúde para consulta de vigilância. Apresentou evolução estatural e ponderal no percentil 85 até aos 6 meses, altura em que se verificou cruzamento descendente de 2 percentis de peso e estatura. Do ponto de vista alimentar, esteve sob aleitamento materno exclusivo até aos 5 meses, altura em que iniciou diversificação alimentar com papa sem glúten, papa de fruta e fórmula de transição (em substituição do leite materno).

Aos 6 meses iniciou papa com glúten e caldo de legumes com carne e peixe. Aos 9 meses foi introduzido leite de vaca em natureza gordo, com vómitos ocasionais desde então. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo. Os antecedentes familiares incluem asma (mãe). Ao exame físico apresenta boa vitalidade, mucosas hidratadas e pálidas. O desenvolvimento psicomotor e restante exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Alergia às proteínas do leite de vaca.

B. Doença celíaca.

C. Fibrose quística.

D. Infeção urinária.

E. Refluxo gastroesofágico.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Neste caso clínico temos uma má progressão estaturoponderal de início aos 6 meses de idade. A manifestação mais clássica (embora atualmente as manifestações atípicas sejam mais frequentes) é efetivamente a má progressão que se inicia com a introdução do glúten na alimentação, que foi o caso deste lactente, em que é referida o início da papa com glúten aos 6 meses. Apesar de descrita também a introdução de leite de vaca em natureza aos 9 meses (algo que não está recomendado antes dos 12 meses de idade), esta introdução apenas aumenta a probabilidade de anemia no lactente (que poderá ser provável dada a palidez das mucosas), mas cuja tradução não é, tipicamente, a má progressão estaturoponderal (e principalmente porque apenas começou este leite aos 9 meses).

Restantes alíneas:

A – A alergia às proteínas de leite de vaca pode manifestar-se (embora de forma menos típica) apenas por vómitos, mas aqui apenas temos referência ao quadro de vómitos, e ocasionais, a partir dos 9 meses, e este lactente já iniciou leite de fórmula aos 5 meses, e não seria de pressupor uma quebra tão imediata entre o

início dos vómitos (9 meses) e uma má progressão estaturoponderal, como é o caso.
C – A fibrose quística encontra-se associada a má progressão estaturoponderal, e pode ser uma causa, mas as manifestações mais frequentes no primeiro ano de vida são respiratórias (45% das crianças), e não exclusivamente a má progressão estaturoponderal (28% dos casos).
D – A infeção urinária no primeiro ano de vida pode ter apenas como manifestação vómitos, sem febre, mas não é causa habitual de uma má progressão estaturoponderal tão acentuada, e arrastada, nesta idade.
E – O refluxo gastroesofágico tipicamente encontra-se mais presente nos primeiros meses de vida, altura em que os mecanismos anti-refluxo ainda não estão completamente desenvolvidos, a posição do lactente é mais em decúbito, e ainda não introduziu sólidos. À medida que o lactente vai crescendo, também desce a probabilidade de refluxo gastroesofágico e deste ser causador de uma má progressão estaturoponderal, situação em que se falaria de uma doença de refluxo, e não num simples refluxo.

PERGUNTA 23

Uma mulher de 34 anos é observada no internamento por hemorragia vaginal abundante e queixas de tonturas cerca de uma hora após o parto eutócico. A gravidez decorreu sem intercorrências. O recém-nascido pesa 4250 g e o índice de Apgar foi de 8 e 10 ao 5.º e 10.º minutos, respetivamente. Os antecedentes obstétricos incluem quatro gestações e três partos vaginais prévios. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 112/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 100/60 mm Hg. Ao exame físico está pálida.

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

A. Colocar a utente na posição de Trendelenburg.
B. Pesquisar lacerações vaginais.
C. Solicitar ecografia pélvica.
D. Solicitar hemograma.
E. Verificar o tónus uterino.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Ginecologia/Obstetrícia

Validação da afirmação correta: O caso clínico demonstra um quadro de hemorragia pós-parto. Apresenta inclusivamente alguns fatores de risco para esta situação, como é o caso da multiparidade e de um RN provavelmente macrossómico (4250 g). A causa mais frequente de HPP é a atonia uterina, pelo que a palpação e verificação do tónus uterino é a abordagem inicial. Segundo a bibliografia aconselhada: 'PPH is an unequivocal emergency; all available resources should be mobilized immediately upon its recognition. Because most cases of PPH are caused by uterine atony, the uterus should be palpated abdominally, seeking the soft, "boggy" consistency of the relaxed uterus. (…) While the cause of the hemorrhage is being identified, general supportive measures should be initiated. Such measures include large-bore intravenous access; rapid crystalloid infusions; type, cross-match, and administration of blood or blood components as needed; periodic assessment of hematocrit and coagulation profile; and monitoring of urinary output."

Restantes alíneas:

A – A doente não apresenta sinais claros de hipotensão (TA 100/60 mmHg), pelo que nesta fase inicial não parece necessitar de medidas de aumento do retorno venoso, não sendo de excluir a sua utilização com a evolução do quadro clínico.

B – Esta medida é uma das atitudes a realizar na investigação de um quadro cliníco com HPP. No entanto, sendo a atonia uterina é a principal causa, todas as outras etiologias devem ser pesquisadas posteriormente. Segundo a bibliografia aconselhada: 'Because hemorrhage can occur in the absence of atony, other etiologies must be sought in the presence of a firm fundus.'

C – A realização de ecografia pélvica nunca seria a primeira abordagem, mas poderia ser útil na suspeita de retenção de fragmentos placentares, após revisão uterina manual. Segundo bibliografia aconselhada: 'If this is unsuccessful, or if there is uncertainty regarding the cause of hemorrhage, an ultrasound examination of the uterus can be helpful.'

D – Provavelmente será um dos passos na abordagem da HPP para a avaliação de uma possível anemia e necessidade de transfusão, mas não o primeiro passo.

PERGUNTA 24

Mulher de 26 anos, primigesta, vem ao consultório médico às 30 semanas de gestação, por tosse noturna e pieira desde há aproximadamente cinco semanas. A doente refere agravamento dos sintomas de manhã. A tosse é ocasionalmente produtiva com muco transparente e por vezes associa-se a rouquidão e irritação na orofaringe. Ela não tem tido febre. A gravidez tem decorrido sem complicações até ao momento, referindo apenas dispepsia ocasional que tipicamente alivia com antiácidos de venda livre. Está medicada com polivitaminico pré-natal. Deixou de fumar quando engravidou. Refere história familiar de atopia na mãe e no irmão, com sintomatologia típica de febre dos fenos, e que, enquanto crianças ela própria teve alguns episódios de pieira. Desde há dois anos que tem dois cães em casa. Ela trabalha como recepcionista num consultório pediátrico. Os sinais vitais são temperatura 37ºC, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 86/min e pressão arterial 108/62 mmHg. A auscultação pulmonar revela sibilos expiratórios e roncos de timbre rude.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado nesta doente?

A. Elevar a cabeceira da cama.
B. Pedir testes de função pulmonar
C. Referenciar para gastroenterologia.
D. Referenciar para imunoalergologia.
E. Repetir auscultação pulmonar de manhã, altura em que os sintomas são mais acentuados.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área do conhecimento: Ginecologia/Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Elevar a cabeceira da cama.
O caso clínico explicitado representa 2 entidades: dispepsia provavelmente associada a refluxo gastroesofágico e um provável diagnóstico de asma, no caso, aparentemente agravado pelo refluxo. A dispepsia na gravidez é uma situação benigna e comum no 3º trimestre, associada às alterações hormonais (essencialmente o aumento da progesterona) e ao aumento da pressão intra-abdominal. A dispepsia geralmente alivia com medidas gerais (no caso clínico alívio com antiácidos) e não está associada a qualquer desfecho adverso materno-fetal. A elevação da cabeceira da cama é mais uma medida geral com potencial para aliviar a sintomatologia da doente, pelo que seria um próximo passo adequado nesta situação. No que diz respeito ao potencial diagnóstico de

asma, mesmo considerando a regra dos "1/3"s (agrava, mantém, piora), a clínica de asma neste caso parece estar muito relacionada com a dispepsia, fator este que poderá ter papel como precipitante das queixas. Daí, a elevação da cabeceira, seria provavelmente uma medida com eficácia potencial para as duas situações em causa.

Restantes alíneas:

B – A utilidade potencial para o estudo funcional respiratório seria como dado extra num potencial quadro de asma. Sabemos por um lado que a asma pode manifestar-se/agravar-se com a gravidez e a sua confirmação é útil parta o correto tratamento prevenindo eventuais desfechos obstétricos adversos (nomeadamente a hipoxia fetal). A clínica referida de tosse e pieira, muitas vezes com agravamento noturno, e ao exame físico com sibilos, num substrato familiar de atopia, sugerem o diagnóstico. Por outro lado, relativamente à questão em si, ainda que idealmente o diagnóstico de asma deva ser sustentado por avaliação funcional, esta avaliação está contra-indicada na gravidez de termo, excluindo esta opção pelos potenciais riscos que pudesse acarretar.

C – Tendo em conta que a dispepsia é uma situação clínica benigna e fisiológica da gravidez, e que no caso clínico parece estar bem controlada, não há necessidade de referenciação à gastroenterologia, sem antes esgotar as medidas gerais.

D – Apesar da história clínica ser altamente sugestiva de asma, ainda não existe um diagnóstico definitivo e, ainda mais sem nenhuma terapêutica instituída, parece ser prematura a referenciação a esta.

E – As alterações já presentes parecem suficientes para inferir a situação clínica em curso. Uma avaliação sobre a manhã adicionaria muito pouco ou nada mesmo à orientação do caso em si.

PERGUNTA 25

Um homem de 58 anos vem ao consultório médico para mostrar exames pedidos na consulta anterior por palpitações. É portador de uma prótese mecânica em posição aórtica desde há 10 anos e está anti-coagulado com varfarina. O ecocardiograma revela um ventrículo esquerdo de dimensões normais e hipertrofia ventricular esquerda ligeira. O registo Holter de 24 horas deteta, pela primeira vez, um episódio de fibrilação auricular paroxística. Os resultados dos estudos analíticos revelam um INR de 3,0.

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

A. Adicionar aspirina.
B. Adicionar inibidor direto da trombina.
C. Ajustar a dose de varfarina dentro dos limites do INR indicado.
D. Encerrar o apêndice auricular esquerdo por via percutânea.
E. Suspender varfarina e prescrever inibidor direto da trombina.

Proposta Academia: C

Chave Oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: A vinheta ilustra o caso de um doente de 58 anos portador de prótese valvular mecânica em posição aórtica, naturalmente hipocoagulado com varfarina neste contexto. Os antagonistas da vitamina K são os únicos que podem ser utilizados neste contexto, à semelhança da estenose mitral reumática. A monitorização da hipocoagulação em questão é feita através do tempo de protrombina/INR, sendo que, regra geral, são assumidos como terapêuticos valores entre 2,5 e 3,5. Excetuando as próteses mecânicas, a indicação geral para a hipocoagulação com varfarina estima como valores terapêuticos 2,0 a 3,0. Neste caso em particular, o diagnóstico de fibrilação auricular não altera a estratégia de prevenção de eventos tromboembólicos. Pela presença de prótese mecânica, o doente tem sempre indicação para permanecer hipocoagulado com um antagonista da vitamina K, devendo os níveis de INR ser cuidadosamente monitorizados e titulados para o intervalo 2,5 a 3,5.

Restantes alíneas:

A – Antiagregantes plaquetários não têm indicação para a prevenção do tromboembolismo associado à fibrilação auricular e/ou próteses mecânicas.

B – A conjugação de anticoagulantes não é preconizada [adicionalmente, inibidores diretos da trombina estão contra-indicados na presença de próteses mecânicas].

D – Além de não ter demonstrado reduzir o risco de tromboembolismo de forma inequívoca, apenas está recomendando para doentes com contra-indicação para anticoagulação [i.e. nomeadamente pelo risco hemorrágico].

E – Os inibidores diretos da trombina estão contra-indicados na presença de próteses mecânicas.

PERGUNTA 26

Um homem de 35 anos, professor, vem ao serviço de urgência por cefaleia com início há uma hora e meia. Descreve a dor como sensação de facada, ou ardor, no lado esquerdo da cabeça. Ele diz que tem tido episódios semelhantes desde há 6 meses. Ocasionalmente, tem lacrimejo do olho esquerdo durante estes episódios. Nega distúrbios visuais, febre, náuseas ou sintomas neurológicos. As cefaleias ocorrem geralmente ao fim do dia, pouco tempo após o regresso do trabalho, durante alguns minutos a algumas horas e não aliviam com o uso de ibuprofeno. Não toma outra medicação. A mãe irmão mais velho também têm história de cefaleias. Ele bebe três chávenas de café por dia e uma limonada ocasionalmente, ao almoço. Ingere comida chinesa aproximadamente 3 vezes por mês. Nega consumo de álcool, tabaco ou drogas. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 125/70 mm Hg. Ele tem 185 cm de altura e pesa 97 kg; IMC 28 kg/m2. A auscultação cardíaca revela um sopro protossistólico, grau 1/6, mais audível no ápex, que ele refere ter desde a infância. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

A. Administração endovenosa de uma dose única de metilprednisolona

B. Administração endovenosa de verapamil e subcutânea de ergotamina

C. Administração intratecal de lidocaína

D. Administração oral de ibuprofeno em conjunto com massagem

E. Administração subcutânea de sumatriptano e de oxigénio por via nasal

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Trata-se de doente do sexo masculino com cefaleia estritamente unilateral, com duração de minutos a horas, com 6 meses de evolução. As cefaleias ocorrem em horário semelhante e tem sinais disautonómicos ipsilaterais (lacrimejo), não aliviando com AINE. Globalmente, cumpre critérios para diagnóstico de cefaleia trigémino-autonómica, provável

cefaleia em salvas. O tratamento agudo inclui oxigénio nasal 12-15 l/min, sumatriptano injetável ou intranasal e estimulação do nervo vago. HPIM 20 p. 3104-5.

Restantes alíneas:

A – Trata-se de doente com cefaleia em salvas. A metilprednisolona não é tratamento de crise. HPIM 20 p. 3104-5.

B – Trata-se de doente com cefaleia em salvas. O verapamil não é tratamento de crise, mas sim preventivo. A ergotamina não tem papel neste tipo de cefaleias. HPIM 20 p. 3104-5.

C – Trata-se de doente com cefaleia em salvas. A administração intratecal de lidocaína, além de extremamente invasiva, não tem papel no tratamento de cefaleias. HPIM 20 p. 3104-5.

D – Trata-se de doente com cefaleia em salvas, sendo referida refratariedade a ibuprofeno. Além disso, este fármaco tem papel no tratamento destas cefaleias. O bónus da massagem acrescentaria um improvável benefício terapêutico. HPIM 20 p. 3104-5.

PERGUNTA 27

Uma mulher de 37 anos vem ao consultório médico por dificuldade progressiva em caminhar, dormência nos membros inferiores e incontinência urinária desde há duas semanas. Refere ter sido saudável até então, mas lembra-se de um episódio de visão turva do olho esquerdo há três anos, que durou aproximadamente uma semana. Reporta também um episódio de dormência da face, um ano antes, que durou vários dias. Ela não faz medicação habitual. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros da normalidade. A acuidade visual, com lentes de correção, é de 20/20 no olho direito e 20/100 no olho esquerdo. A fundoscopia do olho esquerdo mostra disco óptico pálido e defeito aferente pupilar. O tónus muscular nos membros inferiores está aumentado. A força muscular é de 4/5 nos membros inferiores bilateralmente, e os reflexos osteotendinosos profundos 2+ nos membros superiores e 3+ nos membros inferiores. O sinal de Babinsky está presente bilateralmente. A marcha é rígida e de base alargada. A sensibilidade dolorosa e vibratória está diminuída abaixo do nível T6.

Qual das seguintes alternativas é a mais adequada para confirmar o diagnóstico etiológico?

A. Potenciais evocados auditivos do tronco cerebral
B. Potenciais evocados visuais
C. Punção lombar para exame de líquido cefalorraquidiano
D. RM cerebral.
E. Teste de medição dos campos visuais

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Presentemente, a doente tem um quadro compatível com uma mielopatia dorsal, com paraparésia com sinais piramidais, alteração de sensibilidade nos membros inferiores com nível em T6. Tem outros dois episódios (um sugestivo de nevrite óptica esquerda) e hipostesia da face que mostram envolvimento multifocal do SNC ao longo do tempo, sugerindo disseminação no espaço e tempo, colocando a Esclerose Múltipla como hipótese mais provável. Um exame de imagem seria o mais adequado para confirmar o diagnóstico, neste caso a RM cerebral. Adicionalmente, devia ser também feita RM medular dado o quadro de mielopatia recente.

Restantes alíneas:

A – Este exame não faz parte dos critérios de diagnóstico de Esclerose Múltipla, podendo auxiliar na marcha diagnóstica se a doente tiver queixas auditivas.

B – Este exame não faz parte dos critérios de diagnóstico de Esclerose Múltipla, podendo auxiliar na marcha diagnóstica na suspeita de envolvimento do nervo óptico, mas não confirma o diagnóstico.

C – Este é um exame útil no diagnóstico de Esclerose Múltipla, sendo a presença de bandas oligoclonais um critério de diagnóstico. Contudo, a RM é mais informativa no diagnóstico, e uma punção lombar normal não exclui o diagnóstico.

E – Este exame não faz parte dos critérios de diagnóstico de Esclerose Múltipla, podendo auxiliar na marcha diagnóstica suspeita de alteração dos campos visuais, que a doente não apresenta (o defeito de visão referido é monocular).

PERGUNTA 28

Um homem de 60 anos vem ao consultório médico por palpitações, fadiga progressiva com esforço e intolerância ao frio com um mês de evolução. Refere ainda tosse noturna e aumento da dificuldade respiratória quando em posição de decúbito. Foi submetido a resseção transuretral da próstata há dois anos. Não faz medicação habitual e não tem alergias. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 138/82 mmHg; SpO2 94 % (ar ambiente). A auscultação pulmonar revela crepitações inspiratórias bilaterais e auscultação cardíaca com acentuação de S2.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Prescrever indapamida.
B. Prescrever lisinopril.
C. Programar cateterismo cardíaco imediato.
D. Referenciar ao hospital para tratamento com heparina.
E. Solicitar ecocardiograma.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Cardiologia

Validação da afirmação correta: O caso clínico retrata um homem com insuficiência cardíaca, inferível pelo quadro de fadiga/dispneia aquando realização de esforços, tosse nocturna, ortopneia. O exame objectivo também é compatível pela presença de crepitações inspiratórias bilaterais. Pode ocorrer acentuação do componente P2 de S2 em casos de hipertensão pulmonar concomitante. Perante uma suspeita de insuficiência cardíaca, o ecocardiograma é o exame diagnóstico mais útil para estudo da etiologia, classificação/estratificação destes doentes, com grande impacto na decisão terapêutica. Harrison 20ª edição capítulos 252 e 253

Restantes alíneas:

A – Os diuréticos de ansa são os diuréticos preferencialmente usados no tratamento de doentes com insuficiência cardíaca, aquando agudização da doença. Os diuréticos tiazídicos têm um papel aditivo aos diuréticos de ansa pelo

seu efeito sinérgico, sendo o mais usado a metolazona. Harrison 20ª edição capítulos 252 e 253.

B – Perante um quadro de insuficiência cardíaca, é necessária confirmação do diagnóstico e caracterização da doença antes da instituição de terapêutica modificadora de prognóstico. Os IECAS terão esse papel em doentes com fração de ejecção reduzida, embora sejam úteis para controlo tensional em doentes com fração de ejeção preservada. Harrison 20ª edição capítulos 252 e 253.

C – A doença coronária é a causa mais frequente de insuficiência cardíaca. Nos doentes com suspeita de tal etiologia, é útil a realização de cateterismo. Contudo, não está indicado em todos os doentes e não deve ser realizado numa fase inicial. Harrison 20ª edição capítulos 252 e 253.

D – O uso de heparina não está contemplado de forma rotineira no tratamento de doentes com insuficiência cardíaca. Harrison 20ª edição capítulos 252 e 253

PERGUNTA 29

Um homem de 60 anos vem à consulta de medicina geral e familiar por queixas de astenia, anorexia e emagrecimento de 5Kg em três meses. A história médica revela infeção por VHC com diagnóstico há 20 anos. Refere hábitos alcoólicos de 100g por dia desde os 20 anos, com interrupção do consumo há cinco anos.
Os resultados do estudo analítico revelam:

Soro:
Alfa-fetoproteína 250ng/mL [N ≤ 8,5 ng/ml].

A TC do abdómen com contraste endovenoso revela um fígado cirrótico com um nódulo de 4cm hipervascular na fase arterial e com "washout".

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Adenoma hepático.
B. Carcinoma hepatocelular.
C. Cistadenoma hepático.
D. Hemartoma biliar.

E. Hemangioma.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área do conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Trata-se de um homem de 60 anos com história de VHC há 20 anos e os hábitos alcoólicos consideráveis, 2 factores de risco para doença hepática cronica, cirrose e desenvolvimento de CHC. O quadro consumptivo (astenia, anorexia, perda ponderal) pode estar associada a cirrose hepática avançada, no entanto, a elevação de AFP e o achado de nodulo hipervascular com washout num fígado cirrótico na TC abdominal permitem o diagnóstico de CHC num doente com doença hepática cronica subjacente. O CHC é o tumor maligno mais comum do fígado. Ocorre, habitualmente, em doentes com doença hepática crónica (sobretudo cirrose) subjacente, estando associado ao consumo de álcool e hepatites víricas, como o VHC. Clinicamente o quadro de astenia, anorexia e emagrecimento é a favor de um quadro de neoplasia maligna. O exame complementar de diagnóstico de eleição para o diagnóstico é a TC trifásica do abdómen com contraste que confirma a presença de um nodulo sólido hipervascular com washout. A AFP elevada é também um dado a favor.

Restantes alíneas:

A – O adenoma hepático é um tumor benigno do fígado. Pode associar-se ao consumo de contracetivos orais (nas mulheres) e androgénios (nos homens), bem como ao consumo de álcool e obesidade. Geralmente são assintomáticos. Não se associa a elevação de AFP.

C – O cistadenoma hepático é um tumor benigno de características quísticas. Geralmente assintomático. Não se associa a elevação da AFP.

D – O hemartoma biliar é um tumor benigno do epitélio biliar. Geralmente assintomático. Não se associa a elevação da AFP.

E – O hemangioma é uma lesão benigna que normalmente ocorre num fígado normal e saudável. Imagiologicamente caracteriza-se por ser uma lesão homogénea, hiperecoica, com margens bem definidas, ausência do sinal do halo e <3cm. Não se associa a elevação da AFP.

PERGUNTA 30

Uma mulher de 30 anos é trazida ao serviço de urgência devido a ferida por facada no hemitórax direito, 4.º espaço intercostal na linha médio-clavicular. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se sem sinais de dificuldade respiratória. Os sons respiratórios estão presentes e são simétricos bilateralmente. Verifica-se uma laceração de 3 cm no hemitórax direito, sem hemorragia ativa. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

A. Cintigrafia de ventilação-perfusão pulmonar.

B. Ecografia do tórax.

C. Lavagem peritoneal.

D. Raio-X do tórax.

E. TC do tórax.

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área do conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correta: Trauma torácico penetrante pelo que torna obrigatória a realização de uma radiografia de tórax para avaliação de eventuais complicações pulmonares (derrame ou pneumotórax).

Restantes alíneas:

A – Sem indicação em contexto de urgência.

B – Exame sem utilidade clínica para o presente contexto.

C – Trauma tóracico, a nível do 4º espaço intercostal. Sem referência a trauma abdominal.

E – Exame inicial na investigação de um trauma torácico passa primeiro pela realização de uma radiografia.

PERGUNTA 31

Um homem de 67 anos vem ao consultório médico por dispneia progressiva com dois dias de evolução e tosse não produtiva com agravamento desde há cinco dias. Ele diz que teve que dormir com a cabeceira elevada na última noite, por causa destes sintomas. A história médica revela hipertensão arterial tratada com bisoprolol. Fuma 20 cigarros por dia desde há 45 anos e bebe seis caixas de cerveja semanalmente. Os vitais são: temperatura 38,1ºC, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 110/min, pressão arterial 92/56 mmHg, SpO2 86% em ar ambiente. Ele tem 169 cm de altura e pesa 86 Kg; IMC 30 Kg/m^2. Auscultação cardíaca mostra taquicardia e sons apagamento, sem murmúrio apreciável, e auscultação pulmonar revela roncos e crepitações bilaterais. O raio X de tórax revela infiltrado pulmonar bilateral e alargamento da silhueta cardíaca. O ecocardiograma revela uma fração de ejeção de 0,30.

Qual das seguintes alternativas mais provavelmente reduz o risco de mortalidade a longo prazo?

A. Aspirina.
B. Digoxina.
C. Furosemida.
D. Lisinopril.
E. Nitroglicerina.

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: A vinheta ilustra o caso de um doente de 67 anos com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, de etiologia indeterminada. O doente encontra-se em fase de descompensação [i.e. dispneia de agravamento progressivo, ortopneia, sinais de congestão pulmonar], assumindo-se que a descompensação possa ter sido desencadeada por um evento infecioso. Em conjunto com a terapêutica beta-bloqueante, os iECAs formam a base da terapêutica modificadora de prognóstico e produzem diminuição do declínio e melhoria na estrutura e função cardíacas. Consequentemente, são fármacos que participam na redução de sintomas, melhoria na qualidade de vida, redução das hospitalizações e mortalidade.

Restantes alíneas:

A – A aspirina é um anti-agregante com impacto prognóstico nos doentes com cardiopatia isquémica. Apesar dos inúmeros fatores de risco para doença coronária [i.e. hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo], não nos é dada informação quanto à anatomia coronária do doente, pelo que esta abordagem não é correta para a informação que nos é prestada.

B – Os digitálicos constituem fármacos utilizados no tratamento de doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida que mantêm sintomas apesar do bloqueio neurohormonal. Não há evidência que sustente a redução da mortalidade da insuficiência cardíaca.

C – Atendendo ao perfil congestivo, tratar-se-ia de uma abordagem preferencial na fase aguda deste doente. Os diuréticos de ansa são os agentes preferidos no tratamento da insuficiência cardíaca associada a hipervolemia mas, infelizmente, não existem dados que apoiem um benefício na mortalidade. No contexto da IC, os diuréticos seguem o lema de "the lower, the better".

E – À semelhança da terapêutica diurética, derivados de nitratos são fármacos potencialmente úteis na fase aguda da insuficiência cardíaca porque ajudam a reduzir a pré-carga por venodilatação e podem fornecer alívio sintomático. No caso deste doente teriam a sua utilização limitada pelo perfil tensional. Adicionalmente, não têm benefício a longo prazo.

PERGUNTA 32

Um homem de 21 anos vem à consulta por tosse produtiva com expetoração amarelada com 4 dias de evolução. Ele não tem febre, falta de ar, hemoptises ou dor torácica. Não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. É alérgico à penicilina, que lhe provoca erupção cutânea. É estudante e trabalha em part-time num hospital próximo; recentemente, ajudou a cuidar de um paciente que fez tratamento por pneumonia. Nega consumo de álcool, tabaco ou drogas. Não é sexualmente ativo. A história familiar inclui fibrose quística num dos seus irmãos, que faleceu com 5 anos. Os sinais vitais são temperatura 38ºC, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 120/70mmHg; SpO2 96% (ar ambiente). Ele tem 183 cm de altura e pesa 73Kg; IMC 22Kg/m2. Apresenta-se calmo. A orofaringe não mostra alterações e não há linfadenopatias cervicais palpáveis. O restante exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes é o antibiótico mais adequado para a condição do doente?

A. Ceftriaxone

B. Doxiciclina

C. Eritromicina

D. Levofloxacina

E. Nenhum antibiótico está recomendado.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Infeciologia)

Validação da afirmação correta: O caso apresentado está de acordo com uma provável traqueobronquite aguda num adulto previamente saudável / sem antecedentes pessoais relevantes. Nestes casos, dado que não estamos na presença de sintomas ou sinais de gravidade e que não existem comorbilidades relevantes, não há um benefício comprovado da antibioterapia. Pela história familiar de fibrose quística no irmão, o doente tem indicação para ser estudado, mas na ausência de achados sugestivos de doença pulmonar estrutural (bronquiectasias) ou outros relacionáveis com a doença (diabetes, insuficiência pancreática exócrina, cirrose, baixo peso, baqueteamento digital, etc), a abordagem a ter deve ser a do adulto saudável.

Restantes alíneas:
Vide acima.

PERGUNTA 33

Um homem de 59 anos, internado após resseção anterior do reto laparoscópica por adenocarcinoma aos 7 cm da margem anal (estadio cT3N+M0), inicia quadro de dor abdominal difusa e diarreia no 5.º dia pós-operatório. A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, após curso de radioquimioterapia neoadjuvante. No 2.º dia pós-operatório o dreno abdominal colocado no decurso da intervenção cirúrgica foi removido e ao 3.º dia iniciou dieta líquida, que tolerou. A história médica revela artrite reumatoide medicada com prednisolona. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 110/60 mm Hg; SpO2 97 % (ar

ambiente). Ao exame físico apresenta discreta distensão abdominal e dor ligeira à palpação dos quadrantes inferiores.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro			**Sangue**	
Proteína reativa	C	150 mg/L	Hemoglobina	12 g/dL
			Leucócitos	14 000/mm3
			Plaquetas	380 x 109/L

O raio-X do abdómen mostra níveis hidroaéreos escassos.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Colite isquémica.
B. Colite pseudomembranosa.
C. Enterite rádica.
D. Fístula da anastomose coloretal.
E. Gastroenterite aguda.

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área do conhecimento: Cirurgia geral - Trauma

Validação da afirmação correta: Analisando o enunciado, vemos que o mais importante é que estamos perante um doente no pós-operatório precoce (5 dias de pós-operatório). Portanto se alguma coisa não está bem com o doente, que neste caso temos diarreia, dor abdominal e febre, a primeira coisa que temos de suspeitar é uma complicação derivada da cirurgia. A presença de dor abdominal, febre e diarreia no pós-operatório precoce de uma cirurgia do trato gastrointestinal deve sempre levantar a suspeita de fístula da anastomose ou abcesso.

Restantes alíneas:

A – Pós-operatórios precoces não complicam com colite isquémica sendo esta uma patologia mais dos idosos caracterizada por isquémia da mucosa por má vascularização e consequente clínica de hematoquézias.

B – Podia ser uma complicação do pós-operatório, mas estamos a falar de um doente com apenas 5 dias de pós-op, além disso não há no enunciado história de antibioterapia como fator precipitante (apesar de muito provavelmente ter sido administrada, mas apenas em doses profiláticas para a cirurgia eletiva), portanto pouco provável.

C – Enterite rádica é uma das causas de diarreia ou sub-oclusão/oclusão em doente com história de radioterapia, mas a radioterapia que o doente fez é neoadjuvante a um tumor aos 7cm da MA o que significa que o território irradiado é sempre abaixo da reflexão peritoneal o que reduz catastroficamente as hipóteses de enterite rádica. Para alem disso, com 5 dias de pós-op, não se desenvolve essa enterite (a não ser que no enunciado houvesse referência de fenómenos aderenciais muito importantes como achado per-operatório).

E – Sem vómitos e imediatamente com febre e dor abdominal, perante o pós-operatório precoce num doente que obviamente teve e terá uma dieta regrada face ao pós-operatório - pouco provável.

PERGUNTA 34

Uma mulher de 39 anos vem a consulta hospitalar por lombalgia com seis meses de evolução, associada a rigidez matinal de várias horas e elevação da velocidade de sedimentação eritrocitária em análises iniciais. A dor obriga a doente a levantar-se de noite e a caminhar um pouco até melhorar. Faz etoricoxib em SOS quando tem dor mais intensa. Neste período, teve um episódio de uveíte anterior do olho direito, da qual recuperou a pós ciclo de prednisolona prescrito no serviço de urgência. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e é nuligesta. Fuma 25 cigarros por dia desde há 15 anos. Os sinais vitais são temperatura 36ºC, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 116/78 mmHg, Ela tem 169 cm de altura e pesa 61 kg, IMC 21 kg/m2. Ao exame físico não tem gânglios palpáveis e não apresenta alterações cutâneas. Tem boa expansão torácica e a auscultação cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Apresenta dor à palpação das apófises espinhosas da coluna vertebral lombar e na palpação das linhas sacroilíacas. O restante exame musculoesquelético não mostra alterações.

Os resultados dos estudos laboratoriais revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	1,1 mg/dL	Hemoglobina	11,5 g/dL
Azoto ureico	35 mg/dL	HCM	31 pg/célula
AST	23 U/L	VGM	95 fL
ALT	35 U/L	Leucócitos	5 100/mm3

Fosfatase alcalina	120 U/L	Neutrófilos, segmentados	61%
Proteína C reativa	130 mg/L	Linfócitos	25%
Sódio	135 mEq/L	Plaquetas	198 x 109/L
Potássio	4,0 mEq/L	Velocidade de sedimentação eritrocitária	mm/1.ªhora

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

A. Colonoscopia.
B. Densitometria óssea.
C. Doseamento do anticorpo antinuclear.
D. Doseamento do fator reumatoide.
E. RM das articulações sacroilíacas.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Medicina Interna (Reumatologia)

Validação da afirmação correta: Mulher de 39 anos com quadro de lombalgia crónica (>3 meses) de ritmo inflamatório (rigidez matinal prolongada e despertares nocturnos) com manobras das articulações sacroilíacas positivas (palpação das linhas sacroilíacas), uveíte anterior e velocidade de sedimentação eritrocitária elevada. O caso clínico descreve um quadro de uma lombalgia crónica (>3 meses) de ritmo inflamatório (rigidez matinal prolongada e despertares nocturnos) com manobras das articulações sacroilíacas positivas (palpação das linhas sacroilíacas), uveíte anterior e velocidade de sedimentação eritrocitária elevada. Tendo em conta as características clínico-analíticas e a idade inferior a 45 anos, o diagnóstico mais provável é uma espondilartrite axial. Apesar de ligeira também está presente uma anemia normocítica e normocrómica decorrente do estado inflamatório sistémico. A confirmação de sacroileíte por radiografia da bacia ou por RM das articulações sacroilíacas apoia este diagnóstico. Assim a alternativa correcta é a RM. Destacar que o exame de primeira linha neste caso seria a radiografia da bacia (não é uma alínea), mas a RM das articulações sacroilíacas tem maior sensibilidade para o diagnóstico, sobretudo em fases precoces de doença.

Restantes alíneas:

A – A hipótese de colonoscopia está incorrecta. Esta deve ser equacionada na suspeita clínica de espondilartrite associada à doença inflamatória intestinal. No caso clínico não existe referência a manifestações gastrointestinais que sugiram essa suspeita.

B – A hipótese de densitometria óssea está incorrecta. É um exame indicado para o estudo da densidade óssea em doentes com suspeita de osteoporose.

C – A hipótese de dosear o anticorpo antinuclear (ANA) está incorrecta. Este não tem indicação na suspeita de espondilartrite, mas sim na suspeita de doenças difusas do tecido conjuntivo. A doente não apresenta nenhuma clínica sugestiva destas doenças, nomeadamente poliartralgias periféricas inflamatórias, rash cutâneo fotossensível ou fenómeno de Raynaud.

D – A hipótese de dosear fator reumatoide está incorrecta. Este não tem indicação na suspeita de espondilartrite, mas sim na suspeita de artrite reumatoide (AR). A doente não apresenta nenhuma clínica sugestiva de AR, nomeadamente poliartralgias periféricas inflamatórias.

PERGUNTA 35

Um homem de 74 anos recorre ao serviço de urgência, pelas 8 horas da manhã, por incapacidade de urinar desde há 12 horas, associada a dor hipogástrica. Refere ainda hesitação urinária, jato interrompido, polaquiúria e noctúria (três a quatro micções noturnas) com cinco anos de evolução. Realizou estudo analítico recente, com ureia e creatinina normais e PSA total de 2,5 ng/mL (N 0,0-4,0 ng/mL). A história médica revela diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia e a medicação habitual inclui metformina, ezetimibe e atorvastatina. Os sinais vitais são temperatura 36,6°C, frequência respiratória 19/min e frequência cardíaca 95/min. O exame físico revela tumefação hipogástrica com macicez à percussão. Ao toque retal, verifica-se próstata indolor, com volume superior a 70 cm3 bem delimitada, de consistência elástica e sem nódulos identificáveis. Não há lesões endoluminais palpáveis na ampola retal; o tónus esfincteriano é adequado e a luva não mostra presença de sangue.

Os resultados dos estudos analíticos realizados no serviço de urgência revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	2,1 mg/dL	Hemoglobina	13,5 g/dL

Leucócitos	5 400/mm3
Neutrófilos	45 %
Linfócitos	38 %

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

A. Cancro da próstata.
B. Hiperplasia benigna da próstata.
C. Neoplasia do sigmoide.
D. Neoplasia vesical.
E. Prostatite.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área do conhecimento: Medicina Interna/Urologia

Validação da afirmação correta: O caso clínico é ilustrativo de uma hiperplasia benigna da próstata. Apontam-se como dados favoráveis o facto de se tratar de quadro de longa duração com sintomas obstrutivos (hesitação urinária e jacto interrompido) bem como sintomas irritativos (polaquiúria e noctúria), neste momento agravada com oligoanúria, lesão renal aguda de etiologia pós-renal e dor hipogástrica em contexto de retenção urinária. Salienta-se ainda como dados relevantes a favor desta hipótese o exame objectivo revelar uma próstata com dimensão aumentada, sem outros aspectos sugestivos de malignidade. O valor de PSA apresenta-se dentro dos valores de referência, facto que pode ocorrer nesta patologia. Harrison 20ª edição, pag 631.

Restantes alíneas:

A – Trata-se de uma causa de obstrução do trato urinário adquirida intrínseca. O doente não apresenta quadro consumptivo ou sintomatologia sugestiva de malignidade. Adicionalmente, o doente não apresenta alterações do valor de PSA e o exame objectivo revela uma próstata sem características sugestivas de malignidade. Harrison 20ª edição, pag 623-625, 2173.

C – Trata-se de uma causa de obstrução adquirida extrínseca. No entanto, trata-se de uma hipótese improvável dado o doente não apresentar sintomatologia gastrointestinal ou consumptiva. Harrison 20ª edição, pag 2173.

D – Trata-se de uma causa de obstrução adquirida intrínseca. O doente não apresenta um quadro consumptivo ou hematúria que apontem para uma etiologia neoplásica. A sintomatologia do foro urinário mencionada aponta para uma causa benigna de obstrução do trato urinário. A tumefação hipogástrica com macicez à percussão descrita é compatível com globo vesical por obstrução do trato urinário incipiente, neste momento agudizada. Harrison 20ª edição, pag 619-620, 2173.

E – O doente apresenta um quadro com anos de evolução, não compatível com uma etiologia infecciosa. Embora apresente sintomas obstrutivos, encontra-se apirético e apresenta, ao toque rectal, uma próstata indolor. O valor de PSA encontra-se dentro dos valores de referência, facto que também não favorece esta hipótese como sendo a mais provável. Harrison 20ª edição, pag 971.

PERGUNTA 36

Uma mulher de 20 anos vem ao consultório médico por agravamento de perda ponderal (5 kg) nos últimos meses. Menciona ainda diarreia frequente de fezes semipastosas, parecendo ter aumento da quantidade de gordura. Não tem anorexia. Tem antecedentes de magreza (nunca pesou mais de 50 kg) e anemia, não sabendo precisar o tipo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 122/52 mm Hg. Ela tem 157 cm de altura e pesa 44 kg; IMC 18 kg/m2. Apresenta-se emagrecida. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. As endoscopias digestivas alta e baixa não revelam alterações macroscópicas. A biópsia do intestino delgado mostra infiltrado linfocitário e plasmocitário e zonas de achatamento das vilosidades.

Qual dos seguintes mecanismos melhor explica este quadro clínico?

A. Colonização luminal infeciosa.
B. Intolerância ao glúten.
C. Isquemia intestinal.
D. Perda de proteínas em excesso pelo intestino.
E. Presença de Tropheryma whippelii nos macrófagos intestinais.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área do conhecimento: Gastroenterologia.

Validação da afirmação correta: Este caso ilustra um caso típico de doença celíaca - jovem com história de anemia, emagrecida e com défices de absorção, cuja histologia do intestino delgado revelou atrofia das vilosidades e presença de infiltrado mononuclear - o mecanismo associado é intolerância ao glúten.

Restantes alíneas:

A – A colonização luminal infeciosa seria um processo mais agudo a não com uma evolução de já mais algum tempo.

C – A isquémia intestinal cursaria com dor abdominal associada e evidência de alterações nos exames endoscópicos.

D – A perda de proteínas em excesso pelo intestino poderia causar perda de peso e diarreia pela dificuldade de absorção, mas também seria acompanhada de alterações no exame físico como edema periférico e/ou ascite.

E – A presença de Tropheryma Whipplei associa-se também a outras alterações simultâneas como altralgias, artrite, febre, adenopatias ou dor abdominal, sendo mais comum no sexo masculino.

PERGUNTA 37

Uma mulher de 53 anos recorre a consulta de medicina geral e familiar por surdez flutuante progressiva associada a zumbidos à direita com dois anos de evolução. Ela diz «Custa-me cada vez mais entender as outras pessoas, principalmente na missa». A história médica revela sinusite crónica, há dois anos, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. A medicação habitual inclui ramipril, alprazolam, metformina e cetirizina. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A otoscopia revela placas de timpanosclerose. O restante exame físico é normal.

Qual dos seguintes achados é o mais provável de encontrar na acumetria desta doente?

A. Condução aérea melhor do que condução óssea.
B. Condução óssea melhor do que condução aérea.
C. Lateralização da condução óssea para a direita.
D. Lateralização da condução óssea para a esquerda.
E. Sem lateralização da condução óssea.

Proposta Academia: **A**

Chave Oficial: A

Área do conhecimento: ORL

Validação da afirmação correta: Trata-se de uma provável surdez neurossensorial do ouvido direito (surdez progressiva, dificuldade na discriminação, acufeno ipsilateral associado e otoscopia que embora revele placas de timpanoesclerose (cicatrizes timpânicas) geralmente não é suficiente por si só para alterar a acumetria). Assim sendo, a acumetria compatível com este tipo de surdez é a seguinte: Rinne positivo bilateralmente (condução aérea superior à óssea). Relativamente ao teste de Weber, embora numa surdez neurossensorial moderada/grave lateralize para o ouvido bom (neste lado o esquerdo), pode, no entanto, em situações ligeiras ser normal (lateralizar para ambos os ouvidos. Deste modo, a resposta mais correta é a hipótese que refere condução aérea superior à óssea.

Restantes alíneas:

B – Esta hipótese seria a correta se suspeitássemos de uma surdez de condução (a otoscopia apenas revela placas de timpanoesclerose (cicatrizes timpânicas) geralmente não é suficiente por si só para alterar a acumetria.

C – Esta hipótese seria a correta se se tratasse de uma surdez de condução direita ou uma surdez neurossensorial esquerda.

D – Esta hipótese pode ser contestável, pois, numa surdez neurossensorial, o teste de Weber lateraliza para o ouvido normal (neste caso o esquerdo). Contudo, em situações de surdez ligeira pode não ocorrer esta lateralização (e a condução óssea ser igual em ambos os ouvidos, ou seja, lateralizar para ambos os ouvidos). Deste modo, a resposta mais correta é a hipótese que refere condução aérea superior à óssea.

E – Numa surdez neurossensorial, o teste de Weber lateraliza para o ouvido normal (neste caso o esquerdo). Contudo, em situações de surdez ligeira pode não ocorrer esta lateralização (e a condução óssea ser igual em ambos os ouvidos, ou seja, lateralizar para ambos os ouvidos). Deste modo, a resposta mais correta é a hipótese que refere condução aérea superior à óssea.

PERGUNTA 38

Uma mulher de 36 anos, de origem asiática, vem ao consultório médico por cefaleia intensa associada a náusea e vómitos nos últimos três dias. Ela notou também uma erupção cutânea ligeira no tronco e membros superiores. Não tem antecedentes médicos de relevo. É doméstica e não viajou recentemente. Os sinais vitais são temperatura 39,6°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 100/66 mm Hg. Ao exame físico aparenta estar moderadamente desconfortável. Está com cefaleia intensa e náusea intratável. Está vígil, orientada no tempo e espaço. A observação da pele revela uma erupção maculopapular não pruriginosa do tronco e raízes dos membros. O exame ocular revela fotofobia moderada e fundoscopia normal. Não tem rigidez da nuca. O restante exame físico, incluindo neurológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados do estudo analítico são:

Sangue

Hemoglobina	11,4 g/dL
Leucócitos	8 400/mm3
Linfócitos	55 %
Plaquetas	141 × 109/L

O exame da urina é normal e o teste de gravidez é negativo.
Qual das seguintes alternativas é a mais provável de encontrar na TC do crânio?

A. Desvio das estruturas da linha média para a direita.
B. Hidrocefalia.
C. Sangue no espaço subaracnoide.
D. Ventrículos em fenda.
E. Nenhuma alteração.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Infeciologia)

Validação da afirmação correta: Quadro clínico compatível com meningite aguda (febre, cefaleia, náuseas, vómitos e fotofobia). Doente aparentemente imunocompetente, sem alteração do estado de consciência, e sem evidência de défices neurológicos focais ou outras alterações sugestivas de encefalite ou lesões ocupantes de espaço. Nestes casos de meningite aguda a TAC-CE geralmente não apresenta alterações. Exantema maculopapular pode ocorrer em

contexto de trombocitopenia/coagulação intravascular disseminada associada a infeção (ex: meningococos, enterovírus, VIH, riquetsioses …).

Restantes alíneas:

A - Pressupõe que haja lesão ocupante de espaço que cause efeito de massa. Pouco provável uma vez que a doente não apresenta alteração do estado de consciência e/ou défices neurológicos focais ou outros aspetos sugestivos na anamnese ou exame neurológico.

B – Apesar de poder causar cefaleia, náuseas e vómitos, a hidrocefalia não está geralmente associada a febre. Para além disso pode estar associada a alteração do estado de consciência e papiledema na fundoscopia, que estão ausentes nesta doente.

C – Associa-se geralmente a cefaleia com início súbito, é mais comum em contexto de traumatismo, rotura de aneurisma ou crise hipertensiva. Geralmente não causa febre.

D – Caracteriza-se por cefaleia intermitente variável com alterações posicionais. Geralmente associada a perda de LCR (ex. pós procedimentos cirúrgicos). Febre não é um sintoma comum.

PERGUNTA 39

Uma mulher de 48 anos vem a consulta de seguimento. Tem história de lúpus eritematoso sistémico com atingimento inicial dermatológico, articular e hematológico, diagnosticado 10 anos antes. Tem estado assintomática. A história médica inclui ainda hipertensão arterial e dislipidemia. A medicação inclui hidroxicloroquina, prednisolona (5 mg/dia), cálcio, vitamina D, ramipril e fotoproteção UV. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 149/95 mmHg (membro superior direito) e 153/97 mm Hg (membro superior esquerdo); SpO2 98 % (ar ambiente). Ela tem 169 cm de altura e pesa 67 kg; IMC 23,5 kg/m2. Apresenta bom estado geral, sem gânglios palpáveis. Observa-se pele bem, sem rash, algumas lesões cicatriciais malares. O abdómen encontra-se mole e depressível, sem organomegalias. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	1,9 mg/dL	Hemoglobina	11,8 g/dL
Ureia	45 mg/dL	VGM	95 fL

Glucose	109 mg/dL		
HbA1c	5,9 %		
AST	45 U/L	Leucócitos	4 500/mm3
ALT	34 U/L	Neutrófilos, segmentados	67 %
Bilirrubina total	1,1 mg/dL		
Fosfatase alcalina	90 U/L	Linfócitos	24%
		Plaquetas	120 x 109/L
		Velocidade de sedimentação	28mm/1.ªhora
Colesterol			
HDL	46 mg/dL	**Urina 24h**	
LDL	146 mg/dL	Proteínas	1,4 g
Triglicéridos	116 mg/L		
Sódio	131 mEq/L		
Potássio	4,5 mEq/L		
Proteína C Reativa	5 mg/L		

O estudo imunológico revelou:

ANA — 1/160 com ENA + anti-RNP 3 U (N < 1,0 U) e anti-Smith 7 U (N < 1,0 U).
AntiDNA de dupla hélice — 145 IU/L (N < 25 IU/L).
C3 — 65 mg/dL (N 83-177 mg/dL).
C4 — 5 mg/dL (N 16-47 mg/dL).

A análise da urina revelou eritrócitos dismórficos e proteínas (restante negativo). Qual dos seguintes mecanismos melhor explica a etiologia da lesão renal aguda de novo, neste momento?

A. Glomerulonefrite.
B. Necrose tubular aguda.
C. Nefrite intersticial.
D. Nefrite intersticial alérgica.
E. Nefropatia por cristais.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área do conhecimento: Nefrologia

Validação da afirmação correta: O caso clínico descreve uma mulher de 48 anos com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico, medicada com

hidroxicloroquina e um corticosteróide. Da avaliação de rotina, além das alterações já conhecidas pela doente (alterações hematológicas da doença autoimune), destacou-se uma lesão renal aguda de novo associada a hipertensão arterial e um sedimento urinário ativo (eritrócitos dismórficos e proteinúria de 1,4 g). De acordo com estes achados, observamos uma patologia do glomérulo, nomeadamente síndrome nefrítica, e podemos assumir o diagnóstico virtual de glomerulonefrite, que seria a hipótese mais provável. Tendo em conta os antecedentes da doente e a hipocomplementemia, a nefrite lúpica seria uma hipótese muito provável e obrigar-nos-ia a realizar uma biópsia renal para diagnóstico definitivo e estadiamento.

Restantes alíneas:

B – Esta lesão renal aguda não surge associada a instabilidade hemodinâmica nem agentes especialmente nefrotóxicos, que correspondem às principais causas de necrose tubular aguda. Além disso, o sedimento urinário típico contém cilindros granulosos, que não corresponde ao sedimento da doente.

C – Apesar do lúpus eritematoso sistémico poder causar nefrite intersticial, a lesão glomerular é mais frequente e é traduzida pelas manifestações da doente, nomeadamente a proteinúria e os eritrócitos dismórficos.

D – Não existe referência a nenhum fármaco que esteja particularmente associado a nefrite intersticial alérgica, além de que o sedimento urinário não é característico (não surgiu leucocitúria ou eosinofilúria).

E – Tipicamente, a nefropatia por cristais (seja de oxalato de cálcio, ácido úrico) manifesta a presença destes depósitos no sedimento urinário. Neste caso, tendo em conta os achados urinários, seria uma hipótese menos provável.

PERGUNTA 40

Uma mulher de 44 anos vem pela primeira vez ao consultório médico, referindo episódios frequentes de perda hemática genital intermenstrual em quantidade escassa (tipo spotting) e de hemorragia após o coito, desde há três meses. A mulher refere que a sua última avaliação ginecológica foi há pelo menos 10 anos. O exame físico ginecológico revela uma lesão cervical vegetante, friável e facilmente sangrante.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado nesta mulher?

A. Biopsia cervical.

B. Colposcopia.

C. Ecografia pélvica.

D. Histeroscopia.

E. TC abdominal.

Proposta Academia: **A**

Chave Oficial: A

Área do conhecimento: Ginecologia/Obstetrícia

Validação da afirmação correta: O caso clínico parece referir-se a um cancro do colo do útero. Para além da doente não apresentar o rastreio ginecológico atualizado (última avaliação ginecológica há pelo menos 10 anos), demonstra sintomatologia e exame ginecológico compatíveis com o diagnóstico supracitado – perda hemática genital intermenstrual e hemorragia após o coito + lesão cervical vegetante, friável e facilmente sangrante. Tendo em conta que ao exame físico se objetiva uma lesão cervical vegetante, friável e facilmente sangrante, deve proceder-se a uma biópsia da lesão de forma a obter um diagnóstico histológico. Segundo a bibliografia aconselhada: 'Because of the accessibility of the cervix, accurate diagnosis often can be made with cytologic screening, colposcopically directed biopsy, or biopsy of a gross or palpable lesion.'

Restantes alíneas:

B – A colposcopia é uma técnica diagnóstica que amplia a imagem do colo do útero, vagina e vulva, tendo como objetivo o diagnóstico diferencial de lesões benignas de lesões malignas. Tendo em conta que a lesões descrita é vegetante e bem visível a olho nu, a colposcopia não iria acrescentar nada ao exame objetivo.

C – A ecografia pélvica é um exame de imagem, sem utilidade de maior para a patologia cervical pré-maligna ou maligna.

D – A histeroscopia tem como objetivo principal a avaliação da cavidade uterina, podendo eventualmente ser usada para deteção de lesões do canal cervical, mas sem utilidade neste caso clínico.

E – A TC abdominal não tem qualquer interesse na avaliação inicial de uma lesão do colo do útero, podendo posteriormente ser utilizado no estadiamento da doença, se perante o diagnóstico de cancro do colo do útero.

PERGUNTA 41

Um homem de 43 anos vem ao consultório médico por queixas recorrentes de pirose e regurgitação desde há seis meses. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 60/min e pressão arterial 130/75 mm Hg. Ele tem 171 cm de altura e pesa 94 kg; IMC 32 kg/m2. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	0,6 mg/dL	Hemoglobina	13 g/dL
Sódio	146 mEq/L	Leucócitos	8 000/mm3
Potássio	4,3 mEq/L		

A endoscopia digestiva alta revela presença de hérnia do hiato com sinais de esofagite distal.

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

A. Aumento da pressão do esfíncter esofágico superior
B. Desenrolamento das fibras do esfíncter esofágico inferior, causando migração intra-abdominal do esófago distal.
C. Diminuição da pressão basal do esfíncter esofágico inferior e do comprimento da porção intra-abdominal do esófago distal.
D. Encerramento progressivo do ângulo de His
E. Hipersecreção ácida.

Proposta Academia: **C**

Chave Oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: O doente apresenta sintomas típicos de DRGE (pirose e regurgitação), associados a evidência de esofagite erosiva na EDA. A obesidade e o sexo masculino são FR para o desenvolvimento desta patologia. Ambos os mecanismos descritos na alínea contribuem para o desenvolvimento do DRGE (a diminuição da pressão basal do esfíncter esofágico inferior permite a passagem de conteúdo gástrico para o esófago; a diminuição da porção intra-abdominal do esófago distal está relacionada com a presença de hérnia do hiato que também contribui para o desenvolvimento de DRGE).

Restantes alíneas:

A – Achado típico da acalásia. A acalásia manifesta-se com disfagia para sólidos e líquidos de agravamento progressivo, regurgitação e perda ponderal.

B – O doente apresenta uma hérnia do hiato na EDA. A hérnia do hiato caracteriza-se pelo deslizamento da porção intra-abdominal do esófago e, por vezes, do fundo gástrico, para o tórax.

D – O ângulo de His é uma das estruturas que contribui para a barreira anti-refluxo gastro esofágico. O doente apresenta clínica compatível com DRGE, comprovada pela presença de esofagite erosiva na EDA.

E – Ocorre em situações como infeção crónica do antro gástrico pela H. pylori ou no gastrinoma (S. Zollinger-Elison). Associa-se a sintomas de dispepsia (epigastralgias, enfartamento pós-prandial, saciedade precoce) e ao surgimento de úlceras (sobretudo duodenais na infeção por H.pylori).

PERGUNTA 42

Uma mulher de 37 anos, de origem africana, vem ao centro de saúde para consulta de vigilância. Ela está preocupada porque a sua mãe teve diagnóstico de cancro da mama antes da menopausa, aos 47 anos. Ela não tem outros familiares com o mesmo diagnóstico. Nega consumo de álcool ou tabaco e não faz medicação habitual. A citologia cervicovaginal realizada anteriormente é normal. Há dois anos, surgiu um cisto volumoso na mama direita, que foi confirmado por ecografia e mamografia e que resolveu espontaneamente. Os sinais vitais e exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o método mais adequado para o rastreio de cancro de mama nesta mulher?

A. Análise imediata do gene BRCA-1.
B. Ecografia mamária anual.
C. Exame físico mamário bianual.
D. Mamografia anual a partir dos 40 anos.
E. RM mamária.
Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área do conhecimento: Ginecologia/Obstetrícia

Validação da afirmação correta: O caso clínico reporta-nos para o rastreio do cancro da mama. No caso em concreto a doente apresenta um risco acrescido de cancro da mama por história familiar (mãe com diagnóstico de cancro da mama aos 47 anos). A maioria das mulheres com apenas este fator de risco (sem outros fatores associados) continuam a apresentar um risco médio. Nas mulheres com risco médio, segundo a bibliografia aconselhada: ' Women at average risk of breast cancer should be offered screening mammography starting at age 40 years. Women at average risk of breast cancer should have screening mammography every 1 or 2 years based on an informed, shared decision-making process'.

Restantes alíneas:

A – Tendo em conta a história familiar de cancro da mama pré-menopáusico na mãe da doente, o teste genético poderia ser realizado, contudo não constitui um teste de rastreio e não é um exame de primeira linha.

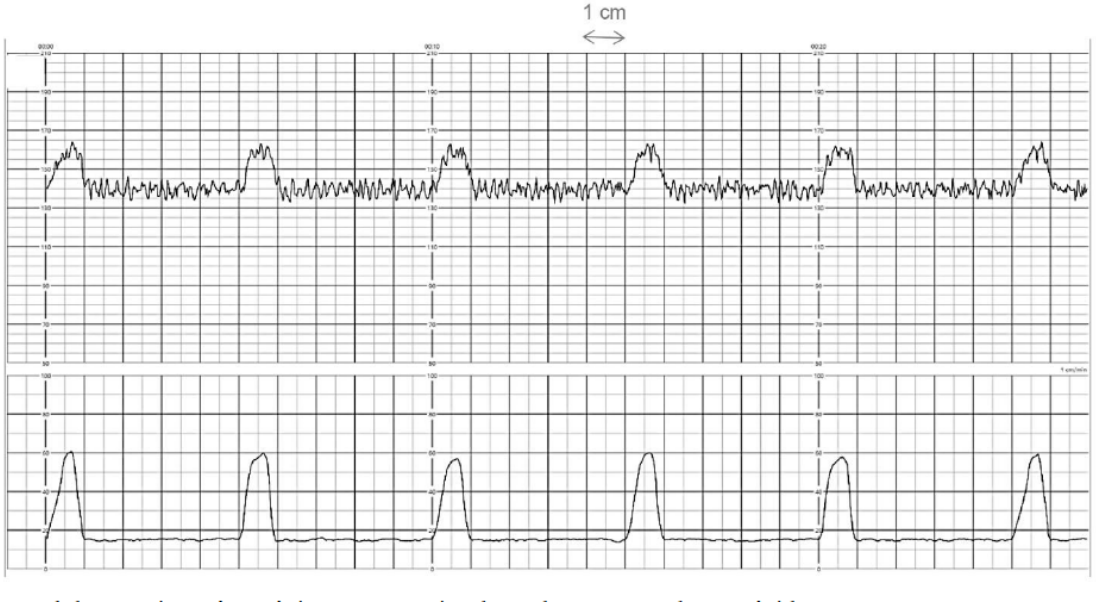
B – A ecografia não é exame de rastreio de cancro da mama, apenas complementa a mamografia em determinadas situações.

C – O exame físico mamário não se encontra validado enquanto teste único de rastreio, continuando a ser a mamografia o exame de eleição para este propósito. Para além disso, a periodicidade referida na alínea encontra-se incorreta.

E – Exame de última linha em situações particulares, não funciona como teste de rastreio de primeira linha.

PERGUNTA 43

Uma grávida de 27 anos recorre ao serviço de urgência por desconforto lombar bilateral e sensação de pressão hipogástrica desde há dois dias. A gestação tem 29 semanas e foi complicada por bacteriúria assintomática, detetada nas análises do 2º trimestre, tendo sido medicada com amoxicilina. Os antecedentes obstétricos são de gesta 2 para 1 (parto vaginal espontâneo às 33 semanas de gestação, há 2 anos, recém-nascido com 2100g de peso, vivo e saudável). Refere perceção de movimentos fetais, com maior frequência após as refeições. Os sinais vitais são temperatura 36,8ºC, frequência respiratória 14cp/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 116/67 mmHg. A altura uterina é de 27 cm. Ao exame com espéculo apresenta corrimento abundante inespecífico, ao toque vaginal o colo está amolecido, intermédio com 2 cm de dilatação, 30% extinto (apagado), apresentação pélvica acima das espinhas isquiáticas (plano -3). A tira teste de urina não mostra alterações. A cardiotocografia realizada mostra linha de base com frequência cardíaca fetal 140/min, conforme o traçado:



Qual das seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Atitude expectante.
B. Prescrever dexametasona intramuscular.
C. Prescrever heparina de baixo peso molecular.
D. Prescrever misoprostol intravaginal.
E. Prescrever progesterona intramuscular.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área do conhecimento: Ginecologia/Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Estamos perante uma gravida com quadro clínico de ameaça de parto pré-termo, sendo imperioso realizar maturação pulmonar com corticoterapia (dexametasona ou betametasona). Trata-se de uma grávida com antecedentes de parto pré-termo (PPT) e que apresenta alterações do colo do útero e cardiotocografia com contratilidade regular. Tem elevada probabilidade de PPT nos 7 dias seguintes. A corticoterapia para maturação pulmonar fetal (4 doses de dexametasona, 6 mg, IM, a cada 12 horas) está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos, em todas as situações em que existe risco de PPT nos 7 dias seguintes. A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas em risco de PPT, não só diminui o risco de morte neonatal, de síndrome de dificuldade respiratória e de hemorragia intraventricular, como diminui a incidência de enterocolite necrotizante, de necessidade de suporte ventilatório, de admissão em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós–parto.

Restantes alíneas:

A – Estamos perante uma gravida com quadro clínico de ameaça de parto pré-termo, sendo imperioso realizar maturação pulmonar com corticoterapia (dexametasona ou betametasona). Trata-se de uma grávida com antecedentes de parto pré-termo (PPT) e que apresenta alterações do colo do útero e cardiotocografia com contratilidade regular. Tem elevada probabilidade de PPT nos 7 dias seguintes, pelo que atitude expectante não seria suficiente.

C – Não há indicação para heparina de baixo peso molecular.

D – A prescrição de misoprostol (uma prostaglandina) estaria indicado em quadro de indução do trabalho de parto, logo, não tem lugar no caso clínico apresentado.

E – A progesterona, pela sua capacidade em limitar a produção de prostaglandinas e inibir as proteínas associadas à contratilidade, está indicada como medida preventiva de PPT. A via de eleição é a via vaginal.

PERGUNTA 44

Um homem de 70 anos vem ao serviço de urgência acompanhado pela sua mulher, por dispneia e fraqueza progressiva desde há 12 horas. O doente diz "Sinto falta de ar". Os sintomas começaram com sensação de dor e fraqueza nas mãos e pés, que progrediu até à região dorsal e membros inferiores, esta manhã. Neste momento, não é capaz de andar devido à fraqueza. Tem sentido mal-estar geral nos últimos sete dias, logo após uma infeção das vias aéreas superiores, na semana anterior. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, tratada com exercício físico e dieta. Não faz medicação habitual e não fez nenhuma vacina nos últimos seis meses. Os sinais vitais são temperatura 38ºC, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 96/min e pressão arterial 140/90 mmHg (em supinação) e 100/60 mmHg (sentado). SpO2 88% (ar ambiente). Ao exame físico não apresenta erupções cutâneas. O abdómen é mole, revelando massa na região suprapúbica. Os reflexos osteotendinosos estão ausentes nos membros superiores e inferiores. Apresenta paralisia flácida nas extremidades inferiores e movimento mínimo nas extremidades superiores.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Esclerose lateral amiotrófica.
B. Esclerose múltipla.
C. Polimialgia reumática.
D. Síndrome de Eaton-Lambert.
E. Síndrome de Guillain-Barré.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correta: Síndrome de Guillain-Barré.
O quadro de tetraparésia com progressão rápida proximal->distal, hiporreflexia e disautonomia (hipotensão ortostática e retenção urinária) precedido de infeção, coloca a hipótese de polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda como mais provável.

Restantes alíneas:
A – Esclerose lateral amiotrófica
A progressão rápida e simétrica, a presenta de disautonomia e a ausência de sinais piramidais (1º neurónio) excluem esta hipótese.

B – Esclerose múltipla
A presença de tetraparésia com arreflexia é a favor de lesão do sistema nervoso periférico, e não do SNC. Em conjunto com a idade avançada do doente, esta hipótese é pouco provável.

C – Polimialgia reumática
A tetraparésia progressiva com arreflexia e ausência de dor nas cinturas faz com que este seja um quadro de afeção neurológica e não reumatológica.
D – Síndrome de Eaton-Lambert
A progressão da fraqueza muscular distal -> proximal é a fazer de um quadro de polineuropatia, ao contrário dos quadros miopáticos onde predomina a fraqueza proximal, como seria no caso do Sindrome Eaton Lambert. A instalação dos sintomas nesta síndrome é tipicamente mais insidiosa.

PERGUNTA 45

Um homem de 72 anos é admitido no hospital por dor localizada na base do pulmão esquerdo, desencadeada com a inspiração, com agravamento progressivo desde há quatro dias. Classifica a dor com intensidade 9/10, não controlada com a toma de paracetamol + tramadol, iniciada há 48 horas. Há seis semanas, o doente teve dor na mesma localização, secundária a quadro identificado como pleurisia da base esquerda. Na altura, a dor melhorou com a toma de anti-inflamatório não esteroide. A radiografia do tórax então realizada não revelou alterações. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 160/94 mm Hg; SpO2 88% (ar ambiente); IMC 26 kg/m. Ao exame físico o doente apresenta-se com o tronco fletido pela dor. Apresenta macicez à percussão na base do hemitórax esquerdo e atrito no andar médio do pulmão esquerdo. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Neutrófilos	9200/mm^3
Neutrófilos, segmentados	58%
Basófilos	1%
Linfócitos	35%
Monócitos	6%

O raio-X do tórax obtido na admissão mostra a presença de líquido livre, ocupando o terço inferior do campo pulmonar esquerdo.

Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico mais adequado?

A. Broncoscopia
B. Doseamento do antigénio carcinoembrionário
C. Ecocardiograma
D. TC do tórax
E. Toracocentese

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Pneumologia)

Validação da afirmação correta: Toracocentese.

A toracocentese deverá ser o primeiro passo diagnóstico para caracterizar o derrame e esclarecer a etiologia do mesmo. Apesar da suspeita de pericardite com derrame pleural, o doente encontra-se subfebril a toracocentese torna-se essencial para excluir infeção pleural.

Restantes alíneas:

A – Broncoscopia
A macicez à percussão da base do hemitórax esquerdo poderia indiciar uma atelectasia ou uma pneumonia pós-obstrutiva nessa localização com necessidade de investigação por broncoscopia, no entanto a clínica apresentada de toracalgia com melhoria inicial com AINE e os restantes achados do exame objetivo não se coadunam com essas hipóteses diagnósticas.

B – Doseamento do antigénio carcinoembrionário
O doseamento de CEA tem um papel complementar no diagnóstico de neoplasias do foro gastrointestinal, sendo mais utilizado na avaliação da recorrência dessas neoplasias em consulta de follow-up. Apesar de o derrame pleural esquerdo poder ocorrer no contexto de metastização pleural por neoplasia do tubo digestivo, a ausência de outros sinais ou sintomas do foro digestivo e as características e fatores de alívio da dor (AINE's e flexão anterior do tronco) não vão de encontro a essa hipótese diagnóstica.

C – Ecocardiograma.
Neste caso, temos um quadro subagudo de dor pleurítica associada a derrame pleural esquerdo de médio volume, melhorada inicialmente com AINE's mas agravada após algumas semanas. Na avaliação atual, o doente encontra-se taquicárdico e com o tronco fletido anteriormente para alívio da dor, achados que poderão estar no contexto de quadro de pericardite com derrame pleural

associado. O ecocardiograma seria fundamental na suspeita de pericardite com derrame pericárdico de grande volume com risco de tamponamento ou em tamponamento, para confirmar o diagnóstico e orientar a pericardiocentese. No entanto o doente encontra-se hemodinamicamente estável, provavelmente taquicárdico pela dor e na radiografia não é descrito o alargamento da silhueta cardíaca, destacando-se apenas a presença de um derrame pleural esquerdo, pelo que a investigação deverá passar primeiro por este mesmo derrame.

D – TC do tórax
A TC torácica não acrescentaria informação adicional relevante face à principal hipótese diagnóstica de derrame pleural associado a pericardite. Este exame poderia ser útil para avaliação adicional da pleura e do pericárdio (p.exº documentando sinais sugestivos de malignidade como espessamento dos folhetos e organização do derrame), mas a radiografia já nos aponta para a presença de um derrame pleural aparentemente livre, pelo que este exame é dispensável nesta fase.

PERGUNTA 46

Uma mulher de 28 anos é trazida ao serviço de urgência pela mãe por ter feito cortes superficiais dos punhos com uma faca de plástico há oito horas, após uma discussão com o namorado. Encontrava-se embriagada nessa altura. Esta é a 5.a vez que a doente tem este tipo de comportamento nos últimos cinco anos. Ela nega qualquer ideação suicida no momento atual e refere que se sentia «bem» antes da discussão com o namorado. A mãe corrobora a descrição da doente e refere que habitualmente não tem ideias de suicídio. A mãe irá ficar com a doente nesta noite. A doente é seguida em consulta de psiquiatria por perturbação depressiva major recorrente e tem uma consulta agendada para o dia seguinte. Aos 16 anos foi internada por intoxicação medicamentosa voluntária com cinco comprimidos de metoprolol do pai. A história médica revela traumatismo cranioencefálico fechado no contexto de um acidente de viação aos 17 anos. A medicação habitual inclui fluoxetina e trazodona. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. À observação encontra-se sóbria e com cortes superficiais em ambos os punhos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O estudo toxicológico do sangue é negativo para a presença de álcool e o estudo toxicológico da urina é negativo.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

A. Dar alta à doente na companhia da mãe.
B. Iniciar tratamento com carbonato de lítio.

C. Internar a doente compulsivamente no serviço de psiquiatria.
D. Pedir TC cerebral.
E. Prescrever flucloxacilina oral durante uma semana.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A
Área do conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Dar alta à doente na companhia da mãe.

Este caso clínico descreve um episódio de comportamento autolesivo ocorrido de forma reativa a situação vivencial, existindo um evento de tensão/stress bem identificado, que despoletou a reação - a discussão com o namorado. Previamente, a doente estaria eutímica e sem ideação suicida. A corroboração desta informação pela mãe é um dado importante na exclusão de descompensação da patologia de base. Acresce ainda que o comportamento foi feito em contexto de intoxicação alcoólica, com aumento dos níveis de impulsividade, e recurso a uma faca de plástico, autoinflingindo lesões superficiais sem risco letal para a doente. Objetivamente, a doente nega presença de alterações major do humor, ideação suicida ou outras alterações do foro psicopatológico após o episódio, com remissão dos níveis de tensão e irritabilidade e sem influência tóxica, pelo que não há evidência de risco suicidário e necessidade de contenção do mesmo. O conjunto destes dados constata que não existiu verdadeira intencionalidade suicida por parte da doente (SOPT, pg. 621). Uma vez que terá a supervisão familiar durante a noite e será reavaliada em consulta de psiquiatria no dia seguinte, a alta é uma opção segura e o passo adequado nesta fase.

Restantes alíneas:

B – Iniciar tratamento com carbonato de lítio.
A introdução de lítio seria justificável como 1) estratégia de potenciação no caso de resistência ao tratamento na perturbação depressiva recorrente, em associação com antidepressivo (SOPT, pg. 219); 2) como estratégia de prevenção de depressão unipolar recorrente (que, apesar de tudo, não apresenta evidência robusta na sua eficácia) (SOPT, pg. 223); 3) no caso de ser ponderado diagnóstico de perturbação afetiva bipolar. Contudo, não existem neste episódio de urgência sinais clínicos de sugestivos de instalação/agravamento de quadro depressivo ou critérios diagnósticos enquadráveis numa perturbação bipolar, pelo que não tem indicação para ser iniciada esta terapêutica.

C – Internar a doente compulsivamente no serviço de psiquiatria.
A doente não reúne os pressupostos da Lei de Saúde Mental que justificam um internamento compulsivo. Estes definem-se como: ser portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado, ou ainda, ser portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado. No momento da avaliação, a doente encontra-se com preservação de juízo crítico e consequente capacidade de decisão e de responsabilidade perante as suas ações, sem psicopatologia de relevo e sem ideação suicida que suporte a decisão para ser internada compulsivamente, pelo que este não é o passo mais adequado.

D – Pedir TC cerebral.
O comportamento autolesivo da doente não decorreu com traumatismo cranioencefálico. O exame objetivo e estudo analítico não revela achados sugestivos de uma intercorrência orgânica que justifique a realização de TC-CE.
Poderia argumentar-se que estas alterações do comportamento possam ter iniciado em consequência do TCE que sofreu quando tinha 17 anos, como é descrito nos seus antecedentes. Todavia, a clínica, o contexto do episódio atual, a ocorrência esporádica deste tipo de comportamentos e a história de ingestão medicamentosa voluntária prévia ao TCE sugerem que esta hipótese não será a situação clínica mais provável. Desta forma, conclui-se que pedir TC cerebral não constitui o próximo passo mais adequado.

E – Prescrever flucloxacilina oral durante uma semana.
As lesões possuem um caráter superficial e na vinheta clínica não são descritos eventuais sinais inflamatórios ou aumento dos marcadores bioquímicos inflamatórios, pelo que, de momento, não tem indicação para iniciar antibioterapia.

PERGUNTA 47

Um homem de 64 anos vem ao serviço de urgência após notar, desde há uma hora, fraqueza do braço esquerdo e dificuldade em falar. A história médica revela hipertensão arterial. Os sinais vitais são temperatura 37°C, a frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 180/70 mm Hg. Ao exame físico o doente está acordado e alerta, mas o discurso é arrastado. Ao exame neurológico apresenta força muscular grau 2/5 no membro superior esquerdo e 5/5 nos restantes membros. O exame de sensibilidade não

mostra alterações. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros do normalidade. Ele não tem sangue oculto nas fezes. A TC do crânio realizada de imediato não mostra alterações.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento inicial mais adequado?

A. Alteplase
B. Aspirina
C. Heparina de baixo peso molecular
D. Heparina não fracionada
E. Varfarina

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Alteplase

Trata-se de um doente com fatores de risco vascular com instalação súbita de défice neurológico focal, composto por parésia braquiofacial e disartria, sugerindo fortemente quadro de acidente vascular cerebral. O doente apresenta-se 1 horas após o início do quadro, sem contra-indicação para trombólise, e com TC cerebral normal. A pressão arterial encontra-se abaixo de 185/110 mmHg. Desta forma, estando em janela e na ausência de melhor alternativa de tratamento, tem indicação para alteplase ev. HPIM 20 p.3080-2.

Restantes alíneas:

B – Aspirina
Trata-se de um doente com fatores de risco vascular com instalação súbita de défice neurológico focal, composto por parésia braquiofacial e disartria, sugerindo fortemente quadro de acidente vascular cerebral. O doente apresenta-se 1 horas após o início do quadro, sem contra-indicação para trombólise, e com TC cerebral normal. A pressão arterial encontra-se abaixo de 185/110 mmHg. Desta forma, estando em janela e na ausência de melhor alternativa de tratamento, tem indicação para alteplase ev e não para aspirina, já que teremos de aguardar 24h após alteplase para a iniciar. HPIM 20 p.3080-2.

C – Heparina de baixo peso molecular
Trata-se de um doente com fatores de risco vascular com instalação súbita de défice neurológico focal, composto por parésia braquiofacial e disartria, sugerindo fortemente quadro de acidente vascular cerebral. O doente apresenta-se 1 horas após o início do quadro, sem contra-indicação para trombólise, e com TC cerebral normal. A pressão arterial encontra-se abaixo de 185/110 mmHg. Desta forma, estando em janela e na ausência de melhor alternativa de tratamento, tem indicação para alteplase ev e não para enoxaparina profilática, já que teremos de aguardar 24h após alteplase para a iniciar. Não há indicação para hipocoagulação (enoxaparina em dose hipocoagulante) na fase aguda do AVC. HPIM 20 p.3080-2.

D – Heparina não fracionada
Justificação: Não há indicação para hipocoagulação na fase aguda do AVC. HPIM 20 p.3080-2.

E – Varfarina
Justificação: Não há indicação para hipocoagulação na fase aguda do AVC. HPIM 20 p.3080-2.

PERGUNTA 48

Um rapaz de 8 anos com síndrome de Down é trazido novamente ao consultório médico pela mãe por febre e disúria persistente e recusa alimentar. Ele tinha sido observado há 3 dias por vómitos, febre e disúria. Nessa altura, a tira-teste foi francamente positiva para esterase leucocitária. O exame cultural da urina está em curso. Ele foi medicado com trimetropim-
sulfametoxazol. Hoje a mãe está muito ansiosa e pergunta "O meu menino vai ficar bem? Ele nunca ficou assim tão doente antes, quando teve uma infeção na bexiga".

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Alterar para outro antibiótico oral.
B. Colher amostra de urina por punção supra-púbica.
C. Continuar com o regime antibiótico em curso e tranquilizar a mãe.
D. Internar para antibioterapia EV.
E. Realizar cistouretrografia miccional.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Internar para antibioterapia EV.

Esta será a alternativa mais adequada para esta criança. Temos uma recusa alimentar que inviabiliza a via oral, e temos uma persistência/agravamento da sintomatologia quando já temos 3 dias de antibioterapia oral.

Restantes alíneas:
A – Alterar para outro antibiótico oral
Numa situação em que existe recusa alimentar, a via oral à partida não será a alternativa mais adequada. A este ponto ainda se adiciona o facto de não termos ainda acesso ao exame cultural de urina, e consequentemente, ao teste de sensibilidade aos antibióticos que nos poderia orientar nesta alteração.

B – Colher amostra de urina por punção supra-púbica
Aos oito anos de idade a colheita por punção supra-púbica não está indicada, sendo o método mais adequado a colheita por jato médio, e eventualmente caso houvesse falta de colaboração, ponderar a colheita por sonda.

C – Continuar com o regime antibiótico em curso e tranquilizar a mãe
Conforme já foi referido anteriormente, manter o antibiótico oral numa situação em que temos recusa alimentar, e quando é referido já estarmos com 3 dias de antibioterapia (à partida já estaríamos à espera de alguma melhoria) são indicações para outro tipo de atuação.

E – Realizar cistouretrografia miccional
A cistouretrografia miccional não tem qualquer papel no tratamento/diagnóstico de uma provável pielonefrite aguda.

PERGUNTA 49

Um homem de 46 anos vem ao serviço de urgência por dois episódios de ligeiro desconforto epigástrico e substernal, com irradiação para o pescoço, com início hoje, após uma discussão com a sua mulher. Refere que teve episódios semelhantes de forma intermitente nos últimos três meses, com a duração de dois a cinco minutos, e resolução espontânea. Ele sente ansiedade e dificuldade respiratória durante estes episódios, que descreve como uma sensação de queimadura na face anterior do tórax. Os sintomas parecem estar associados a stress emocional, ou quando acelera o passo, sem associação com a ingestão de alimentos. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Fuma 40 cigarros por dia, desde os últimos 15 anos, e bebe bebidas

alcoólicas ocasionalmente. Conduz um trator no trabalho e faz pouco exercício. Ele relata stress recentemente, causado por dificuldades financeiras. Foi adotado na infância e desconhece-se história familiar. Os sinais vitais são temperatura 37,2ºC, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 80/min, e pressão arterial 130/82 mmHg; SpO2 97% (ar ambiente). Ele tem 178 cm de altura e pesa 95 Kg; IMC 30. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de referência. O raio-X do tórax e os ECG seriados não mostram alterações. Ele não teve mais episódios de desconforto torácico desde a sua entrada no serviço de urgência.

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

A. Angio-TC torácico.
B. Cintigrafia cardíaca de *stress*.
C. Ecocardiograma.
D. Endoscopia digestiva alta.
E. Raio-X baritado do esófago.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Cintigrafia cardíaca de stress.

A vinheta ilustra o caso de um doente de 46 anos com múltiplos fatores de risco cardiovasculares [i.e. tabagismo ativo, alcoolismo, sedentarismo] e que apresenta episódios de dor torácica retrosternal em ardência com relação com o esforço/stress emocional e com duração não superior a 5 minutos; portanto, queixas compatíveis com o diagnóstico de angina estável. A cintigrafia de perfusão miocárdica com sobrecarga é um teste não invasivo que permite o diagnóstico de cardiopatia isquémica, pelo que dentro das opções fornecidas é o exame mais adequado a solicitar.

Restantes alíneas:

A – Angio-TC torácico.
Exame complementar útil em contexto de urgência para diagnóstico/exclusão de disseção aórtica ou tromboembolismo pulmonar. A história exposta não sugere nenhum desses diagnósticos [i.e. dor torácica anterior ou interescapular violenta, súbita, com início em esforço, associada a instabilidade hemodinâmica,

diferencial tensional entre os membros ou síncope, sugestivo de disseção aórtica; dispneia ou toracalgia súbitas +/- sinais de trombose venosa profunda, gasimetria arterial com evidência de hipoxemia e hipocapnia, ECG com taquicardia sinusal, anomalias da repolarização ventricular nas pré-cordiais direitas ou padrão S1Q3T3].

C – Ecocardiograma.
O ecocardiograma transtorácico é um exame de eleição na avaliação de cardiopatia estrutural, mas tem baixo valor preditivo negativo para doença coronária [i.e. atendendo à presença de episódios de dor torácica com menos de 5 minutos e ausência de alterações eletrocardiográficas, um ecocardiograma normal não exclui doença coronária].

D – Endoscopia digestiva alta.
Não há uma relação inequívoca entre os episódios de dor torácica e refeições ou menção ao surgimento da dor com a posição em decúbito dorsal, o que torna hipóteses de doença ulcerosa péptica e a doença de refluxo gastroesofágico pouco prováveis. Os sintomas referidos são sugestivos de patologia cardiovascular.

E – Raio-X baritado do esófago.
Exame complementar útil para diagnóstico de doenças da motilidade esofágica ou estenoses pépticas. A ausência de disfagia, sensação de impactação alimentar e relação com as refeições torna estes diagnósticos pouco prováveis. Os sintomas referidos são sugestivos de patologia cardiovascular.

PERGUNTA 50

Um lactente de 11 meses é trazido ao serviço de urgência por se encontrar sem micções nas últimas oito horas e estar menos ativo do que habitualmente. A mãe refere febre com 3 dias de evolução, associada a vómitos (dois a três episódios/ dia), recusa alimentar importante e dejeções diarreicas (seis a oito dejeções líquidas diárias, sem sangue ou muco). Observa o menino no colo da mãe, que dirige o olhar e sorri, mas mantendo a cabeça sobre o ombro da mãe. A pele e mucosas estão pálidas, os lábios secos e os pés frios ao toque.

Qual das seguintes alternativas é a alteração mais provável de encontrar no exame físico?

A. Frequência cardíaca de 152/min.
B. Frequência respiratória de 18/min.
C. Pressão arterial de 40/23 mmHg.

D. Saturação periférica de O2 de 88%.
E. Tempo de repreenchimento capilar de 5''.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A
Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Frequência cardíaca de 152/min.

Num lactente de 11 meses com desidratação importante (quadro de vómitos, diarreia e recusa alimentar associado a oligúria, palidez e extremidades frias) mas com sinais de razoável estado geral (dirige o olhar e sorri, está sentado ao colo da mãe), o mais provável seria encontrar uma frequência cardíaca próxima do limite superior da normalidade para a idade da criança.

Restantes alíneas:

B – Frequência respiratória de 18/min.
Habitualmente surge polipneia nos quadros de febre e choque, a não ser que a paragem respiratória esteja iminente; neste caso, não seria expectável uma bradipneia num lactente que está desperto e sentado ao colo da mãe.

C – Pressão arterial de 40/23 mmHg.
A hipotensão é um sinal tardio nos quadros de choque, sendo frequentemente pré- terminal, pelo que não seria a alteração mais provável num lactente que está desperto e sentado ao colo da mãe.

D – Saturação periférica de O2 de 88%.
Num lactente com um quadro de desidratação grave por vómitos e diarreia a hipoxémia não seria a alteração mais provável no exame físico.

E – Tempo de repreenchimento capilar de 5''.
Um tempo de repreenchimento capilar de 5'' é bastante prolongado e é sugestivo de um quadro de choque, não sendo compatível com a observação desta criança que está sentada ao colo da mãe, dirige o olhar e sorri.

PERGUNTA 51

Um homem de 70 anos vem ao consultório médico por massa no pescoço que notou há um mês. Ele pensa que a massa está a aumentar. O exame físico

mostra aumento dos lobos da tiroide e múltiplos gânglios linfáticos cervicais com 1 cm a 2 cm de diâmetro.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Bócio nodular.
B. Carcinoma medular da tiroide.
C. Doença de Graves.
D. Cisto do canal tireoglosso.
E. Tiroidite de Hashimoto.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Carcinoma medular da tiróide.

É o único diagnóstico dos apresentados que inclui atingimento de gânglios cervicais e rápido crescimento. O "aumento dos lobos da tiroide" não é típico de carcinoma medular da tiroide (habitualmente é uma massa isolada). No entanto, atendendo a mais nenhuma alínea explicar os gânglios cervicais, esta seria a mais correta.

Restantes alíneas:
A – Bócio nodular
Sem atingimento de gânglios; sem rápido crescimento.

C – Doença de Graves
Sem atingimento de gânglios; sem rápido crescimento de massa.

D – Cisto do canal tireoglosso.
Localizado na linha média acima da tiroide, não nos lobos tiroideus.

E – Tiroidite de Hashimoto.
Sem atingimento de gânglios; sem rápido crescimento.

PERGUNTA 52

Uma mulher de 82 anos, acamada, é trazida ao serviço de urgência por desenvolvimento progressivo de vómitos, paragem da emissão de fezes e distensão abdominal desde há dois dias. A história médica revela diabetes

mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral aos 76 anos. A medicação habitual inclui metformina, furosemida, digoxina, gabapentina e opioide transdérmico por dor crónica. O exame físico revela marcada distensão abdominal, timpanismo, ausência de ruídos peristálticos e discreta dor à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	3,5 mg/dL	Hemoglobina	12 g/dL
Proteína C Reativa	30 mg/dL	Leucócitos	11 000/mm^3
Sódio	130 mEq/L		
Potássio	3,0 mEq/L		
Cálcio total	8,2 mg/dL		

O raio-X abdominal simples em decúbito mostra distensão marcada do cólon direito e do colón transverso.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Prescrever fluidoterapia endovenosa.
B. Prescrever neostigmina oral.
C. Solicitar colonoscopia.
D. Solicitar retosigmoidoscopia rígida.
E. Solicitar TC abdominal com contraste.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Cirurgia geral

Validação da afirmação correta: Prescrever fluidoterapia endovenosa.

Quadro de oclusão intestinal (paragem de emissão de gases e fezes + vómitos) a provocar quadro de desidratação e consequente lesão renal aguda por diminuição da volémia (causa pré-renal) com um valor de creatinina de 3.5mg/dl. Antes de resolver a causa torna-se imperativo uma terapêutica de suporte e que neste contexto passa por hidratar (fluidoterapia endovenosa)

Restantes alíneas:

B – Prescrever neostigmina oral.
Quadro oclusão intestinal de provável causa orgânica (doente de 82 anos, oclusão de cólon) pelo que essa terapêutica não terá indicação.
C – Solicitar colonoscopia.
Pode ser uma opção na investigação etiológica mas após iniciar uma terapêutica de suporte (hidratação).

D – Solicitar retosigmoidoscopia rígida.
Sem indicação atual em contexto de urgência.

E – Solicitar TC abdominal com contraste.
Doente com uma creatinina de 3,5mg/dl pelo que não tem indicação para realizar contraste dado o risco de agravamento da função renal.

PERGUNTA 53

Um homem de 56 anos vem ao consultório médico por aumento da frequência da tosse e expetoração de coloração mais amarelada desde as últimas 3 semanas. Nega dispneia, febre ou outras queixas. No seu estado habitual de saúde, tosse frequentemente desde há 5 anos e, por períodos, acompanha-se de expetoração vigorosa que até agora "ia resolvendo por si". Tem a perceção que não lhe altera, até ao momento, a qualidade de vida e nunca foi investigado. A história médica revela tuberculose pulmonar aos 20 anos e obesidade. Não faz medicação habitual. Refere consumo excessivo de tabaco dos 25 aos 50 anos. Os sinais vitais são temperatura 36ºC, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 131/89mmHg; SpO2 97% (ar ambiente). Ele tem 169cm de altura e pesa 89Kg; IMC 31 Kg/m2. Ao exame físico não tem gânglios palpáveis. A auscultação pulmonar revela raros roncos bilateralmente, sem alteração dos tempos respiratórios ou outras alterações. O exame do abdómen mostra obesidade central. O exame neurológico e musculoesquelético encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

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

A. Broncofibroscopia.
B. Endoscopia digestiva alta.
C. Estudo microbiológico de expetoração.
D. TC do tórax de alta resolução.
E. Teste de libertação de interferão gama (IGRA).

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Pneumologia)

Validação da afirmação correta: TC do tórax de alta resolução.

A vinheta clínica apresenta-nos um doente com tosse produtiva crónica vigorosa (desde há 5 anos) com aparente alteração recente da purulência da expetoração. Os quadros supurativos brônquicos, especialmente os crónicos, relacionam-se muitas vezes com alterações estruturais da anatomia brônquica e/ou da clearance muco-ciliar, devendo, nestas situações, ser considerada a presença de bronquiectasias, muito pelo facto da sua frequência relativa, ainda mais sabendo que pode estar associada a outras entidades nosológicas (défice de alfa 1 AT, DPOC, etc). Um dado crucial na história clínica e que nos é fornecido é o historial de tuberculose pulmonar que, muitas vezes, apresenta como sequelas pulmonares as bronquiectasias e que justificam não só a clínica crónica do doente como, em períodos de exacerbação, podem condicionar alteração das características da expetoração (aumento do volume, purulência, etc). Sendo o diagnóstico suspeito, a presença de bronquiectasias e sendo a TAC tórax de alta resolução o *gold standard* para o seu diagnóstico, é esta a hipótese mais correta.

Restantes alíneas:

A – Broncofibroscopia.
A broncofibroscopia não é o exame mais indicado pois não constituiu um exame de primeira linha na suspeita diagnóstica de um quadro infeccioso.
Este exame apenas seria indicado no caso de identificadas lesões na TAC merecedoras de investigação endoscópica ou então sinais clínicos de infeção em doente a quem é impossível obtenção de amostras biológicas por meios não invasivos e que estas sejam importantes (por exemplo na infeção por micobactérias atípicas). No caso de ser necessária broncofibroscopia, esta deverá idealmente ser precedida de estudo por TC torácica para melhor avaliação do parênquima pulmonar e eventual decisão do local para realização de técnicas subsidiárias.

B – Endoscopia digestiva alta.
A endoscopia digestiva alta é um exame sem interesse neste caso, uma vez que as queixas mencionadas não são sugestivas de terem origem em patologia gastroesofágica. O enunciado não sugere estarmos perante uma tosse associada a refluxo gastroesofágico. Apesar de o doente ter fatores de risco como obesidade, a tosse que apresenta é produtiva e associa-se a alterações

auscultatórias bilaterais o que não se coaduna com um quadro de tosse associada a refluxo. A endoscopia poderia ainda fazer sentido caso se suspeitasse de uma fístula traqueoesofágica mas não há qualquer fator de risco expresso no enunciado (como neoplasia, corticoterapia crónica, entubação nasogástrica ou orotraqueal recente, etc) nem existe menção a infeções respiratórias de repetição. Da mesma forma, o estudo endoscópico poderia fazer sentido caso se suspeitasse de um quadro de pneumonia de aspiração secundária a patologia gastroesofágica (obstrução por neoplasia, estenoses benignas, dismotilidade esofágica, hérnia de hiato de grandes dimensões, etc), no entanto a história clínica também não nos aponta nesse sentido.

C - Estudo microbiológico de expetoração.
Uma vez que o que é solicitado "o meio mais adequado para confirmar o diagnóstico etiológico mais provável" o estudo microbiológico de expetoração poderia identificar um microrganismo colonizante mas não confirmaria nem excluiria a presença de bronquiectasias. Onde poderia ser útil seria na suspeita de reinfeção por tuberculose mas, num doente sem febre, sem quadro constitucional nem adenopatias, não parece haver indícios suficientes para apontar para uma suspeita de tuberculose, maior que uma exacerbação de bronquiectasias. Poderia argumentar-se a possibilidade de identificar agente microbiológico mas, como é o exemplo paradigmático das micobactérias atípicas, mas que também pode acontecer com outras bactérias mais comuns nestas situações (p.e. Pseudomonas aeruginosa) a identificação de agente não significa obrigatoriamente infeção, podendo estar relacionada com colonização apenas, perdendo utilidade, neste caso, como "o meio mais indicado para o diagnóstico etiológico".

E – Teste de libertação de interferão gama (IGRA).
O IGRA é um teste que permite investigar a presença de Tuberculose-infeção <u>latente</u> (TBIL) pela deteção de Interferão-Gama (IFN-γ) produzido pelos linfócitos após estimulação com determinados peptídeos que mimetizam proteínas presentes nas estirpes patogénicas do complexo M. tuberculosis. Este teste não substitui os exames auxiliares de diagnóstico convencionais para pesquisa de TP ativa (exame micobacteriológico de expetoração, radiografia / TC torácica, etc) e tem um papel muito limitado no diagnóstico, podendo ser útil, raramente, como dado suplementar em situações muito particulares onde a colheita de amostra biológica é difícil/impossível (p.e. tuberculose ocular). Para além disso, o facto de o doente já ter tido infeção tuberculosa, poderá só por si condicionar positividade do IGRA de longa data, sem daí se inferir informação clínica relevante.

PERGUNTA 54

Um lactente de 8 meses é trazido pela equipa de emergência pré-hospitalar após episódio de «paragem respiratória» enquanto estava em casa. À chegada da equipa de emergência pré-hospitalar, o lactente encontra-se alerta e a chorar. Segundo a mãe «Ele estava na cama sossegado. Peguei nele para lhe dar de comer. Ele escorregou-me do colo e caiu, embatendo com a face no solo. Inicialmente não chorou e parou de respirar. Havia sangue a sair da boca. Levei-o para o quarto de banho e lavei-lhe a cara, mas como continuava sem respirar, chamei o 112». A criança tem história de herniorrafia bilateral aos 4 meses e equimoses fáceis frequentes. Durante a observação, a criança aparenta estar letárgica e vomita, apresentando área purpúrica na fronte e região parietal direita.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Crise convulsiva.
B. Doença de von Willebrand.
C. Hematoma subdural.
D. Hemofilia B.
E. Púrpura trombocitopénica idiopática.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Hematoma subdural.
Esta é a hipótese mais grave a descartar perante o quadro clínico descrito, a de hemorragia intracraniana aguda relacionada com trauma craniano/facial desencadeante (independentemente da história clínica ser congruente ou não com a informação prestada pela mãe) e perante o exame objetivo com uma criança letárgica e a vomitar (hemorragia entre a dura máter e a aracnoide). Posteriormente o motivo do mesmo (maus tratos vs. coagulopatia) poderia ser equacionado, mas não em fase aguda.

Restantes alíneas:

A – Crise convulsiva.
A vinheta clínica não descreve uma situação clínica sugestiva de crise convulsiva, uma vez tendo havido um trauma, sem choro, prévio à paragem da

respiração (uma situação de espasmo do choro prolongado pode condicionar, em casos extremos, uma crise convulsiva) mas nada nos indica nesse sentido.

B – Doença de Von Willebrand.
A hipótese de um défice de coagulação, embora pouco frequente deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de situações de equimoses fáceis no lactente (em diferencial com situações de maus tratos), e poderá justificar uma maior propensão para hemorragias, mesmo com traumas minores. Contudo, esta criança tem história de uma cirurgia prévia, sem registo de intercorrências sugestivas de défice de coagulação. Habitualmente no pré-operatório são pedidas provas de coagulação, e hemograma, e no caso desta doença, existe uma alteração dos tempos de coagulação. Portanto, o diagnóstico mais provável a excluir não é este, perante um lactente letárgico e com vómitos pós traumatismo craniano (face/parietal).

D – Hemofilia B.
A hipótese de um défice de coagulação, embora pouco frequente deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de situações de equimoses fáceis no lactente (em diferencial com situações de maus tratos), e poderá justificar uma maior propensão para hemorragias, mesmo com traumas minores. Contudo, como já foi referido esta criança tem história de uma cirurgia prévia, sem registo de intercorrências sugestivas de défice de coagulação. Habitualmente no pré-operatório são pedidas provas de coagulação, e hemograma, e no caso desta doença, existe uma alteração dos tempos de coagulação (embora em formas minor de hemofilia B possa não haver alteração dos tempos de coagulação). Contudo, o diagnóstico mais provável a excluir não é este, perante um lactente letárgico e com vómitos pós traumatismo craniano (face/parietal).

E – Purpura trombocitopénica idiopática.
Esta hipótese não faz qualquer sentido no diferencial de uma situação aguda traumática craniana. Eventualmente teria de ser excluída numa situação de equimoses fáceis sem trauma desencadeante, em diferencial com as outras situações já referidas.

PERGUNTA 55

Uma mulher de 59 anos vem à consulta hospitalar por cansaço fácil, perda de peso não quantificada, náuseas, anorexia, parestesias nas mãos e pés e prurido cutâneo disperso com quatro meses de evolução. Menciona ainda episódios frequentes de dejeções líquidas. A história médica revela hipertensão arterial. A medicação habitual inclui valsartan, hidroclorotiazida, bisoprolol e omeprazol. É

fumadora de 30 UMA e nega hábitos etílicos. Os antecedentes familiares incluem doença policística do rim. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 169/98 mm Hg. Ela mede 162 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 26 kg/m^2. Ao exame físico apresenta palidez da pele e mucosas. A auscultação pulmonar revela crepitações bibasais e verifica-se edema das mãos e pés. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	4,9 mg/dL	Hemoglobina	9,7 g/dL
Azoto ureico	45 mg/dL		
Glucose	101 mg/dL		
Sódio	132 mEq/L		
Potássio	6,1 mEq/L		
Cloro	111 mEq/L		

A ecografia renal revela rins de dimensões aumentadas, com múltiplos nódulos de natureza quística.

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

A. Referenciar para diálise.
B. Solicitar análise dos genes PKD1 e PKD2.
C. Solicitar biópsia renal.
D. Solicitar ecocardiograma.
E. Solicitar TC renal.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Nefrologia)

Validação da afirmação correta: Referenciar para diálise.

Estamos perante uma mulher com antecedentes de doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD) com provável disfunção renal crónica. Apresenta, desde há semanas, sintomas atribuíveis à uremia (astenia, anorexia, prurido), parestesias eventualmente decorrentes da hipocalcémia, além de sinais de hipervolémia: hipertensão, edema, crepitações à auscultação pulmonar. A avaliação analítica é concordante, com creatinina elevada, hipercaliémia e

anemia. Portanto, dada a clínica de doença renal crónica avançada, deve ser encaminhada para técnica de substituição da função renal a curto prazo.

Restantes alíneas:

B – Solicitar análise dos genes PKD1 e PKD2.
A avaliação das mutações da policistina não é útil para a abordagem imediata, poderá ser solicitada em caso de dúvidas diagnósticas ou para aconselhamento genético.

C – Solicitar biópsia renal.
A biópsia renal não fornece elementos úteis já que o diagnóstico de DRPAD não é histológico.

D – Solicitar ecocardiograma.
O ecocardiograma pode revelar alterações valvulares, disfunção cardíaca ou ajudar a fornecer elementos para caraterizar o estado volémico, mas não é relevante para a abordagem imediata.

E – Solicitar TC renal.
A TC renal justifica-se para avaliar complicações dos quistos (por exemplo litíase, infeção, hemorragia, aspetos atípicos sugestivos de malignidade), não é útil para resolver os sintomas atuais e, como requer contraste iodado, ainda pode acelerar a deterioração da função renal.

PERGUNTA 56

Uma mulher de 30 anos, atleta de alta competição de atletismo, vem ao consultório médico por episódios recorrentes de icterícia após corrida de 10.000 m. Os sinais vitais são temperatura 36,8ºC, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 120/55 mmHg. Ao exame físico apresenta-se com excelente estado geral e com icterícia da pele e mucosas.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
AST	27 U/L	Hemoglobina	11,4 g/dL
ALT	27 U/L		
Bilirrubina			
Total	4 mg/dL		
Direta	1 mg/dL		

Sódio	132 mEq/L
Potássio	0,4 mEq/L

Qual dos seguintes mecanismos mais provavelmente desempenha um papel primário no desenvolvimento deste quadro?

A. Hemólise com o esforço físico intenso.
B. Hemólise microangiopática.
C. Redução da atividade da UGT1A1.
D. Redução do metabolismo da lipofuscina no tecido hepático.
E. *Stress* emocional.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Hematologia / Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Redução da atividade da UGT1A1.

A questão apresenta uma atleta com icterícia recorrente associada ao exercício físico intenso, com aumento da bilirrubina indireta / não conjugada, quadro sugestivo de síndrome de Gilbert (com redução da atividade da UGT1A1).

De facto, um dos triggers associados a icterícia na síndrome de Gilbert é o exercício físico intenso devido a vários fatores entre os quais: aumento da carga de bilirrubina não conjugada libertada pelos adipócitos, aumento da circulação enterohepática com maior aporte hepático de bilirrubina, entre outros, que ocorrem durante o exercício, e que, perante uma redução constitucional da atividade da sua enzima de metabolização (UGT1A1) leva à sua acumulação com icterícia.

A presença de anemia ligeira (11,4 < 12) trata-se de um achado incidental e ao aumento do volume plasmático associado ao atletismo (anemia de diluição). Este facto é comprovado pela com a hiponatremia que esta atleta apresenta (132 < 135 mEq/L).

Nota: Embora a alínea correta não seja passível de contestação, a forma como a pergunta é colocada pode ser contestada, porque embora o S. de Gilbert explique o quadro de icterícia não explica a anemia e hipoNa apresentadas, que fazem parte, pelo menos, do quadro laboratorial. Neste sentido a pergunta seria

mais especifica se perguntasse qual o mecanismo responsável pela icterícia apresentada, e não pelo quadro, em geral.

Outras alíneas:

A – Hemólise com o esforço físico intenso.
Comentário: A hemólise com o esforço físico intenso aumentaria os parâmetros hemolíticos como a AST ou bilirrubina indireta. Embora a bilirrubina indireta esteja aumentada (e seja a causa da icterícia), a AST está normal pelo que torna a hipótese hemolítica menos provável. Além disso, por ser uma hemólise intravascular poderia cursar com hemoglobinúria que não é referido no caso clínico. Tal como referido anteriormente, a presença de anemia deve-se à hemodiluição pelo atletismo, com a hiponatremia associada que é apresentada. Acresce que uma anemia hemolítica tão pouco significativa (11,4 …) não seria responsável pelo aumento tão marcado da bilirrubina indireta.

B – Hemólise microangiopática.
Comentário: É uma forma de anemia hemolítica intravascular que resulta do dano mecânico dos eritrócitos, e que resultaria num aumento da AST, normal neste caso. É uma doença crónica e iatrogénica que ocorre, por exemplo, em doentes com próteses mecânicas valvulares cardíacas.

D – Redução do metabolismo da lipofuscina do tecido hepático.
Comentário: Embora na síndrome de Gilbert ocorra acumulação de lipofuscina no tecido hepático, não é essa a causa de hiperbilirrubinémia indireta e icterícia perante um stressor. Este fenómeno é uma consequência e não causa da sua apresentação.

E – Stress emocional.
Comentário: O stress emocional (sem síndrome de gilbert associado), per si, não causa hiperbilirrubinémia indireta e icterícia.

PERGUNTA 57

Um homem de 72 anos é trazido a consulta de medicina geral e familiar pela sua esposa para uma consulta de vigilância. Ele tem tido perda progressiva de memória e das capacidades de planeamento ao longo dos últimos quatro anos. A esposa refere ainda que o doente tem perdido capacidades nos autocuidados, nos últimos seis meses, após um episódio transitório e breve de incapacidade de mover o braço direito, de que recuperou sem défices físicos residuais. Ele refere

que não se sente triste e que continua a retirar muita satisfação em assistir a jogos de futebol e em visitar os seus netos. Tem antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada com insulina e hipertensão arterial tratada com lisinopril. Foi fumador durante 40 anos, tendo deixado de fumar há 10 anos. Ele tem excesso de peso e apresenta-se com uma postura cordial e energética. Ao exame físico apresenta fraqueza bilateral e simétrica dos membros superiores e inferiores.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Demência vascular.
B. Demência de Alzheimer.
C. Doença de Parkinson.
D. Doença de Pick.
E. Episódio depressivo major com características atípicas.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Demência vascular.

Este doente tem o diagnóstico de demência tendo em conta que existe declínio cognitivo (memória e funções executivas), com interferência no seu funcionamento face ao nível prévio, pois perdeu capacidades nos autocuidados nos últimos 6 meses. As alterações cognitivas datam de há 4 anos, mas a perda de capacidade (critério necessário para o diagnóstico de demência) foi precedida por um evento cerebrovascular. A apoiar a hipótese de demência vascular, estão os múltiplos fatores de risco cardiovascular que apresenta: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, hábitos tabágicos no passado, excesso de peso.

Restantes alíneas:

B – Demência de Alzheimer.
Não é o diagnóstico mais provável visto que se verificou um declínio rápido com perda de funcionalidade após evento cerebrovascular.

C – Doença de Parkinson.
Não apresenta sinais de parkinsonismo, existindo apenas referência a fraqueza bilateral e simétrica dos membros superiores e inferiores. Não há referência a bradicinesia, tremor, rigidez ou marcha de pequenos passos.

D – Doença de Pick.
Segundo a bibliografia, é por vezes tida como sinónimo da Demência Frontotemporal, mas foi descrita como afasia com demência, e hoje a melhor correspondência será a variante da DFT Afasia Primária Progressiva. Não há referência a alterações da linguagem ou a irritabilidade (vide Caixa 14.19 pág. 370) no caso clínico.

E – Episódio depressivo major com características atípicas.
Não há referência a sintomatologia depressiva, sendo negado humor depressivo e anedonia.

PERGUNTA 58

Uma mulher de 18 anos vem a consulta hospitalar por anemia e pequena esplenomegalia detetada em ecografia abdominal. Não refere outros sintomas associados. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e é nuligesta. Os antecedentes familiares incluem história paterna de anemia crónica, esplenomegalia e colecistectomia por litíase biliar. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 104/78 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com mucosas descoradas e hidratadas, sem hematomas ou outras alterações cutâneas. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole e depressível, com a ponta do baço palpável no final da inspiração. Sem edemas periféricos.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
AST	35 U/L	Hemoglobina	11,4 g/dL
ALT	22 U/L	VGM	98 fL
Fosfatase Alcalina	85 U/L	Eletroforese de hemoglobinas	Normal
Bilirrubina			
Total	3 mg/dL		
Direta	0,2 mg/dL		
Desidrogenase láctica (LDH)	173 U/L		

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para as alterações observadas?

A. Ausência de síntese de cadeias beta da hemoglobina.
B. Mutação do gene da desidrogenase da glucose-6-fosfato.
C. Mutação do gene da espectrina.
D. Presença de anticorpo antieritrocitário.
E. Substituição do ácido glutâmico pela valina no gene da beta globina.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Mutação do gene da espectrina.

Característico da esferocitose hereditária, doença caracteristicamente autossómica dominante (justificando a doença no pai e na filha). Todo o fenótipo e alterações laboratoriais são altamente características de doença membranar congénita (filha com anemia, esplenomegália ligeira, com bilirrubina discretamente elevada, com pai com esplenomegália e história de colecistectomia)

Restantes alíneas:

A – Ausência de síntese de cadeias beta de hemoglobina.
Neste caso teríamos uma anemia microcítica hipocrómica o que não corresponde ao caso clínico. Trata-se de um VGM normocítico/macrocítico, o que de todo é característico de uma anemia por Beta-Talassémia.

B – Mutação do gene da desidrogenase da glucose-6-fosfato.
Considerando o défice de G6PD uma doença ligada ao X, são muito raros os casos diagnosticados em mulheres. Poderíamos pensar numa situação com mutação em ambos os XX, contudo, para além de muito raro, teria outra evolução clínica, com anemias hemolíticas por períodos. Raramente está associada a esplenomegália e não faz parte do tratamento a colecistectomia (efectuada no familiar).

D – Presença de anticorpos antieritrocitários.
Trata-se de uma anemia hemolítica com características crónicas, provavelmente congénita. O enunciado coloca a história paterna, com esplenomegália e

colescistectomia, sendo que a doente tem também uma esplenomegália ligeira. Quadro descrito não é característico de uma Anemia com produção de anticorpos antieritrocitários.

E – Substituição do ácido glutâmico pela valina no gene da beta globina.
Esta substituição ocorre na Drepanocitose. Apesar da alínea não contemplar se se trata de um quadro homozigótico ou heterozigótico, não se trata de todo de uma drepanocitose. O quadro contempla esplenomegália ligeira na doente e esplenomegália no pai, sem referência a crises dolorosas. Quadro não característico de drepanocitose.

PERGUNTA 59

Um homem de 66 anos vem ao consultório médico por fraqueza generalizada e câimbras desde há 3 meses. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não toma medicação ou suplementos dietéticos. Os sinais vitais são temperatura 37,2 °C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 110/64 mmHg. Ele mede 178 cm de altura e pesa 72 kg; IMC 23 kg/m2. O exame físico revela perda de massa muscular. O exame neurológico revela fasciculações nos membros inferiores, com reflexos hiperativos. A sensibilidade é normal. O estado mental encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes complicações desta condição é mais provável de ocorrer?

A. Cegueira.
B. Demência.
C. Disfagia.
D. Disfunção intestinal e vesical.
E. Neoplasia secundária.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correta: Disfagia.

O doente apresenta quadro progressivo de fraqueza e cãibras. Ao exame físico, apresenta sinais de 1º (reflexos hiperativos) e 2º neurónio (perda de massa muscular e fasciculações). Esta combinação de achados sugere fortemente o

diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Nesta doença pode ocorrer envolvimento da deglutição, com disfagia e necessidade de gastrostomia para alimentação. HPIM 20 p. 3142-43.

Restantes alíneas:

A – Cegueira.
O doente apresenta quadro progressivo de fraqueza e cãibras. Ao exame físico, apresenta sinais de 1º (reflexos hiperativos) e 2º neurónio (perda de massa muscular e fasciculações). Esta combinação de achados sugere fortemente o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Esta doença não afeta o nervo óptico, o globo ocular ou as vias ópticas. HPIM 20 p. 3142-43.

B- Demência.
O doente apresenta quadro progressivo de fraqueza e cãibras. Ao exame físico, apresenta sinais de 1º (reflexos hiperativos) e 2º neurónio (perda de massa muscular e fasciculações). Esta combinação de achados sugere fortemente o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Nesta doença a cognição está preservada, mesmo nos seus estádios mais tardios. Apenas em casos raros, especialmente de ELA familiar, poderá ocorrer demência frontotemporal concomitante. HPIM 20 p. 3142-43.

D – Disfunção intestinal e vesical.
O doente apresenta quadro progressivo de fraqueza e cãibras. Ao exame físico, apresenta sinais de 1º (reflexos hiperativos) e 2º neurónio (perda de massa muscular e fasciculações). Esta combinação de achados sugere fortemente o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Nesta doença a regulação intestinal e vesical está preservada, mesmo nos seus estádios mais tardios. HPIM 20 p. 3143.

E – Neoplasia secundária.
O doente apresenta quadro progressivo de fraqueza e cãibras. Ao exame físico, apresenta sinais de 1º (reflexos hiperativos) e 2º neurónio (perda de massa muscular e fasciculações). Esta combinação de achados sugere fortemente o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Não há relação com neoplasias secundárias a esta doença neurológica. Pelo contrário, poderão existir neoplasias relacionados com o surgimento de doença de neurónio motor paraneoplásica. HPIM 20 p. 3142.

PERGUNTA 60

Uma mulher de 65 anos vem ao serviço de urgência por cansaço e disestesia dos membros inferiores, com intensidade crescente nas últimas cinco semanas. A família refere alterações recentes de comportamento com agitação e confusão noturna. A história médica revela pirose que cede a pantoprazol (SOS). Nega hábitos alcoólicos ou consumo de tabaco. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 108/min e pressão arterial 128/68 mm Hg. Ao exame físico apresenta mucosas descoradas, língua despapilada e eritematosa. O exame neurológico mostra redução da sensibilidade propriocetiva e vibratória bilateral e distal nos membros inferiores.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	1,1 mg/dL	Hemoglobina	7,2 g/dL
Sódio	131 mEq/L	VGM	125 fL
Potássio	3,9 mEq/L		
TSH	2,5 μU/mL		
Folato	20 mmmol/L (N = 11-82 mmol/L)		
Vitamina B_{12}	220 mmmol/L (N = 211-911 mmol/L)		

Com base nestes achados, a condição deste doente é mais provavelmente atribuível a uma alteração de qual dos seguintes parâmetros?

A. Ácido metilmalónico.
B. Ácido úrico.
C. Bilirrubina total.
D. Homocisteína.
E. LDH.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Ácido metilmalónico.

Quadro com anemia e aumento extremo do VGM. O valor de VGM é muito característico de anemias megaloblásticas (entre todas as causas de macrocitose, VGM extremos são muito sugestivos de megaloblastose). Para além disso apresenta alterações neurológicas e psiquiátricas, características de défice

de vitamina B12 e não de ácido fólico. Os níveis elevados de ácido metilmalónico estão associados exclusivamente ao défice de vitamina B12 (e não de folato). Num défice de vitamina B12, mesmo com doseamentos laboratoriais normais baixos, pode haver défice clinicamente significativo, (com aumento do Ácido Metilmalónico) com perda de função da enzima mitocondrial metilmalonil-CoA.

Restantes alíneas:

B – Ácido úrico.
Quadro de anemia megaloblástica por défice de vitamina B12. A clínica não está relacionada com os níveis de uratos.

C – Bilirrubina Total.
Apesar da anemia megaloblástica poder apresentar-se com aumento da bilirrubina total e indireta, não está relacionada com a clínica que a doente apresenta. É consequência da megaloblastose e não causa de anemia nem da clínica neurológica.

D – Homocísteina.
Apesar do aumento de homocisteína estar associado a anemia megaloblástica por défice de vitamina B12, este aumento não está associado à clínica neurológica. Para além disso a hiperhomocisteinémia está associada a outras patologias, nomeadamente défice de ácido fólico, sem que se encontrem alterações neurológicas. Esta explicação prende-se com o facto de apenas o défice de vitamina B12 afetar a função da enzima mitocondrial metilmalonil-CoA. O défice de folato, apesar da hiperhomocisteinémia, não altera o normal processo de mielinização.

E – LDH.
Apesar da anemia megaloblástica poder apresentar-se com aumento da bilirrubina total e indireta, não está relacionada com a clínica que a doente apresenta. É consequência da megaloblastose e não causa de anemia nem da clínica neurológica.

PERGUNTA 61

Uma mulher de 32 anos é referenciada pelo médico assistente para o serviço de urgência por suspeita de gravidez ectópica. Apresenta-se em amenorreia de sete semanas. Os antecedentes obstétricos incluem uma gestação e uma cesariana segmentar transversal há 15 meses. Refere ter estado a amamentar até há dois

meses, pelo que não fazia contraceção. A mulher é emigrante em França, para onde regressará de carro daqui a quatro dias. Não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e não faz medicação. Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 94/min e pressão arterial 106/68 mm Hg. Ela mede 162 cm de altura e pesa 59 kg; IMC 23 kg/m^2. O exame ginecológico revela perda hemática escassa pelo orifício cervical externo e toca-se tumefação dolorosa na região anexial direita. O restante exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade. Na ecografia pélvica transvaginal observa-se endométrio com 8 mm de espessura, sem sinais de gravidez intrauterina e com pequena quantidade de líquido no fundo de saco de Douglas. Deteta-se ainda imagem sugestiva de saco gestacional com 32 mm na trompa direita, sem embrião visível.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	0,8 mg/dL	Eritrócitos	3,6 x 10^9/L
AST	18 U/L	Hemoglobina	11,3 g/dL
ALT	24 U/L	Leucócitos	6 430/mm^3
ß-hCG	4 350 UI/L (N<5 UI/L)	Plaquetas	221 x 10^9/L
Potássio	6,1 mEq/L	Hematócrito	39%
Cloro	111 mEq/L		

Qual dos seguintes

A. Amamentação recente.
B. Dimensão do saco gestacional.
C. Duração da amenorreia.
D. Necessidade de viajar.
E. Valor da hemoglobina.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Necessidade de viajar.

O facto de ser emigrante em França e ir retornar ao país dentro de 4 dias, torna impossível o cumprimento de um protocolo de vigilância como o preconizado para a resolução recorrendo à terapêutica médica. Sendo submetida a um tratamento cirúrgico, idealmente por via laparoscópica (possibilitando também uma alta hospitalar e uma recuperação mais expeditas), poderia realizar a viagem a curto prazo.

Restantes alíneas:

A – Amamentação recente.
A amamentação atual contraindica o tratamento com metotrexato, mas neste caso isso não se aplica porque a mulher já não amamenta há 2 meses.

B – Dimensão do saco gestacional.
Massas anexiais de dimensão superior a 35mm e presença de embrião com batimentos cardíacos são contraindicações relativas para a terapêutica médica com metotrexato (por menor probabilidade de sucesso). Neste caso a massa é inferior, pelo que poderia ser proposta terapêutica médica em detrimento da cirúrgica.

C – Duração da amenorreia.
A duração da amenorreia não é um preditor do sucesso da terapêutica médica e portanto não deve ser considerada na decisão. O melhor preditor isolado do sucesso desta terapêutica é o valor inicial da hCG (<5,00 IU/L associa-se a 92% de sucesso após uma única administração de metotrexato). Os outros fatores são: o diâmetro da massa anexial e a presença ou ausência de atividade cardíaca embrionária.

E – Valor da hemoglobina.
O valor da hemoglobina, em conjunto com os parâmetros vitais (TA, FC e FR) denotam uma estabilidade hemodinâmica, o que favorece a terapêutica médica.

PERGUNTA 62

Um lactente de 6 meses é referenciado à consulta de nefrologia pediátrica por apresentar diagnóstico pré-natal de dilatação pielocalicial esquerda e estudo cistouretrográfico com refluxo vesicoureteral estadio III à esquerda (passivo). A história médica revela episódio de infeção urinária febril aos 2 meses (por Escherischia coli), tratado com cefotaxima, com boa resposta clínica. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Na próxima reavaliação clínica, daqui a 6 meses, qual dos seguintes é o exame de diagnóstico mais adequado?

A. Cintigrafia renal com DMSA.
B. Cistouretrografia miccional retrógrada.
C. Doseamento de microalbuminuria.
D. Doseamento sérico de ureia e creatinina.

E. Ecografia renal.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Ecografia renal.

Os protocolos de investigação após uma primeira infeção urinária febril continuam controversos e alvo de grande discussão. A ecografia renal continua a ser considerada o exame de primeira linha após um primeiro episódio de infeção urinária febril e é exame de imagem consensual nas várias recomendações existentes, devendo ser realizada em todas as crianças com uma infeção urinária febril antes dos 2 anos de forma a identificar alterações estruturais e a orientar a necessidade de exames posteriores.

Restantes alíneas:

A – Cintigrafia renal com DMSA.
A cintigrafia renal com DMSA é o único método que permite fazer o diagnóstico definitivo de pielonefrite aguda na fase aguda da doença; contudo, devido ao seu carácter invasivo e a não estar disponível em todos os centros, não está indicada por rotina. A realização tardia de cintigrafia renal com DMSA (pelo menos 6 meses após a infeção urinária) pode estar indicada na deteção de lesões crónicas (cicatrizes) após um episódio de infeção urinária, contudo o seu uso não é consensual. Habitualmente está indicada quando há alterações ecográficas que sugiram lesão renal, na presença de refluxo vesicoureteral de grau IV ou superior, ou perante infeções urinárias atípicas ou recorrentes. Neste caso, estaria indicada apenas se a ecografia sugerisse a presença de lesão renal.

B – Cistouretrografia miccional retrógrada.
O controlo cistográfico nos doentes com refluxo vesicoureteral tem indicações específicas. Nos casos de refluxo vesicoureteral de grau III ou inferior, só deve ser repetido o estudo cistográfico caso haja cicatrizes renais e apenas a cada 3 anos, pelo que esta opção não está correcta.

C – Doseamento de microalbuminuria.
O doseamento de microalbuminúria está indicado nas situações de lesão glomerular, podendo estar também aumentado em casos de exercício físico intenso ou febre. Habitualmente não faz parte da investigação após uma infeção

urinária febril e nos casos de refluxo vesicoureteral só está indicada nos casos graves, com nefropatia bilateral.

D – Doseamento sérico de ureia e creatinina.
O doseamento de ureia e creatinina é útil na avaliação da função renal, pelo que também só estão indicadas na suspeita de lesão renal ou na monitorização de nefropatias.

PERGUNTA 63

Um homem de 54 anos vem ao consultório médico por dor na deglutição e tosse produtiva com expetoração mucopurulenta de início súbito, com um dia de evolução. A dor acordou-o durante o sono. A história médica revela infeção VIH e hepatite C crónica e a medicação habitual inclui antirretroviral e bupropiom. Os sinais vitais são temperatura 38,3°C, frequência respiratória 15/min, frequência cardíaca 92/min e pressão arterial 122/78 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com ar cansado. A orofaringe está ligeiramente hiperemiada e sem exsudados. A auscultação pulmonar revela crepitações no terço inferior do campo pulmonar posterior à direita.

Qual das seguintes alternativas melhor fundamentaria o uso de antibiótico neste doente?

A. Exame de urina com 1-2 bactérias e 15 células escamosas por campo.
B. Leucocitose com 50 % de linfócitos.
C. Leucocitose com 65 % de neutrófilos segmentados e 5 % de neutrófilos em banda.
D. Raio-X do tórax com infiltrado pulmonar.
E. Teste de *monospot* positivo.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Infeciologia / Pneumologia)

Validação da afirmação correta: Raio-X do tórax com infiltrado pulmonar.

Quadro clínico (febre, tosse produtiva mucopurulenta e crepitações à auscultação) compatível com pneumonia da comunidade em doente com coinfeção VIH/VHC sob terapêutica antirretroviral. Perante esta suspeita o Raio-X do tórax com infiltrado pulmonar permite confirmar o diagnóstico de

pneumonia e fazer o diagnóstico diferencial com outras hipóteses. Para além disso os achados radiológicos podem fornecer pistas sobre a gravidade da infeção (ex: envolvimento multilobular, derrame pleural parapneumónico, cavitações …) ou sugerir um agente etiológico mais provável (ex. pneumoatocelos podem sugerir infeção por S. aureus, cavitações na TB, este último teria evolução mais prolongada).

Restantes alíneas:

A – Exame de urina com 1-2 bactérias e 15 células escamosas por campo.
Apresentação clínica do doente e valores apresentados laboratoriais nesta alínea não compatíveis com infeção urinária. Não fundamentaria o uso de antibiótico.

B – Leucocitose com 50 % de linfócitos.
Infeções bacterianas agudas (ex. PAC) ocorrem geralmente com leucocitose e neutrofilia. Aumento de linfócitos é mais sugestivo de infeções virais agudas ou outros infeções como por ex. TB.

C – Leucocitose com 65 % de neutrófilos segmentados e 5 % de neutrófilos em banda.
Neutrofilia (> 75%!) sugere infeção bacteriana, mas os achados radiológicos são melhores para confirmação do diagnóstico, sugerir agentes prováveis e avaliar gravidade do envolvimento pulmonar.

E – Teste de monospot positivo.
Sugere mononucleose infeciosa (infeção por EBV). Terapêutica é sintomática, sem indicação por rotina para antibioterapia.

PERGUNTA 64

Um homem de 66 anos vem ao consultório médico por disfagia progressiva para sólidos. Fuma 20 cigarros por dia desde há 20 anos e consome seis copos de vinho tinto maduro por dia desde há 40 anos. Ele tem 171 cm de altura e pesa 53 kg; IMC 18 kg/m^2. Ao exame físico apresenta um nódulo de consistência duro-elástica, com 3 cm de maior diâmetro, no lobo direito da tiroide, e discretos edemas compressíveis dos membros inferiores. A auscultação pulmonar revela roncos bilaterais.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	1,1 mg/dL	Hemoglobina	10 g/dL
Glucose	105 mg/dL	VGM	79 fL
AST	40 U/L	Leucócitos	11 000/mm^3
ALT	39 U/L	Plaquetas	180x10^9/L
Fosfatase Alcalina	100 U/L		
Proteína C Reativa	30 mg/L		
Albumina	2 g/dL		
γ-glutamil transferase (GGT)	180 U/L		

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Carcinoma epidermoide do esófago.
B. Carcinoma indiferenciado da tiroide com invasão do esófago.
C. Divertículo de Zenker.
D. Estenose péptica do esófago.
E. Tumor do estroma do esófago.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correta: Carcinoma epidermoide do esófago.

São a favor desta patologia tratar-se de um homem, com hábitos tabágicos e alcoólicos, com uma história de disfagia progressiva. Apresenta-se emagrecido, com hipoalbuminemia – que pode justificar o edema periférico em contexto de ortostatismo. Os roncos bilaterais podem relacionar-se com o consumo tabágico. A presença de um nódulo elástico da tiróide não é a favor desta hipótese dado que a metastização esofágica para a tiróide é rara.

Restantes alíneas:

B – Carcinoma indiferenciado da tiroide com invasão do esófago.
A favor desta hipótese temos um nódulo tiroideu de 3 cm, que pode dar sintomas compressivos como a disfagia. Contudo esta hipótese não se relaciona com os fatores etiológicos apresentados, como o consumo de álcool e tabaco.

C – Divertículo de Zenker.
O divertículo de Zenker é falso divertículo que se desenvolve na hipofaringe, este pode justificar uma disfagia, são também comuns a presença de regurgitação e halitose. Por outro lado, não justifica a presença de sintomas constitucionais e anemia.

D – Estenose péptica do esófago.
A estenose péptica pode justificar a disfagia, contudo o doente não tem história pregressa de doença de refluxo gastro-esofágico e esta opção também não justificaria os sintomas constitucionais.

E – Tumor do estroma do esófago.
O tumor pode justificar mais uma vez a disfagia. Contudo trata-se de uma condição muito mais rara e que não se relaciona com os fatores etiológicos apresentados.

PERGUNTA 65

Um menino de 11 meses é trazido ao serviço de urgência por períodos de choro intenso e irritabilidade alternados com períodos de acalmia, com seis horas de evolução. A mãe refere que o quadro parece estar a agravar. Teve dois episódios de vómitos alimentares antes da admissão e não teve dejeções no dia anterior. Na semana anterior apresentou rinorreia serosa e febre durante 2 dias. A mãe nega traumatismo. Os sinais vitais são temperatura timpânica 37,1ºC, frequência respiratória 22/min, frequência cardíaca 111/min e pressão arterial 96/52 mmHg. Ao exame físico observa-se uma criança irritável, sem outras alterações de relevo.

Qual dos seguintes é o exame mais adequado para estabelecer o diagnóstico mais provável?

A. Ecografia abdominal.
B. Exame sumário da urina.
C. Ionograma e gasimetria.
D. Punção lombar.
E. Raio-X abdominal simples.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Ecografia abdominal.

O quadro clínico descrito requer a exclusão de uma patologia em que estas manifestações ocorrem, que é a invaginação intestinal. Neste tipo de quadro, é típico numa fase inicial a criança alternar períodos de dor intensa (cólica) com períodos de relativa acalmia (em que até pode estar razoavelmente bem). A associação a vómitos e o agravamento da sintomatologia são a este favor, bem como ausência de dejeções desde o dia anterior. É evidente que pode apenas ser o início de um quadro de gastrenterite aguda, com íleus inicial, mas tem de ser descartada a hipótese de uma invaginação intestinal, cujo exame de escolha é a ecografia abdominal.

Restantes alíneas:

B – Exame sumário de urina
A hipótese de se tratar de uma infeção urinária existe, pois vómitos podem ser a única manifestação de uma infeção urinária no primeiro ano de vida, mas não seria o mais provável dada a restante sintomatologia.

C – Ionograma e gasimetria
Não seriam exames de escolha para estabelecer qualquer diagnóstico, tendo apenas registo de 2 vómitos, sem sinais de desidratação que justificassem colheitas ao exame objetivo.

D – Punção lombar
Esta criança não tem qualquer indicação para punção lombar.

E – Rx abdominal simples
A radiografia abdominal simples não permite descartar o diagnóstico mais imperativo de descartar, que é a invaginação intestinal.

PERGUNTA 66

Um homem de 21 anos, estudante de medicina, vem ao consultório médico por queixas de isolamento desde há seis meses. Ele conta que sente medo de ser agressivo com outras pessoas, em particular crianças, pelo que tem evitado sair de casa, especialmente para locais onde as possa encontrar. Descreve imagens mentais de agressividade que causam grande ansiedade. A história médica revela asma brônquica até ter entrado para a faculdade. Consome bebidas alcoólicas em contexto social; não é fumador e nega consumo de substâncias

ilícitas. À observação apresenta humor ansioso, não se apurando a presença de atividade delirante ou alucinatória.
Qual das seguintes alternativas constitui a afirmação mais adequada para transmitir ao doente neste momento?

A. «Compreendo o seu sofrimento. Procure-me quando tiver estes pensamentos.»
B. «Estes pensamentos causam sofrimento porque ocorrem contra a sua vontade.»
C. «Não se preocupe com esses pensamentos. Vão passar com o tempo.»
D. «Quando tiver estes pensamentos tente distrair-se com qualquer coisa agradável.»
E. «Talvez seja melhor evitar o contacto com crianças sem estar acompanhado.»

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: «Estes pensamentos causam sofrimento porque ocorrem contra a sua vontade.»

O quadro apresentado corresponde a uma fobia de impulso, um quadro clínico de perturbação obsessivo-compulsiva, caracterizado por ruminações obsessivas sobre magoar ou fazer mal a alguém que geram muita ansiedade porque ocorrem contra a vontade do indivíduo (por definição egodistónicas). Podem agravar em determinados contextos que muitas vezes são evitados para diminuir a ansiedade agravada nessa situação (semelhança a quadro fóbico). O doente em questão apresenta uma fobia de impulso de teor agressivo dirigida a crianças e tem evitado sair de casa "especialmente para locais onde as possa encontrar"sic enunciado. Um dos processos cognitivos principais na perturbação obsessivo-compulsiva corresponde à fusão pensamento-ação (isto é, ter a crença que pensar em magoar alguém implica ou aumenta a probabilidade de agir sobre esse princípio), o que contribui para a auto-responsabilização do indivíduo sobre os seus atos e assim para a perpetuação do evitamento. Reconhecer a ansiedade como secundária aos pensamentos e reconhecer que os pensamentos surgem contra a vontade do doente e não implicam ação direta, pode levar à diminuição da ansiedade (trata-se de uma estratégia de intervenção de base cognitiva durante a entrevista clínica).

Restantes alíneas:

A - "Compreendo o seu sofrimento. Procure-me quando tiver estes pensamentos."

Comentário: Na perturbação-obsessivo compulsiva, por definição, os sintomas são consumidores de tempo (ocupam, pelo menos, uma hora por dia) e geram disfuncionalidade social, familiar, laboral ou outras. É importante reconhecer o sofrimento do doente, contudo reforçar a procura de ajuda médica sempre que os sintomas ocorrem poderá não ser realista pela frequência em que os mesmos ocorrem, sendo que poderá também fomentar uma dependência não desejada do terapeuta para controlo sintomático. É preferível explicar ao doente que principalmente na fase inicial do tratamento os pensamentos vão continuar a ocorrer, desconstruindo os erros cognitivos e a sobrevalorização de consequências negativas que apresentam tendência a fazer.

C - "Não se preocupe com esses pensamentos. Vão passar com o tempo."

Comentário: Os sintomas correspondem a um quadro clínico de perturbação obsessivo-compulsiva para a qual existe tratamento dirigido. As taxas de remissão espontânea ao fim de um ano rondam os 16%, estando indicada intervenção farmacológica e psicoterapêutica (de base cognitivo-comportamental).

D - "Quando tiver estes pensamentos tente distrair-se com qualquer coisa agradável."

Comentário: Este conselho surge como pouco útil na perturbação obsessivo-compulsiva porque os pensamentos e ruminações obsessivas surgem contra a vontade do doente e têm cariz intrusivo; o doente não consegue evitar e sugerir que diminuir a gravidade do quadro está, pelo menos numa fase inicial, acessível ao controlo consciente do doente poderá aumentar o stress e disfunção associadas. Numa perspetiva neurobiológica, está demonstrado ocorre desregulação em circuitos cortico-estriado-corticais, importantes na regulação afetiva, recompensa, memória de trabalho e em funções executivas, nomeadamente na inibição de respostas inapropriadas.

E - "Talvez seja melhor evitar o contacto com crianças sem estar acompanhado."

Comentário: Como referido, estes doentes apresentam a crença errónea de que os seus pensamentos implicam diretamente a ocorrência de ações (com resultados negativos) e que tal está fora do seu controlo. Muitas vezes sobrestimam a probabilidade da ocorrência destas mesmas ações. Sugerir evitar o contacto com crianças, a este doente, será perpetuar a resposta de evitamento levando ao reforço da ideia de que a não ocorrência do resultado negativo foi conseguida graças à fuga da situação "de perigo".

PERGUNTA 67

Um homem de 50 anos, casado, vem a consulta de medicina geral e familiar pedir para que a sua esposa, de 42 anos, seja submetida a laqueação tubar bilateral. Ela tem antecedentes de síndrome antifosfolipídico e de enfarte agudo de miocárdio há dois meses. Atualmente está medicada com carvedilol, sinvastatina e ácido acetilsalicílico. O casal tem um filho em comum, com 10 anos. O parto foi eutócico, às 36 semanas de gravidez.

Qual das seguintes atitudes é a mais adequada?

A. Convocar a mulher para consulta.
B. Programar colocação de dispositivo intrauterino de cobre.
C. Programar colocação de dispositivo intrauterino com levonorgestrel.
D. Prescrever de imediato progestativo oral.
E. Referenciar para laqueação tubar bilateral.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correta: Convocar a mulher para consulta.

A escolha do método contracetivo, embora possa partir de uma discussão entre o casal, deve ser feita pela mulher, após esclarecimento sobre as opções disponíveis em função das preferências pessoais, comorbilidades e história clínica no geral. Assim, a primeira atitude seria convocar a mulher.

Restantes alíneas:

B - Programar colocação de dispositivo intrauterino de cobre.

Comentário: Esta é uma opção válida a apresentar à mulher, tendo em conta os seus antecedentes de doença coronária e síndrome antifosfolipídico, uma vez que não lhe aumentam o risco cardiovascular e não implicam um procedimento cirúrgico, com o associado risco anestésico.

C - Programar colocação de dispositivo intrauterino com levonorgestrel.

Comentário: Os progestativos devem ser usados com precaução tanto em mulheres com ac. Antifosfolipídico positivos, como em mulheres com doença coronária, pelo risco trombótico. De acordo com a Sociedade portuguesa de

ginecologia (consensos sobre contraceção) este método é classificado como categoria 3 – os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens da utilização do método - o que significa que este método não é recomendado neste grupo, a menos que, outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites.

D - Prescrever de imediato progestativo oral.

Comentário: A prescrição de um método contracetivo deve ser feita após entrevista com a mulher e explicação das opções, riscos e benefícios. Adicionalmente os progestativos devem ser usados com precaução tanto em mulheres com ac. Antifosfolipídico positivos, como em mulheres com doença coronária, pelo risco trombótico. De acordo com a Sociedade portuguesa de ginecologia (consensos sobre contraceção) este método é classificado como categoria 3 – os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens da utilização do método - o que significa que este método não é recomendado neste grupo, a menos que, outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites.

E - Referenciar para laqueação tubária bilateral.

Comentário: A escolha do método contracetivo deve ser feita pela mulher, após esclarecimento sobre as opções disponíveis em função das preferências pessoais, comorbilidades e história clínica no geral. Assim, a primeira atitude seria convocar a mulher e neste caso em particular avisá-la dos riscos cirúrgicos e anestésicos que este método acarreta. Só depois desse esclarecimento e de a mulher estar devidamente informada é que deverá ser feita a referenciação.

PERGUNTA 68

Uma lactente de 4 meses é observada em consulta pela 3.ª vez no último mês por episódios frequentes de vómitos. O ganho de peso tem sido adequado e, segundo a mãe, o trânsito intestinal tem sido regular, com dejeções moles, sem alteração das características habituais. A mãe refere que, desde o início do quadro, foram tentadas várias fórmulas à base de leite de vaca e soja, sem melhoria na sintomatologia.
Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Determinar a concentração sérica de IgE específica para alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina.
B. Determinar a concentração sérica de IgE específica para caseína.
C. Determinar a concentração sérica de IgE total.
D. Iniciar fórmula láctea hipoalergénica.

E. Realizar um teste cutâneo de hipersensibilidade com fórmula à base de leite de vaca.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: D

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Realizar um teste cutâneo de hipersensibilidade com fórmula à base de leite de vaca.

No caso clínico enunciado, a hipótese diagnóstica será a alergia à proteína do leite de vaca, embora com uma manifestação menos habitual (apenas com vómitos, sem compromisso do crescimento). Para o diagnóstico deste tipo de situação inicialmente são sugeridos os testes cutâneos "prick test" utilizando o alimento suspeito, sendo que a sua positividade tem 95% de probabilidade de se traduzir numa resposta clínica. O doseamento de IgE sérica específica pode ser utilizado posteriormente como suporte ao diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Determinar a concentração sérica de IgE específica para alfa-lactoglobulina e beta lactoglobulina.

Comentário: O doseamento das concentrações séricas específicas para alfa-lactoglobulina e beta-lactoglobulina suporta um diagnóstico de alergia IgE mediada às mesmas, mas habitualmente é precedido da realização de testes de hipersensibilidade cutânea.

B - Determinar a concentração sérica de IgE específica para caseína.

Comentário: O doseamento das concentrações séricas específicas para caseína suporta um diagnóstico de alergia IgE mediada às mesmas, mas habitualmente é precedido da realização de testes de hipersensibilidade cutânea.

C - Determinar a concentração sérica de IgE total.

Comentário: O doseamento da concentração sérica de IgE total não tem qualquer utilidade diagnóstica nesta situação.

D - Iniciar fórmula láctea hipoalergénica.

Comentário: A dieta de eliminação do agente suspeito pode ser considerada em situações em que o diagnóstico é inconclusivo, mas é em alternativa, e usando formulas extensamente hidrolisadas, não hipoalergénicas.

PERGUNTA 69

Um menino de 15 meses é trazido ao centro de saúde para consulta de vigilância e administração de vacinação. A mãe diz «Ele parece saudável, mas não se comporta como os outros meninos». Refere que geralmente reage com irritabilidade ou indiferença ao contacto físico e à estimulação afetiva, faz muitas birras e acorda muitas vezes durante a noite. Ainda não verbaliza palavras e a mãe está preocupada com a possibilidade de défice auditivo. O programa nacional de vacinação está atualizado. Ele tem 77 cm de comprimento (percentil 25) e pesa 10 kg (percentil 25). Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 24/min e frequência cardíaca 98/min. Ao exame físico apresenta ligeira hipotonia e olhar vago. O exame audiológico não mostra alterações.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Atrasar a administração da vacina contra o sarampo, papeira e rubéola.
B. Prescrever metilfenidato.
C. Referenciar a consulta de pediatria do desenvolvimento.
D. Referenciar para avaliação intelectual.
E. Tranquilizar a mãe quanto ao desenvolvimento da criança (variante do normal).

Proposta Academia: C

Chave Oficial: C

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Referenciar a consulta de pediatria do desenvolvimento.

Estamos perante um menino que apresenta múltiplos sinais de alarme de neurodesenvolvimento, nomeadamente défices na comunicação e nas relações sociais, alteração do sono, ausência de contacto ocular e hipotonia, sugerindo uma perturbação do espectro do autismo, com indicação para referenciação a consulta de pediatria do desenvolvimento.

Restantes alíneas:

A - Atrasar a administração da vacina contra o sarampo, papeira e rubéola.

Comentário: Não há motivo para atrasar a vacinação numa criança com alterações do neurodesenvolvimento. Mesmo que este passo pudesse ser ponderado numa suspeita de doença neurológica progressiva, em princípio esta criança já teria sido vacinada aos 12 meses com a VASPR e a próxima administração será só aos 5 anos, pelo que não poderia ser considerado como o próximo passo.

B - Prescrever metilfenidato.

Comentário: O metilfenidato é o fármaco mais utilizado nas perturbações de hiperactividade e défice de atenção, que não parece ser o caso desta vinheta clínica. Adicionalmente, o seu uso está aprovado apenas a partir dos 6 anos, podendo ser usado mais cedo em situações pontuais, orientadas por especialista.

D - Referenciar para avaliação intelectual.

Comentário: As avaliações intelectuais são realizadas na idade pré-escolar e escolar, pelo que aos 15 meses não estaria indicada. Deve ser feita uma avaliação do desenvolvimento global em consulta da especialidade.

E - Tranquilizar a mãe quanto ao desenvolvimento da criança (variante do normal).

Comentário: A criança descrita na vinheta parece ter défices na comunicação e relações sociais e alterações no exame físico que não podem ser consideradas uma variante do normal.

PERGUNTA 70

Um jovem de 15 anos é trazido ao serviço de urgência por aumento da intensidade de dor abdominal, nas últimas 12 horas. A dor iniciou-se na área periumbilical e neste momento está localizada no quadrante inferior direito. Ele vomitou duas vezes. A história médica inclui hemofilia. Ele não tem antecedentes cirúrgicos. Os sinais vitais são temperatura 38ºC, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 85/min e pressão arterial 140/60mmHg. O exame físico revela dor no ponto de McBurney, com defesa e sinal de Rovsing presente. Foi agendada cirurgia.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue
Hemoglobina 12,6g/dL
Leucócitos 12 500/mm3
Tempo de protrombina 11 segundos
Tempo de tromboplastina parcial ativada 24 segundos

Qual das seguintes alternativas constitui o tratamento mais relevante a realizar no pré-operatório?

A. Fator VIII.
B. Fator IX.
C. Fator XII.
D. Fator de von Willebrand.
E. Plaquetas.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Fator VIII.

Um doente com o diagnóstico de Hemofilia A tem défice congénito de fator VIII que ocorre como resultado de mutação genética ao nível do gene do fator 8, localizado no braço longo do cromossoma X.

A base do tratamento da hemofilia é a reposição do fator de coagulação em défice, no caso da Hemofilia A a reposição deverá ser feita com fator VIII (na Hemofilia B seria com o fator IX).

Neste caso, deverá ser administrado, profilaticamente, o concentrado de fator VIII para prevenir complicações hemorrágicas graves, tendo em conta que é um doente de alto risco hemorrágico, que será exposto a uma cirurgia major.

Restantes alíneas:

B - Fator IX.

Comentário: A alínea é errada porque o caso é de Hemofilia A e não B. Caso se tratasse de Hemofilia B então a reposição teria de ser com fator IX.

C - Fator XII.

Comentário: Alínea errada porque a Hemofilia A trata-se de um défice de Fator 8, portanto sem necessidade de repor o Fator 12.

D – Fator de von Willebrand.

Comentário: Alínea errada porque num doente com Hemofilia A, o risco hemorrágico decorre do défice específico de F8 e não há evidência cientifica para justificar o uso de fator de von Willebrand.

E - Plaquetas.

Comentário: Alínea errada porque as plaquetas na Hemofilia A estão funcionantes e não iriam prevenir complicações hemorrágicas.

PERGUNTA 71

Uma recém-nascida de 2 semanas de vida vem ao centro de saúde para exame periódico de saúde. A gestação foi vigiada e de termo, sem complicações. O parto foi eutócico, sem intercorrências, e o índice de Apgar foi de 8 e 10 ao 1.º e 5.º minutos, respetivamente. O exame físico na alta da maternidade, mostrava cefalohematoma, sem outras alterações. Às 48 horas de vida, apresentava bilirrubina total de 5,5 mg/dL. Na presente consulta, encontra-se sob aleitamento materno exclusivo, com mamadas a cada 2-3 horas, 10 minutos em cada mama, com pausa noturna de 6 horas, apresentando dejeções diárias e micções em todas as mudas de fralda. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ao exame físico observa-se icterícia marcada da pele e mucosas. As pupilas são isocóricas e isorreativas, com reflexo vermelho presente. A fontanela anterior está normotensa e normopulsátil. A sucção é vigorosa e o abdómen é mole, sem massas palpáveis. A auscultação cardíaca e pulmonar e as extremidades encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

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

A. Doseamento sérico de bilirrubina total e conjugada.
B. Doseamento sérico de transaminases, GGT e LDH.
C. Hemocultura.
D. Hemograma com contagem diferencial e reticulócitos.
E. Prova de Coombs direta e indireta.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Doseamento sérico de bilirrubina total e conjugada.

Perante um recém-nascido de duas semanas com icterícia marcada da pele e mucosas (apesar de icterícia marcada não ser a descrição mais correta, seria mais correto referir o atingimento corporal), e existindo uma história perinatal de cefalohematoma, a causa mais provável para esta icterícia será o aumento de bilirrubina indireta pelo aumento da produção de bilirrubina (absorção do sangue proveniente do mesmo cefalohematoma). Não se pode excluir contudo a icterícia do leite materno (por aumento da circulação enterohepática), nem situações de diminuição da depuração da bilirrubina, tal como a obstrução das vias biliares, em que caracteristicamente a icterícia é mais marcada também a partir da 2-3ª semana de vida, mas à custa da bilirrubina direta. Não podemos excluir esta causa porque as dejecções são descritas como presentes, mas não nos é dada nenhuma informação sobre a coloração (em que estaríamos à espera de acolia). Daí este ser o exame mais adequado neste momento.

Restantes alíneas:

B - Doseamento sérico de transaminases, GGT e LDH.

Comentário: Não tem nesta fase qualquer importância diagnóstica previamente à determinação do tipo de hiperbilirrubinémia presente.

C - Hemocultura.

Comentário: Não estamos perante nenhuma suspeita de sépsis, dado o bom estado geral do recém-nascido.

D - Hemograma com contagem diferencial e reticulócitos.

Comentário: Provavelmente este exame poderia seria pedido em conjunto com o doseamento sérico de bilirrubina, uma vez que pelo cefalohematoma, se importante, poderá causar um decréscimo da hemoglobina, mas não é o exame para já que seja mais adequado ao diagnóstico.

E - Prova de Coombs direta e indireta.

Comentário: Esta prova poderia ter interesse no diagnóstico de anemias hemolíticas do recém-nascido por incompatibilidade entre grupos sanguíneos, mas não temos nenhuma informação sobre o grupo de sangue da mãe/recém-nascido, e estaríamos à espera de uma manifestação mais precoce, apesar de o valor à alta da maternidade ser de hiperbilirrubinémia (> 5 mg/dL).

Contudo, esta prova é habitualmente feita na maternidade perante a possibilidade de grupos sanguíneos incompatíveis entre mãe/recém-nascido.

PERGUNTA 72

Um homem de 75 anos, reformado, vem ao consultório médico por cefaleia, prurido após o banho e agravamento da hipertensão arterial prévia. É ex-fumador de 40 UMA desde há 10 anos. Os sinais vitais são frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 166/98 mm Hg. Ele tem 170 cm de altura e pesa 79 kg; IMC 27 kg/m2 . Ao exame físico apresenta ligeira injeção conjuntival. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Sangue Hemoglobina 19,9 g/dL Hematócrito 53 % Leucócitos 13 500/mm3 Neutrófilos, segmentados 58 % Linfócitos 37 % Plaquetas 385 × 109 /L Foi pedido estudo da mutação JAK2 V617F, cujo resultado é positivo.

Qual das seguintes alternativas melhor suporta o diagnóstico?

A. Aumento de desidrogenase láctica.
B. Contagem de leucócitos > 11 000/mm3 .
C. Diminuição da eritropoietina sérica.
D. Diminuição da fosfatase alcalina leucocitária.
E. Diminuição da vitamina B12 sérica.

Proposta Academia: C

Chave Oficial: C

Área de conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Diminuição da eritropoetina sérica.

Segundo os critérios de diagnóstico de 2016 da Organização Mundial de Saúde, para o diagnóstico de Policitemia Vera (PV), são necessários 3 critérios major ou os 2 primeiros major e 1 minor. Especificamente para este caso que se trata de um homem teríamos de ter então:

- *Critérios Major:*
    1. *Valor de Hb > 16.5 g/dL ou hematócrito > 49% ou aumento da massa eritrocitária (> 25% acima do valor previsto normal médio).*
    2. *Biópsia óssea com alterações compatíveis com PV: medula hipercelular para a idade, com mieloproliferação trilinear (panmielose), com megacariócitos maduros e pleomórficos.*
    3. *Presença de mutação JAK2 V617F ou no exão 12 do JAK2.*

- *Critério minor: Níveis de eritropoietina (EPO) sérica subnormal. Este doente tem Hb 19.9 g/dL e Hmtc 53% + mutação JAK2 V617F positiva (2 critérios major).*

Fica a faltar a biópsia óssea com as alterações supra citadas para diagnóstico final de PV. No entanto dentro das alíneas propostas à resposta correta a única que faz também parte dos critérios de diagnostico da PV é o nível de EPO sérica. Se o nível desta estiver baixo ou subnormal é um critério a favor do seu diagnóstico, sendo um critério minor, que juntamente com os critérios major 1 e 2 fazem o diagnóstico de PV.

Restantes alíneas:

A - Aumento de desidrogenase láctica.

Comentário: A alínea faz parte dos critérios de Mielofibrose Primária, tendo em conta a clinica e avaliação laboratorial o diagnóstico de PV seria o mais correto.

B - Contagem de leucócitos > 11 000/mm3.

Comentário: A alínea faz parte dos critérios de Mielofibrose Primária, tendo em conta a clinica e avaliação laboratorial o diagnóstico de PV seria o mais correto.

D - Diminuição da fosfatase alcalina leucocitária.

Comentário: A alínea não faz parte de nenhum critério diagnostico de neoplasias mieloproliferativas. No entanto quando está baixa, ajuda-nos no diagnóstico de leucemia mieloide crónica.

E - Diminuição da vitamina B12 sérica.

Comentário: A alínea está errada porque em relação aos níveis de vitamina B12, quando baixos levam a anemia megaloblástica e não a poliglobulia.

PERGUNTA 73

Um homem de 50 anos é admitido no hospital por febre, dor abdominal e contagem de leucócitos aumentada. A história médica revela cirrose alcoólica. O exame físico revela ausência de ruídos hidroaéreos intestinais e dor à descompressão abdominal. A paracentese revela > 1000 granulócitos/mm^3 e a coloração de Gram confirma a presença de microrganismos gram-negativos.

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

A. Antibioterapia.
B. Laparoscopia.
C. Laparotomia.
D. Shunt venoso-peritoneal.
E. Vigilância.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Antibioterapia.

O caso clínico apresentado é compatível com o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea. Doente com cirrose hepática de etiologia etílica com dor abdominal, febre, elevação de parâmetros inflamatórios e liquido ascítico com >250 polimorfonucleares/mm3 . Perante este diagnóstico a atitude terapêutica mais adequada é o início de antibioterapia.

Restantes alíneas:

B – Laparoscopia.

Comentário: Não está indicada na peritonite bacteriana espontânea.

C - Laparotomia

Comentário: Não está indicada na peritonite bacteriana espontânea.

D - Shunt venoso-peritoneal.

Comentário: O shunt venoso-peritoneal não constitui opção terapêutica da peritonite bacteriana espontânea, estando inclusivamente contraindicado na presença de infeção ativa não controlada.

E – Vigilância.

Comentário: O diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea exige início de antibioterapia.

PERGUNTA 74

Uma mulher de 28 anos vem ao consultório médico por múltiplas vesículas na vulva. Refere febre, dores musculares e ardor ao urinar nos últimos dois dias. Menciona ainda ter tido a sua primeira relação sexual há quatro semanas. A medicação habitual inclui anticoncecional oral. A temperatura atual é 38,2°C.

Qual das seguintes alternativas é a alteração mais provável de se encontrar no exame físico?

A. Corrimento cervical mucopurulento.
B. Dor no ângulo costovertebral.
C. Lesões papulares vermelhas das mãos.
D. Linfadenopatias inguinais.
E. Úlceras da boca.

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área de conhecimento: Medicina (Infeciologia)

Validação da afirmação correta: Linfadenopatias inguinais.

Perante múltiplas vesículas vulvares, a hipótese diagnóstica que nos vem logo à cabeça é a infeção pelo vírus herpes simplex. Numa primo-infeção (que parece ser o caso, pois é descrita a primeira relação sexual há 4 semanas), sabemos que o quadro é sempre mais exacerbado do que na recorrência pode cursar com linfadenopatias, febre e cefaleia. Perante vesículas na vulva, é natural que a utente tenha queixas de disúria. É a hipótese correta.

Restantes alíneas:

A – Corrimento cervical mucopurulento.

Comentário: O corrimento cervical mucopurulento é característico de cervicites. Neste caso clínico, poderia justificar a disúria e a febre, e poderia ser possível tendo em conta a relação sexual (que não sabemos se foi com utilização de preservativo ou não); no entanto, não justifica as vesículas vulvares, pelo que não é a resposta correta.

B – Dor no ângulo costovertebral.

Comentário: A dor no ângulo costovertebral é característica da pielonefrite. Poderia justificar o quadro de febre e disúria, mas, uma vez mais, não justifica as vesículas vulvares, pelo que não é a resposta correcta. C – Lesões papulares vermelhas das mãos.

C - Lesões papulares vermelhas das mãos.

Comentário: Lesões papulares vermelhas nas mãos poderiam estar associadas a um quadro de sífilis secundária; sabemos, também, que o quadro de sífilis secundária aparece 4-8 semanas após a lesão da sífilis primária (por isso o tempo de evolução descrito – relação sexual há 4 semanas – não parece apontar para esta hipótese, parecendo ser precoce). Adicionalmente, na sífilis podemos ter, também, vesículas que se confundem com herpes genital. No entanto, sabemos, também, que o rash da sífilis secundária é mais tipicamente maculo-papular do que vesicular, pelo que, perante múltiplas vesículas na vulva, a hipótese diagnóstica que se afigura mais provável não é a sífilis.

E – Úlceras da boca.

Comentário: Úlceras na boca podem ter várias causas, nomeadamente auto-imunes como a Doença de Behçet, que também pode ser uma causa de úlceras genitais. No entanto, perante múltiplas vesículas na vulva, a hipótese diagnóstica que se afigura mais provável não é a uma doença que também curse com úlceras orais, pelo que esta resposta não seria a correta.

PERGUNTA 75

Uma menina de 6 anos é trazida ao serviço de urgência por dor abdominal e vómitos incoercíveis com 24 horas de evolução. A mãe refere emagrecimento no último mês (cerca de 2 kg) e noção de polidipsia. A história médica não revela antecedentes patológicos. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 42/min, frequência cardíaca 102/min e pressão arterial 110/68 mm Hg; SpO2 99 % (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se colaborante, mas lentificada, com ar doente, lábios secos e olhos encovados. O abdómen é mole e depressível, não doloroso à palpação superficial ou profunda. O restante exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A glicemia capilar mostra a expressão «HIGH» e a cetonemia capilar é de 6 mmol/L (N < 1 mmol/L). Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Gases (venoso) Glicose 430 mg/dL PCO2 28 mm Hg Sódio 129 mEq/L pH 7,18 Potássio 3,4 mEq/L Bicarbonato 8 mEq/L Cloro 108 mEq/L Anion gap 14

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

A. Bólus de bicarbonato de sódio 8,4 %.
B. Bólus de NaCl 0,9 %.
C. Bólus de NaCl 20 %.
D. Insulina rápida subcutânea.
E. Perfusão de NaCl 0,9 % para necessidades basais e défice.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área de conhecimento: Pediatria / Endocrinologia

Validação da afirmação correta: Perfusão de NaCl 0,9% para necessidades basais e défice.

A doente apresenta um quadro compatível com cetoacidose diabética moderada-grave (dependendo das fontes, variam um pouco os valores de pH e bicarbonato para os quais se classifica como moderada ou grave). Na cetoacidose diabética há sempre desidratação intra e extracelular e a rehidratação é um dos elementos centrais do tratamento; habitualmente inicia-se com perfusão de NaCl 0,9% na dose 10 mL/kg durante 1h. Esta questão pode suscitar algumas dúvidas porque os bólus de NaCl 0,9% em pediatria habitualmente são dados na dose de 10-20 mL/kg a correr em 30-60min, que, no limite, é o mesmo que perfusão de NaCl 0,9% na dose 10 mL/kg durante 1h. Uma vez que a doente da vinheta se encontra hemodinamicamente estável e consciente, ou seja, não está em choque, a resposta mais correta seria perfusão de NaCl 0,9%; apenas se a doente estivesse em choque seria indicado um bólus de NaCl 0,9% e teria de ser administrado de forma mais eficaz, provavelmente na dose de 20 mL/kg a correr o mais rapidamente possível.

Restantes alíneas:

A - Bólus de bicarbonato de sódio 8,4 %.

Comentário: Por rotina deve evitar-se uso de bicarbonato em doentes com cetoacidose diabética pelo risco de agravar a acidose cerebral; tem indicação apenas nos casos de hipercaliemia com risco de vida, que são raros na cetoacidose diabética.

B - Bólus de NaCl 0,9 %.

Comentário: Uma vez que a doente da vinheta clínica se encontra hemodinamicamente estável e consciente, portanto sem choque, o bólus de NaCl 0,9% não seria a primeira opção, considerando que num caso de desidratação grave por cetoacidose diabética implicaria um bólus de NaCl 0,9% a 20mL/kg a correr o mais rapidamente possível. Contudo, e tal como explicado acima, na cetoacidose diabética a hidratação inicial é feita com NaCl 0,9% a 10mL/kg durante 1h e, em algumas fontes, esta dose e velocidade de administração são considerados um bólus (ainda que "lento").

C - Bólus de NaCl 20 %.

Comentário: Esta concentração de NaCl é muito hipertónica e não é adequada no tratamento de cetoacidose diabética.

D - Insulina rápida subcutânea.

Comentário: A insulina rápida subcutânea apenas é utilizada no tratamento inicial dos episódios inaugurais de diabetes mellitus sem cetoacidose, a par da hidratação oral. Neste caso, na presença de cetoacidose diabética, o tratamento com insulina seria obrigatoriamente por via endovenosa e só teria início pelo menos 1h após o início de fluidoterapia.

PERGUNTA 76

Um homem de 63 anos recorre à consulta de medicina geral e familiar por agravamento de disfunção erétil, já previamente tratada. Ele nega sintomas do trato urinário baixo. É sedentário, fumador de 20 UMA e refere hábitos etílicos de 220 g de álcool por semana. A história médica revela hipercolesterolemia, diabetes mellitus e gonartrose bilateral. A medicação habitual inclui tadalafil, metformina e sinvastatina. Ao toque retal apresenta próstata de 50 cm3 , simétrica, sem nódulos e de consistência elástica. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro PSA Total 17 ng/mL [N ≤ 4 ng/dL]
Livre 1,0 ng/mL

A ecografia prostática transretal evidencia próstata homogénea de 55 cm3 , bem delimitada e simétrica.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Efetuar biópsia prostática.
B. Reavaliar PSA total em seis meses.
C. Solicitar ecografia vesical e prostática suprapúbica.
D. Solicitar TC pélvica.
E. Solicitar urofluxometria e medição de resíduo pós-miccional.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Cirurgia (Urologia)

Validação da afirmação correta: Efetuar biópsia prostática.

A vinheta clínica retrata um homem de 63 anos com único fator de risco para neoplasia da próstata a idade (não há referência a história familiar ou a etnia) e que surge na consulta por agravamento da disfunção erétil que pode ser um dos sintomas de neoplasia prostática (LUTS, incontinência, disfunção erétil, hematúria, alteração padrão ejaculatório). E apesar do toque retal não identificar nenhum nódulo suspeito, na avaliação laboratorial deteta-se um PSA total de 17 ng/dL, que segundo a norma da DGS, é um valor (>10 ng/dL) que indica a prescrição de biópsia prostática transretal em duplo sextante. O diagnóstico de neoplasia prostática é anatomopatológico. Relembro que o PSA livre é particularmente importante para valores de PSA total borderline (entre 4 e 10 ng/dL), que não é o caso.

Outras alíneas:

B - Reavaliar PSA total em seis meses.
Comentário: Não está previsto que para estes valores de PSA total (em doente sem quadro que sugira processo inflamatório/infeccioso) se repita o valor do PSA total aos 6 meses, sem qualquer outra medida nesse intervalo de tempo.

C - Solicitar ecografia vesical e prostática suprapúbica.
Comentário: Apesar da neoplasia prostática poder causa algum grau de obstrução da via urinária e consequentemente ureterohidronefrose (que pode ser detetado por este método de imagem), não está recomendado este método imagiológico no decurso do diagnóstico da neoplasia prostática.

D - Solicitar TC pélvica.
Comentário: A TC pélvica fica reservada para estadiamento loco-regional nos doentes com doença de risco intermédio-alto, mas neste momento ainda não existe sequer diagnóstico para se avançar diretamente para o estadiamento, pelo que não é o próximo melhor passo.

E - Solicitar urofluxometria e medição de resíduo pós-miccional.
Comentário: A urofluxometria e medição de resíduo pós-miccional são métodos complementares de diagnóstico usados no decurso do caracterização da hiperplasia benigna prostática, que não é a vinheta que aqui se apresenta.

PERGUNTA 77

Uma mulher de 24 anos teve um parto vaginal complicado por atonia uterina e hemorragia há 12 horas. Neste momento está hemodinamicamente estável, não apresenta hemorragia ativa e está assintomática. O hemograma revela hemoglobina de 7,2 g/dL; o tempo de protrombina é de 14,1 segundos; o tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas são normais.

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

A. Iniciar transfusão de glóbulos vermelhos para elevar a hemoglobina a 10 g/dL.
B. Iniciar transfusão de plasma fresco congelado.
C. Iniciar transfusão de sangue total para elevar a hemoglobina a 8 g/dL.
D. Não fazer transfusão e prescrever ferro por via intramuscular.
E. Não fazer transfusão e prescrever suplemento de ferro por via oral.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área de conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Não fazer transfusão e prescrever suplemento de ferro por via oral.

A decisão para transfundir deve basear-se numa combinação de vários fatores: valor de hemoglobina, patologias associadas e situação clínica do doente. O limiar do valor de hemoglobina para transfusão permanece controverso, mas a evidência atual recomenda que seja utilizado um limiar restritivo (< 7,0 g/dL) para a maioria dos doentes estáveis sem evidência de oxigenação tecidual inadequada. Neste caso temos uma rapariga jovem e saudável que estava hemodinamicamente estável, já sem apresentava hemorragia ativa e assintomática, portanto o limiar transfusional seria o normal para Hb < 7g/dL. Tendo em conta que tem 7.2g/dL, não tem necessidade transfusional. Tendo em conta que a anemia foi por perdas (anemia ferropénica), é necessário suplementar com ferro oral, uma fez que irá haver um grande consumo das

reservas de ferro além das que perdeu com a hemorragia. Tendo em conta que não há ferropenia prévia documentada e com uma queda abrupta da Hb o ferro oral será facilmente absorvido e é a primeira linha terapêutica.

Restantes alíneas:

A - Iniciar transfusão de glóbulos vermelhos para elevar a hemoglobina a 10g/dL.

Comentário: A alínea é errada porque não se deve transfundir unidades de concentrado eritrócitário em doentes hemodinamicamente estáveis, sem hemorragia ativa, sem doença coronária, sem lesão neurocrítica aguda e sem sintomas, se tiverem hemoglobina ≥7,0 g/dL.

B - Iniciar transfusão de plasma fresco congelado.

Comentário: A alínea é errada porque não se deve transfundir plasma fresco congelado em doentes hemodinamicamente estáveis e sem hemorragia ativa.

C - Iniciar transfusão de sangue total para elevar a hemoglobina a 8g/dL.

Comentário: A alínea está errada. Em doentes com doença cardiovascular preexistente recomenda-se um limiar de 8,0 g/dL. Existem ainda outras exceções, nomeadamente doentes com síndrome coronário agudo, com choque séptico e sinais de hipoperfusão refratária, ou com lesão neurocrítica aguda, nos quais devem ser utilizados limiares de hemoglobina mais elevados (a individualizar). Não sendo o caso desta doente.

D - Não fazer transfusão e prescrever ferro por via intramuscular.

Comentário: A alínea é errada porque tendo em conta que não há ferropenia prévia documentada e com uma queda abrupta da Hb o ferro oral será facilmente absorvido e é a primeira linha terapêutica. Caso seja refratária ao ferro oral, então deverá fazer ferro endovenoso e não intramuscular.

PERGUNTA 78

Um homem de 46 anos vem ao consultório médico por disfagia parcial para sólidos de novo e agravamento de pirose, desde há duas semanas. Realizou uma endoscopia digestiva alta há três meses para estudo da pirose, que revelou hérnia do hiato e erosão esofágica. Está medicado com omeprazol 40 mg/dia desde então. Refere melhoria inicial, mas agora nota que não está bem. Refere que não tem feito restrições alimentares, uma vez que estava medicado, e tem

aproveitado para fazer «jantaradas» com os amigos. Nega toma de anti-inflamatórios neste período. Refere ingestão de dois copos de vinho por dia e uma bebida branca de manhã. Ele não tem antecedentes patológicos ou familiares de relevo. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Sangue Hemoglobina 12,9 g/dL HCM 30 pg/célula VGM 105 fL

Para além do aconselhamento sobre os hábitos alimentares, qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Repetir endoscopia digestiva alta.
B. Solicitar ecografia cervical.
C. Solicitar manometria esofágica.
D. Solicitar pHmetria esofágica.
E. Solicitar TC cervical e do tórax.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Repetir endoscopia digestiva alta.

A disfagia é um sinal de alarme. Deve ser feita EDA para excluir impacto alimentar e causa de obstrução mecânica.

Restantes alíneas:

B - Solicitar ecografia cervical.

Comentário: Não tem papel no estudo da disfagia esofágica.

C - Solicitar manometria esofágica.

Comentário: Se suspeita de disfagia de etiologia motora (ex acalásia), está indicado a realização de manometria. Nestes casos a disfagia é habitualmente para sólidos + líquidos. Deve ser sempre feita uma EDA previamente à manometria para excluir causas mecânicas.

D - Solicitar pHmetria esofágica.

Comentário: Indicado no estudo da DRGE refratária. Na presença de disfagia deve ser realizada EDA.

E - Solicitar TC cervical e do tórax.

Comentário: Pode estar indicado no estudo da disfagia. Não é o exame de 1ª linha.

PERGUNTA 79

Um homem de 67 anos é trazido ao serviço de urgência por agravamento do seu padrão habitual de dispneia de médios para pequenos esforços e ortopneia marcada desde há três dias. Refere ainda aumento do edema dos membros inferiores até ao nível do joelho. Desconhece febre, nega tosse ou outros sintomas. A história médica revela insuficiência cardíaca isquémica, enfarte agudo do miocárdio há oito anos e hipertensão arterial. A medicação habitual inclui mononitrato de isossorbida, carvedilol, amlodipina, aspirina, furosemida, lisinopril e pantoprazol. É ex-fumador de 30 UMA desde há oito anos. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 23/min, frequência cardíaca 102/min e pressão arterial 159/98 mm Hg; SpO2 95 % (com cânula nasal a 3 L/min). Ele tem 174 cm de altura e pesa 82 kg; IMC 27 kg/m2 . Ao exame físico apresenta-se polipneico na posição sentada, com desconforto e referindo «falta de ar». Existe turgescência venosa jugular de 8 cm a 45° e apresenta as extremidades frias, com tempo de preenchimento capilar de dois segundos. O pulso radial é de moderada amplitude, rítmico e simétrico. A auscultação cardíaca mostra ritmo galope. A auscultação pulmonar revela crepitações inspiratórias bilaterais, aumento do tempo expiratório e diminuição dos sons respiratórios e da transmissão vocal na base pulmonar direita. O abdómen é globoso, mole e depressível. Apresenta edemas marcados dos membros inferiores, simétrico bilateralmente.

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

A. Amiodarona intravenosa.
B. Digoxina oral.
C. Enoxaparina subcutânea.
D. Furosemida intravenosa.
E. Indapamida oral.

Proposta Academia: D

Chave Oficial: D

Área de conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Furosemida intravenosa.

A vinheta clínica descreve o caso de um doente de 67 anos com fatores de risco cardiovasculares [i.e. hipertensão arterial, ex-fumador] e história prévia de cardiopatia isquémica com insuficiência cardíaca. É detalhado um quadro de insuficiência cardíaca descompensada [i.e. agravamento do padrão habitual de dispneia, ortopneia, turgescência venosa jugular, congestão pulmonar com derrame pleural direito e insuficiência respiratória, bem como congestão periférica] em perfil hemodinâmico B [i.e. quente e húmido] com fator de descompensação indeterminado pela informação prestada. A terapia padrão da insuficiência cardíaca aguda inclui oxigénio suplementar e um diurético de ansa por via intravenosa. Os diuréticos endovenosos, como a furosemida, aliviam congestão de forma rápida e eficaz.

Restantes alíneas:

A – Amiodarona intravenosa.

Comentário: A amiodarona é um anti-arrítmico de classe III. O ritmo de base mais provável deste doente é uma taquicardia sinusal reativa à congestão e insuficiência respiratória, pelo que o tratamento deverá ser focado na correção de fatores precipitantes.

B – Digoxina oral.

Comentário: O controlo da frequência cardíaca do doente pressupõe a correção de fatores precipitantes [i.e. congestão] e não o uso de terapêutica farmacológica.

C – Enoxaparina subcutânea.

Comentário: O doente em questão não tem evidência de nenhum distúrbio de ritmo [i.e. fibrilação auricular, flutter auricular] que motive o início de hipocoagulação.

E – Indapamida oral.

Comentário: A indapamida é um diurético fraco, cujo uso não está preconizado na insuficiência cardíaca aguda.

PERGUNTA 80

Uma mulher com 36 anos, caucasiana, é observada na consulta de revisão puerperal. A gravidez decorreu sem intercorrências. Teve um parto vaginal a termo, não complicado, sem episiotomia, há seis semanas. O recém-nascido

tinha 3100 g de peso ao nascimento e é saudável. Amamentou durante quatro semanas, até há duas semanas. Ainda não reiniciou a atividade sexual. Os antecedentes obstétricos incluem uma gestação e um parto. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Toma habitualmente um suplemento vitamínico. É fumadora de 15 cigarros por dia desde há 10 anos. Nega consumo de álcool ou de drogas ilícitas. Os antecedentes familiares incluem história paterna de diabetes mellitus tipo 1 e a irmã mais velha teve um tromboembolismo pulmonar espontâneo aos 32 anos. Os sinais vitais são frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 122/81 mm Hg. Ela tem 163 cm de altura e pesa 64 kg; IMC 24 kg/m2 . O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes fatores contraindica a escolha de um contracetivo estroprogestativo nesta doente?

A. Hábitos tabágicos.
B. História familiar de diabetes mellitus tipo 1.
C. História familiar de tromboembolismo.
D. Idade.
E. Índice de massa corporal.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correta: Hábitos tabágicos.

Segundo os consensos da Sociedade Portuguesa de Contraceção, a utilização de contraceção com estroprogestativo (CHC) está contraindicada no tabagismo ativo: 'Idade ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros por dia' – categoria 4. A doente do caso clínico apresenta 36 anos e fuma 15 cigarros por dia desde há 10 anos.

Restantes alíneas:

B – História familiar de diabetes mellitus tipo 1.

Comentário: A história familiar de DM não contraindica o uso de CHC. Estaria contraindicado o seu uso se a doente em causa apresentasse diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia grave ou outras complicações vasculares graves da diabetes.

C - História familiar de tromboembolismo.

Comentário: A história familiar de tromboembolismo isoladamente não contraindica o uso de CHC. Estaria contraindicado se a doente em questão apresentasse antecedentes de TEV/EP com e sem terapêutica anticoagulante e alto risco para TEV/EP (1 ou mais fatores de risco) ou no episódio agudo de TEV/EP. No entanto, esta utente parece apresentar um risco acrescido por ter um familiar direto com um episódio aos 32 anos (CHC como categoria 3).

D - Idade.

Comentário: A idade por si só não contraindicada o uso de CHC. Em mulheres saudáveis, todos os métodos são elegíveis.

E – Índice de Massa Corporal.

Comentário: A obesidade por si só não contraindica o uso de CHC. No entanto, no caso clínico não é aplicável porque a doente não é obesa (IMC 24 kg/m2).

PERGUNTA 81

Um homem de 30 anos, solteiro, advogado, recorre ao serviço de urgência por palpitações, dispneia e intensa ansiedade que se iniciou subitamente quando estava a dormir. O quadro resolveu espontaneamente ao fim de 15 minutos. Por achar que estava a ter um «ataque cardíaco», acionou os serviços de emergência médica. No registo clínico, há referência a um episódio semelhante há seis semanas, tendo sido efetuado estudo analítico e eletrocardiograma que se revelaram dentro dos parâmetros de normalidade. O ecocardiograma, nessa data, revelou prolapso da válvula mitral, sem regurgitação. O doente conta que, apesar dos resultados dos exames, não ficou tranquilo, tendo ficado desde essa altura com medo de «ter um ataque de coração». Pratica exercício físico duas vezes por semana. Nega consumo de álcool, tabaco ou outras drogas. Os sinais vitais são frequência respiratória 19/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 145/85 mm Hg. Apresenta-se vígil e colaborante, com humor ansioso e sem atividade delirante nem alucinatória. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico grau 2/6 no ápex. O eletrocardiograma encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado para o tratamento do quadro que traz o doente ao serviço de urgência?

A. Aconselhar aumento da frequência de exercício físico.
B. Explicar a relação com prolapso mitral e recomendar vigilância cardíaca.

C. Explicar que foi um episódio autolimitado que não requer intervenção.
D. Prescrever diazepam em titulação até 5 mg/dia.
E. Prescrever sertralina em titulação até 50 mg/dia.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Prescrever sertralina em titulação até 50mg/dia.

Dado tratar-se de uma Perturbação de pânico, está indicado como 1ª linha iniciar um SSRI ou TCC. Sendo assim, esta opção poderia iniciar-se a sertralina com uma titulação até a dose mínima eficaz de 50mg, com posterior reavaliação em consulta externa.

Restantes alíneas:

A - Aconselhar aumento da frequência de exercício físico.

Comentário: Apesar da promoção de exercício físico dever constar como terapia não farmacológica da Perturbação de Pânico, não o deve ser isoladamente, mas em combinação com psicoeducação e intervenções psicológicas de baixa intensidade.

B - Explicar a relação com prolapso mitral e recomendar vigilância cardíaca.

Comentário: Deve ser explicado ao doente que os sintomas sentidos fazem parte de um ataque de pânico, não estando relacionado com o prolapso da válvula mitral diagnosticado.

C - Explicar que foi um episódio autolimitado que não requer intervenção.

Comentário: Apesar de os ataques de pânico serem autolimitados no tempo, a recorrência é comum pelo que está indicado tratamento.

D - Prescrever diazepam em titulação até 5 mg/dia.

Comentário: Dado o perfil aditivo das benzodiazepinas devem ser reservadas apenas para mitigar os efeitos secundários da titulação de um SSRI (1ª linha)

PERGUNTA 82

Uma mulher de 88 anos é trazida ao consultório médico pela filha por se encontrar sonolenta durante o dia desde há quatro dias. Estes períodos alternam com outros em que está agitada e chorosa, chamando pelo seu marido, falecido há já várias décadas. Adicionalmente, desde há duas semanas apresenta insónia inicial, choro fácil e queixas de «estar só», telefonando frequentemente à filha e pedindo que lhe venha fazer companhia. Na última semana, a filha tomou a iniciativa de administrar amitriptilina, utilizada por uma colega de trabalho, para a mãe «dormir melhor e não telefonar durante a noite». Quando entrevista a doente esta diz que o ano é «1920» e pensa estar em sua casa. Não se apuram outros sintomas de novo. Ela vive só e a história médica revela defeito cognitivo ligeiro por doença de Alzheimer. Não apresenta outros antecedentes patológicos de relevo.

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

A. Agravamento de doença de Alzheimer induzida pela amitriptilina.
B. Antagonismo da neurotransmissão colinérgica pela amitriptilina.
C. Potenciação da neurotransmissão gabaérgica pela amitriptilina.
D. Sintomas cognitivos de estado depressivo, sem resposta à amitriptilina.
E. Toxicidade cardíaca mediada por bloqueio adrenérgico alfa-2.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Antagonismo da neurotransmissão colinérgica pela amitriptilina.

O caso refere-se a uma doente com o diagnóstico de Doença de Alzheimer a quem a filha administrou autonomamente amitriptilina por queixas de insónia e choro fácil com duas semanas de evolução. Desde então notou que mãe ficou com sonolência diurna alternando com períodos de maior agitação e agravamento do defeito cognitivo evidenciado pelo agravamento do défice mnésico. A amitriptilina é um antidepressivo

tricíclico, classe em que os efeitos anticolinérgicos são frequentes (por exemplo xerostomia, retenção urinária, obstipação e disfunção cognitiva), particularmente em idosos, grupo etário particularmente sensível à ocorrência destes sintomas bem como dos efeitos sedativos (que ocorrem por bloqueio alfa-1 adrenérgico). Em doentes com demência, em que já parece existir uma

depleção de acetilcolina nos circuitos cerebrais, o agravamento cognitivo é particularmente evidente.

Restantes alíneas:

A - Agravamento da doença de Alzheimer induzida pela amitriptilina.

Comentário: Na verdade, a amitriptilina provoca disfunção cognitiva pela sua ação muscarínica/anticolinérgica, reversível após interrupção do fármaco. O agravamento visível no quadro clínico corresponde a uma flutuação em correlação temporal com a introdução do fármaco, sendo que esta flutuação não corresponde a progressão da doença de Alzheimer, cujo curso clínico é inexorável.

C - Potenciação da neurotransmissão gabaérgica pela amitriptilina.

Comentário: A amitriptilina não tem ação na neurotransmissão gabaérgica.

D - Sintomas depressivos de estado depressivo, sem resposta à amitriptilina.

Comentário: Os sintomas descritos não parecem ser secundários a um estado depressivo e são mais facilmente enquadráveis como alterações comportamentais secundárias à patologia de base da doente (doença de Alzheimer).

E - Toxicidade cardíaca mediada por bloqueio adrenérgico alfa-2.

Comentário: Os efeitos cardiovasculares da amitriptilina são secundários às propriedades estabilizadoras de membrana do fármaco, contribuindo para atraso na condução cardíaca (e podendo resultar em prolongamento dos intervalos PR e QT). Para além disso, os antidepressivos tricíclicos bloqueiam os recetores alfa-1 adrenérgicos (responsáveis por tonturas, hipotensão postural e disfunção sexual) e não os recetores alfa-2.

PERGUNTA 83

Uma mulher de 45 anos vem ao consultório médico por dor cervical persistente desde há oito meses, após acidente de viação. Pede prescrição para medicação analgésica. Refere que, desde o acidente, toma diazepam diariamente, com frequência múltiplos comprimidos por dia. Não consegue deixar de pensar no mesmo, tem pesadelos recorrentes sobre o sucedido e evita sair de casa «porque tudo me faz lembrar aquele dia e já não aguento mais». Pela necessidade de se apresentar em tribunal, optou por interromper o diazepam no

dia anterior, «para conseguir pensar mais claramente». Desde que interrompeu a medicação sente-se mais ansiosa e com mais dores. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e não toma mais nenhuma medicação. Na última consulta de rotina, há um ano, estava assintomática. À observação está agitada e chorosa. Quando questionada acerca do acidente, a doente mostra-se ainda mais agitada e pede para não ter de falar sobre esse assunto.

Qual dos seguintes mecanismos mais provavelmente desempenha um papel primário no desenvolvimento deste quadro?

A. Atrofia global do córtex temporal.
B. Aumento do volume do hipocampo.
C. Diminuição da atividade do córtex pré-frontal.
D. Hiperatividade mesolímbica.
E. Inibição da atividade da amígdala.

Proposta Academia: C

Chave Oficial: C

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Diminuição da atividade do córtex pré-frontal.

O caso clínico descrito parece tratar-se de uma perturbação de stress pós-traumático (PSPT), estando presentes os quatro fatores-chave desta patologia: a exposição a um evento traumático (acidente de viação), re-experienciação do evento (na forma de pensamento intrusivos, ruminações e pesadelos sobre o mesmo), hiperativação (ansiedade com necessidade de toma de ansiolíticos, agitação, choro fácil e dores musculares na região cervical) e alteração comportamental com evitamento para reduzir a possibilidade de lembrança do evento. De destacar que tem utilizado benzodiazepinas de forma irregular e abusiva com o intuito de reduzir o desconforto emocional e a ansiedade secundárias. Sobre a neurobiologia da PSPT, sabe-se que ocorre uma diminuição do volume do hipocampo (provavelmente um fator de vulnerabilidade), uma hiperativação da amígdala (em resposta a estímulos traumáticos) e hipoativação do córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal. O córtex pré-frontal ventromedial é responsável pela regulação da amígdala, pelo que a hipoativação desta via leva à hiperatividade da amígdala, central na explicação dos sintomas.

Restantes alíneas:

A - Atrofia global do córtex temporal.

Comentário: Na PSPT ocorre diminuição do volume do hipocampo e não atrofia global do córtex temporal.

B - Aumento do volume do hipocampo.

Comentário: Na PSPT ocorre diminuição do volume do hipocampo, como descrito.

D - Hiperatividade mesolímbica.

Comentário: A hiperatividade mesolímbica que se verifica na PSPT é secundária à diminuição da regulação exercida pelo córtex pré-frontal nas vais mesolímbicas, nomeadamente a amígdala.

E - Inibição da atividade da amígdala.

Comentário: É a hiperatividade da amígdala que explica a ocorrência dos sintomas nesta patologia.

PERGUNTA 84

Um rapaz de 7 anos é trazido ao consultório médico pela mãe por hematúria na 1.ª micção da manhã, há quatro horas. Ele não teve febre ou outros sintomas. A mãe refere infeções respiratórias superiores frequentes, a mais recente há cerca de duas semanas, com resolução espontânea em alguns dias. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. O programa nacional de vacinação está atualizado. Está a evoluir no percentil 50 de peso, altura e IMC. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 124/84 mm Hg. Ao exame físico apresenta edema periorbitário bilateral, sem outras alterações. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Soro Urina C3 48 mg/dL (N = 88-155) Densidade 1 015 (N = 1 003-1 029) C4 20 mg/dL (N = 12-32) pH 7,0 TASO 600 unidades Todd (N < 200) Proteínas 3+ Glucose Negativo Cetonas Negativo Sangue 4+ Nitritos Negativo Eritrócitos Numerosos (impossível contabilizar) Leucócitos 0-2/cga Cilindros Positivo

Qual das seguintes alternativas é a consequência a longo prazo mais provável neste contexto clínico?

A. Doença renal crónica.
B. Edema intermitente.

C. Hipertensão arterial.
D. Odinofagia recorrente.
E. Ausência de sequelas.

Proposta Academia: E

Chave Oficial: E

Área de conhecimento: Pediatria / Nefrologia

Validação da afirmação correta: Ausência de sequelas.

Menino de 7 anos que, apesar de não ter avaliação da função renal, tem edema periorbitário e sedimento ativo sugestivos de síndrome nefrítica. O consumo de C3, elevação do TASO e os antecedentes de infeção respiratória recente sugerem glomerulonefrite pós-infeciosa. Esta entidade decorre de uma reação de hipersensibilidade tipo III, com uma reação inflamatória aguda e ativação de complemento no glomérulo e estabelece-se após infeção por estirpes nefritogénicas de Streptococcus. É uma reação, em geral, auto-limitada e de bom prognóstico.

Restantes alíneas:

A - Doença renal crónica.

Comentário: A evolução para a cronicidade é muito rara.

B – Edema intermitente.

Comentário: O edema intermitente é caraterístico das síndromes nefróticas da criança.

C – Hipertensão arterial.

Comentário: A hipertensão arterial em geral resolve após a resolução da síndrome nefrítica.

D – Odinofagia recorrente.

Comentário: A odinofagia recorrente não é consequência da síndrome nefrítica. A hematúria macroscópica sinfaríngea recorrente pode ocorrer na nefropatia de IgA, daí provavelmente a menção a esta opção.

PERGUNTA 85

Uma mulher de 33 anos vem ao consultório médico por cervicalgia, acompanhada ocasionalmente por diminuição da sensibilidade e parestesias no braço esquerdo. A doente esteve envolvida num pequeno acidente de viação num parque de estacionamento duas semanas antes. Foi pedida uma RM cervical e, no dia desse exame, o médico é contactado pelo técnico de radiologia, que indica que a doente «enlouqueceu» dentro do equipamento de RM e recusa completar o estudo. A doente exige falar com o médico e refere: «Não aguento estar fechada. Entrei em pânico e não consigo fazer isto! Tem de me dar alguma coisa para eu conseguir relaxar.» Quando o médico sugere reagendar o exame, a doente começa a chorar e explica que o marido faltou ao trabalho para ficar a tomar conta dos filhos, que a irmã veio de longe para a trazer ao exame e que seria impossível regressar noutro dia.

Qual dos seguintes é o plano mais adequado neste momento?

A. Administrar alprazolam oral.
B. Administrar morfina intramuscular.
C. Administrar propofol endovenoso.
D. Cancelar a RM e pedir uma TC.
E. Informar a doente que a sedação em ambulatório não é segura.

Proposta Academia: A

Chave Oficial: A

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Administrar alprazolam oral.

A vinheta descreve um caso clínico de uma mulher com cervicalgia que carece de esclarecimento imagiológico por RM. A doente teve manifestas dificuldades em colaborar na realização deste exame, tendo ficado extremamente ansiosa. Os colegas mais novos que já tenham necessitado, por qualquer motivo, de realizar uma RM terão reparado no potencial "claustrofóbico" inerente a este exame, podendo assim empatizar melhor com o sofrimento desta doente. Face à incapacidade da doente em realizar o exame, o clínico sugere o reagendamento do mesmo, algo que a doente vê com maus olhos, prontificando-se logo a repetir o exame se fizer "alguma coisa para conseguir relaxar". A pergunta do examinador é sobre a melhor atitude nesta situação em concreto.

As benzodiazepinas (BZD) de curta ou intermédia ação (como o alprazolam) são eficazes tanto no tratamento sintomático agudo das perturbações de ansiedade, bem como no tratamento pontual de sintomas ansiosos agudos (que nem

sempre se inserem em perturbações de ansiedade), incapacitantes e geradores de angústia para o doente. Nos mais variados contextos médicos e cirúrgicos, incluindo na realização de exames complementares de diagnóstico, as benzodiazepinas são utilizadas com o objetivo de se obter uma rápida tranquilização (por vezes também se procura uma sedação, para além do efeito ansiolítico). A este respeito, o Shorter (bibliografia do exame) refere na página 118: "Anxiolytics such as benzodiazepines are most useful when given for a short time, either to tide the patient over a crisis or to help them to tackle a specific problem.".

Restantes alíneas:

B - Administrar morfina intramuscular.

Comentário: A administração de morfina intramuscular, que é um fármaco opiáceo com alto poder analgésico, não está indicada no tratamento de situações agudas de ansiedade, como a descrita.

C - Administrar propofol endovenoso.

Comentário: O propofol é um fármaco utilizado frequentemente em anestesiologia, sendo que a administração de propofol endovenoso pode ser uma opção de sedação, facilitando a realização de MCDTs ou de outros procedimentos. No caso clínico em apreço, a utilização do propofol parece ser uma opção terapêutica bastante desproporcional à gravidade da situação. Não faria sentido recorrer ao propofol, sem antes tentar métodos menos invasivos e com menos potenciais efeitos secundários como as BZD.

D - Cancelar a RM e pedir uma TC.

Comentário: O caso clínico apresentado é compatível com Hepatite Aguda de origem provavelmente tóxica medicamentosa após toma de Amoxiclina e Ácido Clavulânico. O tratamento da lesão hepática induzida por fármacos é de suporte e suspensão do fármaco em questão. O doente não deverá voltar a utilizar este fármaco, uma vez que a não suspensão ou reintrodução do fármaco está associada a mau prognóstico e agravamento da lesão hepática, pelo que esta alínea não se adequa.

E - Informar a doente que a sedação em ambulatório não é segura.

Comentário: A sedação em ambulatório (nomeadamente com BZD administradas na formulação oral) é um procedimento extremamente seguro. Aliás, as BZD serão provavelmente dos fármacos mais seguros em medicina (quando administradas corretamente).

PERGUNTA 86

Um homem de 43 anos vem ao consultório médico por dor torácica retrosternal, com irradiação ao pescoço e dorso, recorrente ao longo do último ano e meio. A dor é acompanhada por disfagia para sólidos e líquidos e regurgitação pós-prandial. Menciona ainda perda ponderal (total de 10 kg) e dois episódios de infeção respiratória, tratadas com antibióticos, em ambulatório, no mesmo período de tempo. Não tem anorexia. Por este motivo, realizou previamente exame radiológico com ingestão de papa baritada, tendo sido diagnosticado com dilatação esofágica pelo médico radiologista. Os sinais vitais são frequência cardíaca 72/min e pressão arterial 120/77 mm Hg. Ele tem 175 cm de altura e pesa 71 kg; IMC 23,2 kg/m2.
O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável para a condição do doente?

A. Alastramento de gastrite crónica ao esfíncter esofágico inferior.
B. Aumento do peristaltismo esofágico.
C. Ausência de efeito inibitório no esfíncter esofágico inferior.
D. Esofagite péptica.
E. Espasmo difuso da parede esofágica.

Proposta Academia: C

Chave Oficial: C

Área de conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Ausência de efeito inibitório no esfíncter esofágico inferior.

O caso descreve um exemplo típico de acalásia, pelo que a resposta correta será a hipótese C: ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior

Restantes alíneas:

A - Alastramento de gastrite crónica ao esfíncter esofágico inferior.

Comentário: O alastramento da gastrite crónica ao esófago inferior poderia cursar com esófago de Barrett que não se associam à sintomatologia descrita.

B - Aumento do peristaltismo esofágico.

Comentário: O aumento do peristaltismo esofágico iría cursar com esvaziamento rápido esofágico e não com disfagia.

D - Esofagite péptica.

Comentário: A esofagite péptica cursa com refluxo mas não com disfagia nem dilatação esofágica em exame radiológica.

E - Espasmo difuso da parede esofágica.

Comentário: O espasmo esofágico poderia cursar com dor e disfagia transitória mas não se associa a refluxo nem a dilatação esofágica em exame radiológico.

PERGUNTA 87

Uma mulher de 78 anos é admitida no hospital por febre e confusão notada há três horas pelo vizinho da doente. O vizinho, que acompanhou a doente ao hospital, refere que a doente parecia bem até há três ou quatro dias, última vez em que falaram. A doente vive só e é independente em todas as atividades de vida diária. A história médica revela polimialgia reumática e diabetes mellitus tipo 2. A medicação habitual inclui metformina e prednisolona. Os sinais vitais são temperatura 39,2°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 108/min e pressão arterial 96/65 mm Hg; SpO2 89 % (ar ambiente). Ao exame físico a doente parece confusa, não presta atenção às perguntas e adormece facilmente. O exame torácico evidencia macicez à percussão, crepitações na base esquerda do pulmão e S4 à auscultação cardíaca. O exame abdominal não mostra alterações.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina 0,9 mg/dL
Azoto ureico 13 mg/dL
Glucose 99 mg/dL
Sódio 123 mEq/L
Potássio 5,3 mEq/L
Cloro 95 mEq/L
Bicarbonato 20 mEq/L Plaquetas 275 × 109/L
Hemoglobina A1c 6,8 %

Sangue

Hemoglobina 13,4 g/dL
Hematócrito 39 %

Leucócitos 14 000/mm3
Neutrófilos, segmentados 82 %
Basófilos 1 %
Linfócitos 19 %

O raio-X do tórax mostra consolidação da base esquerda, consistente com pneumonia. O eletrocardiograma revela taquicardia sinusal.
Após iniciar terapêutica para pneumonia adquirida na comunidade, qual das seguintes é a terapêutica adicional mais apropriada?

A. Broncodilatador.
B. Dose elevada de hidrocortisona.
C. Enema de resinas permutadoras de potássio.
D. Solução salina hipertónica.
E. Rifampicina.

Proposta Academia: B

Chave Oficial: B

Área de conhecimento: Medicina (Nefrologia)

Validação da afirmação correta: Dose elevada de hidrocortisona.

O caso clínico descreve uma mulher de 78 anos, autónoma, a viver sozinha e medicada com metformina e um corticosteróide para a diabetes mellitus e a polimialgia reumática. Segundo o vizinho, teria estado bem até quatro dias antes e foi trazida por confusão associada a febre, hipotensão e hipoxemia. Com base na radiografia torácica, provavelmente iniciou antibioterapia empírica para uma pneumonia adquirida na comunidade, com alguns critérios de gravidade (nomeadamente a hipotensão). Esta hipotensão traduz instabilidade hemodinâmica e poderia contribuir para a confusão, criando a necessidade de uma atuação precoce. Como surgia associada a hiponatremia e hipercaliemia, levantava a suspeita de uma insuficiência da suprarrenal. Não se conhece a duração ou a dose da corticoterapia habitual da doente e provavelmente já não estaria a tomar a medicação há alguns dias, dado o seu estado confusional. Assim, a administração de hidrocortisona compensaria o défice hormonal, a tensão arterial e as alterações iónicas.

Restantes alíneas:

A - Broncodilatador.

Comentário: Apesar de a doente necessitar de oxigénio suplementar, não aparenta ter broncospasmo (pieira, sibilância) e a utilização de um broncodilatador não seria a mais urgente.

C - Enema de resinas permutadoras de potássio.

Comentário: Neste caso, hipercaliemia não seria corrigida com resinas permutadoras de catiões, mas sim com a hidrocortisona por se tratar de uma insuficiência da suprarrenal. Esta, por sua vez, compensaria também a hipotensão que é a alteração mais urgente a corrigir.

D - Solução salina hipertónica.

Comentário: Neste caso, a hiponatremia não seria corrigida com solução salina hipertónica, mas sim com a hidrocortisona por se tratar de uma insuficiência da suprarrenal. Esta, por sua vez, compensaria também a hipotensão que é a alteração mais urgente a corrigir..

E - Rifampicina.

Comentário: A utilização da rifampicina como antibioterapia é mais comum nas infeções por micobactérias (nomeadamente tuberculose). No entanto, também há alguma evidência de poder ser utilizada em pneumonias nosocomiais para cobertura de agentes atípicos. Neste caso, não há suspeita de tuberculose e parece tratar-se de uma pneumonia adquirida na comunidade pelo que não seria a primeira linha de tratamento.

PERGUNTA 88

Uma mulher de 75 anos recorre ao serviço de urgência por mal-estar precordial desde ontem, com ansiedade marcada. Refere ainda dispneia de esforço mais acentuada nas últimas sete semanas, com agravamento súbito desde ontem e com queixas atuais em repouso. A história médica revela doença pulmonar obstrutiva crónica e síndrome de apneia obstrutiva do sono [a fazer CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas)]. Não tem antecedentes de hipertensão arterial ou doença coronária. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 29/min, frequência cardíaca 116/min e pressão arterial 110/70 mm Hg. A auscultação cardíaca revela taquicardia, sem sopros.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Gases (ar ambiente)

PO_2	55 mm Hg
PCO_2	32 mm Hg

O raio-X do tórax não apresenta alterações de novo no parênquima pulmonar.
Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para o quadro clínico descrito?

A. Agudização da doença pulmonar obstrutiva crónica.
B. Ataque de pânico.
C. Insuficiência cardíaca.
D. Pneumotórax.
E. Tromboembolismo pulmonar.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correcta: Tromboembolismo pulmonar.
A vinheta apresentada ilustra um quadro de dispneia subitamente agravada nas últimas 24 horas com mal-estar precordial, ambos sintomas típicos no TEP. O exame objetivo corrobora o diagnóstico pela objetivação de taquicardia e taquipneia. A gasimetria arterial revela hipoxemia e hipocapnia, alterações comuns nestes doentes. A radiografia normal é um achado frequente em casos de tromboembolismo pulmonar, sendo este exame mais usado para exclusão de outros diagnósticos com manifestações semelhantes. Cecil's 9ª edição, página 242.

Restantes alíneas:

A - Agudização da doença pulmonar obstrutiva crónica.
Comentário: a agudização de DPOC é definida pelo agravamento de sintomas habituais da doença de base, nomeadamente dispneia ou alterações no padrão de tosse e/ou expectoração. Apesar da taquipneia objetivada e sintomas referidos, seria mais expectável a evolução para insuficiência respiratória do tipo 2, bem como alterações radiográficas sugestivas de trigger da exacerbação (pneumonia, traqueobronquite, insuficiência cardíaca). Cecil's 9ª edição, pg 211.

B - Ataque de pânico.
Comentário: o ataque de pânico é caracterizado por um quadro autolimitado e breve (pico habitualmente em 10 minutos) de ansiedade desproporcionada, sendo tipicamente acompanhado de pelo menos 4 em 13 sintomas específicos (DSM-V). Nesta vinheta, a doente apenas cumpre 2 critérios formais (desconforto torácico e taquicardia) e o quadro apresenta 24 horas de evolução.

C - Insuficiência cardíaca.
Comentário: as queixas de dispneia de esforço com agravamento recente podem sugerir insuficiência cardíaca, apesar da ausência de patologia cardíaca de base. Ao exame objetivo, não são documentadas alterações à auscultação pulmonar

ou edema periférico. A radiografia do tórax não apresenta sinais de estase. Além disso, a hipocapnia não é um achado gasimétrico típico nestes doentes. Cecil's 9ª edição, pp. 59-60

D - Pneumotórax.
Comentário: um quadro de dispneia súbita e taquicardia em doente com DPOC pode sugerir um pneumotórax secundário. No entanto, não existe tradução radiográfica do mesmo, nem alterações à auscultação pulmonar. Cecil's 9ª edição, página 250.

PERGUNTA 89

Mulher de 43 anos, casada, vem ao consultório médico por prurido vulvar intenso, disúria, dispareunia e corrimento vaginal com cheiro desagradável desde há três semanas. Refere três episódios semelhantes no último ano, que resolveram com antibiótico. Os antecedentes obstétricos incluem uma gestação e um parto vaginal há 13 anos, a termo sem complicações. Faz contraceção com dispositivo intra-uterino de cobre introduzido há um ano. A história médica releva hipertensão arterial controlada com enalapril. Não tem antecedentes familiares de relevo. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ela tem 169 cm de altura e pesa 89 kg: IMA: 31 Kg /m^2. Ao exame físico a vulva apresenta-se com edema e eritema. O exame com espéculo revela corrimento vaginal amarelo-esverdeado e arejado. O colo uterino tem aspecto em "framboesa". Para além do tratamento do quadro agudo da mulher, qual das seguintes atitudes é a mais adequada para a prevenção de um novo episódio da mulher?

A. Prescrever azitromicina ao casal.
B. Prescrever clindamicina ao parceiro sexual.
C. Prescrever cotrimoxazol à doente após o coito.
D. Prescrever fluconazol ao parceiro sexual.
E. Prescrever metronidazol ao parceiro sexual.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correta: Prescrever metronidazol ao parceiro sexual.

Estamos perante um quadro clínico de Tricomoníase vaginal, uma doença sexualmente transmissível (DST), caracterizada clinicamente pela presença de leucorreia amarela-esverdeada, arejada e com mau cheiro e por queixas de dispareunia, disúria, prurido ou ardor vulvar. Em aproximadamente 15% é ainda possível identificar ao exame objetivo uma colpite macular ou colo em "framboesa" (sinónimos).

Devido às altas taxas de infeção da uretra e glândulas para-uretrais, a administração por via sistémica é preferencial.

Sendo uma DST é obrigatório o tratamento do parceiro, mesmo que este se encontre assintomático. A opção terapêutica são os derivados dos imidazois, tais como metronidazol, Itraconazol ou secnidazol.

A doente deve ser instruída para evitar relações sexuais até que ela e o companheiro estejam curados, ou seja, até estar terminada a terapêutica prescrita e ficarem assintomáticos. O tratamento da doente e do companheiro resulta no alívio dos sintomas, na cura microbiológica e na redução da transmissão.

Restantes alíneas:

A - Prescrever azitromicina ao casal.

Comentário: Estamos perante um quadro clínico de Tricomoníase vaginal, pelo que a terapêutica a ser instituída é com metronidazol ou outro derivado dos imidazois (itraconazol ou secnidazol).

B - Prescrever clindamicina ao parceiro sexual.

Comentário: Estamos perante um quadro clínico de Tricomoníase vaginal, pelo que a terapêutica a ser instituída é com metronidazol ou outro derivado dos imidazois (itraconazol ou secnidazol).

C - Prescrever cotrimoxazol à doente após o coito.

Comentário: Estamos perante um quadro clínico de Tricomoníase vaginal e não de cistites desencadeadas pelo coito.

D - Prescrever fluconazol ao parceiro sexual.

Comentário: Estamos perante um quadro clínico de Tricomoníase vaginal e não de candidíase vaginal. Mesmo perante um quadro de candidíase vaginal, o parceiro deverá ser medicado apenas se sintomático (balanite) ou se a mulher padecer de candidíase complicada.

PERGUNTA 90

Um lactente de 8 semanas de vida é trazido ao serviço de urgência pela mãe por vómitos após todas as mamadas e urina de cheiro mais intenso nos últimos dois dias. A gestação foi vigiada e de termo, o parto decorreu sem complicações e o período neonatal sem intercorrências. Esteve sob aleitamento materno, exclusivo até às 6 semanas de vida, altura em que iniciou fórmula antirrefluxo por episódios de regurgitação frequentes. Os sinais vitais são temperatura timpânica 36,9°C, frequência respiratória 21/min, frequência cardíaca 115/min e pressão arterial 95/53 mm Hg. Ao exame físico apresenta discreta palidez cutânea, lábios secos, sucção vigorosa na chupeta e fontanela ligeiramente deprimida. O abdómen é mole e depressível, aparentemente confortável à palpação. O peso e comprimento estão no percentil 50, para a idade. Verifica-se perda ponderal de 50 g relativamente ao peso da semana anterior. O restante exame físico incluindo auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Gases

pH	7,49
Bicarbonato	29 mEq/L
Sódio	135 mEq/L
Potássio	3,1 mEq/L
Cloro	91 mEq/L

Qual das seguintes alternativas é a mais adequada para confirmar o diagnóstico mais provável?

A. Ecografia abdominal.
B. Endoscopia digestiva alta.
C. Exame sumário de urina.
D. pHmetria esofágica.
E. Raio-X abdominal simples.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Ecografia abdominal.

O quadro clínico descrito é muito sugestivo de possível estenose hipertrófica do piloro (EHP), situação de apresentação mais frequente entre as 3 e 5 semanas de vida, embora seja possível até às 12 semanas de vida. Nesta situação temos história de "regurgitações" desde as 6 semanas, altura em que introduzem um leite AR, e posteriormente já vómitos após todas as mamadas. Temos sinais clínicos de algum grau de desidratação (lábios secos, fontanela deprimida, urina concentrada), e temos perda ponderal. A gasimetria mostra-nos uma alcalose hipoclorémica, típica de uma situação mais prolongada de EHP. Perante esta suspeita, o exame de eleição é a ecografia abdominal, que permite confirmar o diagnóstico.

Restantes alíneas:

B - Endoscopia digestiva alta.
Comentário: Este lactente não tem qualquer indicação para este exame, na suspeita de EHP.

C - Exame sumário de urina.
Comentário: Embora a infeção urinária possa ser causa de vómitos e má progressão ponderal nos primeiros meses de vida, caracteristicamente os vómitos não são após todas as mamadas, e não progressivos. Todavia, apenas a urocultura e não a sumária de urina fazem o diagnóstico.

D - pHmetria esofágica.
Comentário: Este lactente não tem qualquer indicação para este exame, na suspeita de EHP.

E - Referenciar o doente para consulta de Psiquiatria geral.
Comentário: Este lactente não tem qualquer indicação para este exame, na suspeita de EHP.

PERGUNTA 91

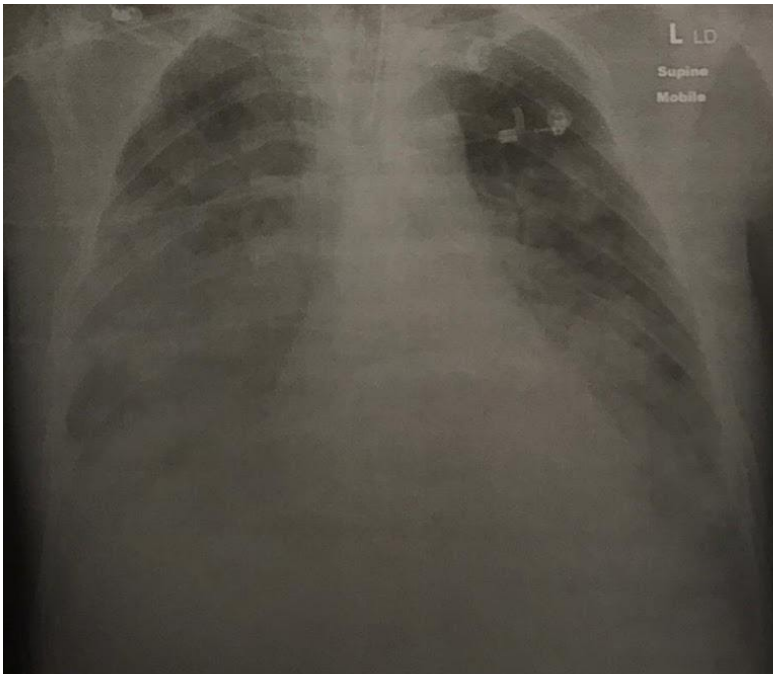
Um homem de 44 anos recorre ao serviço de urgência por dispneia intensa com agravamento desde há três boras. Refere mialgias, febre (temperatura máxima de 38,5°C), tosse seca e dores na «garganta» desde há três dias. A história médica revela hipertensão arterial, medicada com lisinopril e hidroclorotiazida. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 160/100 mm Hg. Ao exame físico tem ar angustiado. A auscultação pulmonar revela crepitações bilaterais em todos os campos. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de

normalidade. O abdómen apresenta discreta distensão, sem outras alterações. Os membros inferiores não têm edemas.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro	
Creatinina	1,0 mg/dL
Glucose	90 mg/dL
Proteína C reativa	36 mg/L

Sangue	
Hemoglobina	14 g/dL
Leucócitos	6 000/mm
Plaquetas	150 x 10°/L
Gases (FiO2 80 %)	
PO2	50 mm Hg
PCO2	25 mm Hg
pH	7.46
Bicarbonato	18 mEq/L
PaO_2/FiO_2	62,5

O raio-X do tórax, tirado na maca no serviço de urgência, está representado na imagem:



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

A. Broncofibroscopia.
B. Cateterismo das artérias coronarias.
C. Colheita de secreções para microbiologia.
D. Ecocardiograma.
E. TC do tórax.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Pneumologia)

Validação da afirmação correta: Ecocardiograma.

As consolidações observadas na radiografia torácica surgem em provável contexto de ARDS secundária a infeção vírica (clínica prévia de tosse seca, febre, odinofagia e mialgias). A suspeita diagnóstica de ARDS determina a realização de ecocardiograma transtorácico para excluir a presença de edema pulmonar cardiogénico (essencial para a confirmação do diagnóstico). Associadamente, o ecocardiograma pode ser útil na avaliação da função ventricular direita e deteção de *cor pulmonale* com consequente adequação da estratégia ventilatória.

Restantes alíneas:

A - Broncofibroscopia.

Comentário: a broncofibroscopia não tem utilidade no estudo do ARDS uma vez que não modifica a abordagem terapêutica e aumenta o risco de iatrogenia.

B - Cateterismo das artérias coronarias.

Comentário: A apresentação clínica e radiológica não se coadunam com a hipótese de enfarte agudo do miocárdio.

C - Reencaminhar urgentemente para estudo endoscópico

Comentário: As consolidações observadas na radiografia torácica estão em provável contexto de ARDS secundária a infeção vírica (clínica prévia de tosse seca, febre, odinofagia e mialgias). Nesse sentido, a colheita de secreções não altera a abordagem inicial, além de que o doente se apresenta francamente dispneico e como tal provavelmente incapaz de colaborar adequadamente na colheita.

E - Reencaminhar urgentemente para o bloco operatório

Comentário: No quadro clínico apresentado, a TC torácica não adiciona informação essencial nem altera a estratégia terapêutica inicial.

PERGUNTA 92

Uma mulher de 27 anos é admitida no hospital por oscilação da temperatura corporal entre 37°C e 40.6°C desde há três dias. Neste período refere igualmente tremores intensos e sudorese, cefaleias frontais náuseas e «dores no corpo». Nega exantema. Uma semana antes regressara de uma viagem a África, Antes da mesma, realizou todas as vacinas recomendadas. Os sinais vitais são temperatura 40.3°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 100/60 mm Hg. Ela tem 160 cm de altura e pesa 63 kg; IMC 25 kg/m^2. O exame físico revela pele seca e com pouca turgescência. As conjuntivas estão anictéricas. As fossas nasais estão patentes. Apresenta eritema ligeiro na faringe posterior. Não tem adenopatias cervicais palpáveis. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é ligeiramente doloroso à palpação no quadrante superior direito, sem defesa ou organomegalias. O exame das extremidades não revela limitação da mobilidade ou edemas. Os pulsos estão presentes bilateralmente. Qual dos seguintes agentes microbiológicos é a causa mais provável deste quadro clínico?

A. Bartonella henselae.
B. Leishmania donovani.
C. Leptospira interrogans.
D. Plasmodium falciparum.
E. Rickettsia rickettsii.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Infecciologia)

Validação da afirmação correta: Plasmodium falciparum.

Febre em doente que regressa de viagem a área endémica para malária, considerar como primeira hipótese MALÁRIA até prova em contrário! O risco de malária por *Plasmodium falciparum* é maior em viajantes que regressaram de África e trata-se de uma emergência médica dado o risco de evolução para doença grave. Apresentação clínica com febre alta intercalada com períodos sem febre (relacionada com a lise eritrocitária pelo Plasmodium e reação inflamatória associada). Sintomas comumente associados incluem tremores intensos, sudorese, cefaleias, náuseas e mialgia (vulgarmente descrito como «dores no corpo»). Apesar de a doente não apresentar icterícia e organomegalias importa realçar que são manifestações que podem ocorrer com a progressão para

doença grave. A doente terá realizado as vacinas recomendadas em contexto de viagem, mas não é referido se terá feito profilaxia contra malária. Para além disso, nenhuma profilaxia é 100% eficaz contra a malária.

NOTA: Esta ideia chave sobre malária está bem descrita In Harrisson´s Principles of Internal Medicine (20th edition, Chapter 119: Health Recommendations for International Travel) e no Goldman Cecil Medicine (25th edition - Chapter 286; 26th edition-Chapter 270: Approach to the patient before and after travel).

Restantes alíneas:

A - Bartonella henselae

Comentário: Tipicamente causa a "doença da arranhadela do gato", mais comum em zonas temperadas. Apresentação clínica típica com lesão cutânea no local da arranhadela com evolução esporotricóide, associada a linfadenopatias regionais, febre ausente ou baixa (febrícula), mialgia e astenia. Pode também estar associada a angiomatose bacilar e peliose (ex. imunodeprimidos) … também não compatíveis com o quadro clínico apresentado.

B - Leishmania donovani

Comentário: Agente da leishmaniose, geralmente associada a leishmaniose visceral (doença de Kal-azar), pode ocorrer em África. Em adultos é mais frequente nos imunodeprimidos (ex. VIH e transplantados). As formas viscerais apresentam-se com febre moderada/alta associada a tremores mas, adenopatias são comuns bem como organomegalias (hepatoesplenomegalia), perda ponderal e exantema com hiperpigmentação cutânea. Não parece ser a hipótese mais provável para este caso clínico.

C - Leptospira interrogans

Comentário: Importante diagnóstico diferencial em contexto de síndrome febril após regresso de viagem a área endémica (Africa). Associada geralmente a exposição a água/solo contaminada(o) com urina de roedores. Apresentação clínica pode ser bifásica (leptospirémia □ fase imune). Características comuns para além da febre geralmente incluem hiperémia conjuntival, exantema maculopapular, adenopatias periféricas e hepatoesplenomegalia. As formas graves ocorrem tipicamente com icterícia, insuficiência renal e complicações hemorrágicas. A leptospirose pode apresentar-se com febre e bradicardia relativa (sinal de Faget), ao invés de taquicardia.

E - Rickettsia rickettii

Comentário: Agente da febre maculosa das montanhas rochosas. Endémica na América! sobretudo EUA e Canadá. Está associada à picada de carraça e apresenta-se com febre e exantema na grande maioria dos casos!

PERGUNTA 93

Um homem de 70 anos vem ao serviço de urgência por dor súbita e intensa na perna direita que alivia com o membro pendente quando sentado na cama desde há duas horas. Nos últimos tempos refere sensação de cansaço e dor localizada à região gemelar bilateral quando percorre mais de 80 m, o que o obriga a parar. A história médica revela diabetes mellitus, enfarte agudo do miocárdio aos 62 anos e artrose dos joelhos. A medicação habitual inclui metformina, propanolol e lisinopril. É fumador de 50 UMA. Os sinais vitais são frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 140/80 mmHg. Ele tem 163 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 32 kg/m2. O exame físico mostra perna direita fria e pálida; o pulso pedioso direito não é palpável. O restante exame físico encontra-se dentros dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro		**Sangue**	
Creatinina	1,2 mg/dL	Hemoglobina	13,5 g/dL
Glucose	105 mg/dL	Leucócitos	10 000/m3
Proteína C reativa	9 mg/dL		
Colesterol			
Total	199 mg/dL		

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

A. Compressão radicular de S1.
B. Oclusão arterial.
C. Rutura muscular.
D. Síndrome do compartimento.
E. Trombose venosa profunda.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Cirurgia Vascular

Validação da afirmação correcta: Oclusão arterial.

O doente recorre ao serviço de urgência com manifestações típicas de isquémia aguda do membro inferior: dor intensa e súbita com alívio à pendência do membro (Pain), perda de Pulso, Palidez, Poiquilotermia (membro frio ao toque), tudo isto no espaço de horas. Quanto à etiologia do quadro e a apoiar a hipótese de trombose arterial, devemos referir a presença de factores de risco cardiovasculares e associados a doença aterosclerótica, nomeadamente diabetes mellitus, enfarte agudo do miocárdio aos 62 anos, bem como a presença de queixas compatíveis com claudicação intermitente, o que sugere doença arterial periférica de base.

Restantes alíneas:

A - Compressão radicular de S1.

Comentário: apesar de poder cursar com dor no membro inervado (normalmente com irradiação mais pela face posterior), raramente cursa com alteração de pulsos. Por outro lado, não são objectivados défices sensitivos ou motores na vinheta, ou descritivos típicos de dor neuropática (sensação de queimadura ou choque eléctrico). De referir por último que os antecedentes já mencionados sugerem mais uma oclusão em território arterial.

C – Rotura muscular.

Comentário: este quadro pode de facto cursar com dor intensa do membro. No entanto, não se espera objectivar um membro pálido ou com pulsos abolidos. Por outro lado, uma rutura muscular acompanhar-se-á de impotência funcional do membro e de história pregressa de esforço muscular excessivo que leve à rutura, sendo raro o surgimento de roturas de forma súbita sem causa identificável.

D - Síndrome do compartimento.

Comentário: no contexto de síndrome compartimental, a dor será de predomínio gemelar associada normalmente a exercício intenso. Por outro lado, o alívio da dor é lento e melhora com a elevação do membro e não com a sua pendência. Por último, sintomas como abolição de pulsos, poiquilotermia ou palidez não são tão frequentes em contexto de síndrome do compartimento.

E - Trombose venosa profunda.

Comentário: nesta vinheta, o membro afectado encontra-se pálido e frio ao toque com abolição de pulsos. Em contexto de TVP, esperar-se-ia a presença de

edema, rubor e dor do membro afectado. Por outro lado, os antecedentes cardiovasculares e queixas de claudicação intermitente indiciam a presença de doença arterial periférica como território mais favorável para os eventos trombóticos. Por último, não são identificados factores de risco típicos de TVP (cirurgia ortopédica major, imobilização prolongada, neoplasia, síndrome auto-inflamatório…)

PERGUNTA 94

Um homem de 40 anos, sem abrigo, é trazido ao consultório médico por um assistente social do albergue onde está a pernoitar desde há duas noites. Parece estar confuso com o ambiente em que se encontra, em particular durante a noite. Os funcionários do albergue notaram que tem com frequência de fezes líquidas e um exantema. Tem antecedentes conhecidos de síndrome de dependência do álcool, mas não se conhece outros antecedentes médicos. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 85/min e pressão arterial 120/80 mm Hg. O doente parece estar letárgico e esta desorientado no tempo e no espaço. Tem uma área de liquenificação hiperpigmentada nos antebraços e no pescoço. É administrado tratamento apropriado e o exantema desaparece nas duas semanas seguintes. Assumindo que não ocorrem novamente consumos de álcool, qual das seguintes alternativas é uma sequela crónica expectável da condição descrita?

A. Diarreia crónica
B. Esplenomegalia.
C. Queratose senil.
D. Telangiectasia.
E. Nenhumas anomalias adicionais.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Nenhumas anomalias adicionais.

O caso clínico retrata um caso de défice de niacina, designado clinicamente de pelagra. Constituem dados a favor deste diagnóstico o quadro de desorientação, letargia e diarreia. O doente apresenta exantema e hiperpigmentação cutânea em áreas habitualmente expostas à luz solar, tendo provavelmente, pela descrição da vinheta, o típico "Casal's necklace", visto em casos avançados. Este

tipo de patologia é mais comum em indivíduos com hábitos alcoólicos marcados, como ilustrado. O enunciado refere que foi administrado apropriado com resposta clínica (desaparecimento do exantema) e refere que se deve assumir que não ocorrerão novos consumos no futuro, pelo que o quadro será auto-limitado, sem sequelas crónicas da doença. Harrison 20ª edição, cap 326.

Restantes alíneas:

A - Diarreia crónica.

Comentário: Apesar da diarreia fazer parte do quadro de pelagra, pela presença de proctite e má absorção, após administração do tratamento com adequada resposta clínica, não é expectável existirem sequelas crónicas. Harrison 20ª edição, cap 326

B - Esplenomegália.

Comentário: A esplenomegália não é uma manifestação do quadro e não é expectável que seja uma sequela da doença. Harrison 20ª edição, cap 326

C - Queratose senil.

Comentário: A queratose senil não é uma manifestação do quadro e não é expectável que seja uma sequela da doença. Harrison 20ª edição, cap 326

D - Telangiectasia.

Comentário: As telangiectasias não são uma manifestação do quadro e não é expectável que sejam sequelas da doença. Harrison 20ª edição, cap 326

PERGUNTA 95

Uma mulher de 32 anos vem ao consultório médico para uma consulta de vigilância. A história médica revela diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. A medicação habitual inclui metformina, gliclazida, insulina de ação intermédia, lisinopril, diltiazem e furosemida. Ela refere estar preocupada com a possibilidade de a glucose estar demasiado baixa, por ter tido dois episódios de perda breve de consciência após exercício na semana passada, testemunhados pela sua família. Nas consultas prévias, realizadas nos últimos 12 meses, reportou dispneia, que foi atribuída a descondicionamento físico e um aumento progressivo de fadiga. É auxiliar de enfermagem, mas suspendeu a atividade laboral há três meses por fadiga. Os sinais vitais são frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 120/min, e pressão arterial 162/100 mmHg. Ela tem

170 cm de altura e pesa 104 Kg; IMC 36. Os resultados dos estudos analíticos há três meses revelaram HgA1c de 9,2%. Hoje, a auscultação cardíaca revela S2 aumentado no foco pulmonar e murmúrio sistólico de novo que aumenta com a inspiração. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. Existe ingurgitamento venoso na base do pescoço e edema depressível até aos joelhos. Qual das seguintes alternativas melhor explica os sinais encontrados no exame físico?

A. Cor pulmonale.
B. Doença pulmonar restritiva.
C. Falência cardíaca esquerda.
D. Falência renal.
E. Mixedema.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Cor pulmonale.

A vinheta ilustra o caso de uma jovem de 32 anos com queixas de fadiga e dispneia com pelo menos 12 meses de evolução, provável hipertensão pulmonar [i.e. S2 aumentado indica sobrecarga ventricular direita] e um exame objetivo compatível com insuficiência cardíaca direita [i.e. sopro sistólico compatível com insuficiência tricúspide, turgescência venosa jugular e edema periférico]. Atendendo à idade e à conjugação destes achados, o diagnóstico mais provável é Hipertensão Pulmonar Idiopática com insuficiência cardíaca direita secundária, i.e. cor pulmonale.

Restantes alíneas:

B – Doença pulmonar restritiva.

A ausência de alterações à auscultação pulmonar torna pouco provável a hipótese de doença do parênquima pulmonar. Por oposição, é mais provável que a hipertensão pulmonar seja secundária a doença da vasculatura pulmonar.

C – Falência cardíaca esquerda.

Comentário: Não são descritos estigmas de insuficiência cardíaca esquerda, nomeadamente sinais de baixo débito cardíaco [i.e. hipoperfusão das

extremidades, hipotensão] ou de congestão pulmonar [i.e. ausência de alterações à auscultação pulmonar].

D – Falência renal.

Comentário: A insuficiência renal não é responsável por sinais de insuficiência cardíaca direita. A presença de turgescência venosa jugular virtualmente exclui causas não-cardíacas de estados edematosos.

E – Mixedema.

Comentário: O mixedema não é responsável por sinais de insuficiência cardíaca direita. Quando associado a edema periférico, este é geralmente duro e não depressível. A presença de turgescência venosa jugular virtualmente exclui causas não-cardíacas de estados edematosos.

PERGUNTA 96

Uma mulher de 48 anos recorre a consulta de medicina geral e familiar devido a problemas de sono, com início há três meses, após um conjunto de assaltos na sua vizinhança. Diz que não tem dificuldades para adormecer, mas que fica acordada por períodos durante a noite, dormindo apenas superficialmente. Descreve intensificação gradual das queixas e atualmente, na maior parte das noites, dorme de forma contínua apenas da meia-noite até às 4 da manhã. O último período menstrual terminou há três semanas. Não apresenta história médica de relevo. Fuma desde há 20 anos e bebe regularmente quatro a cinco cafés por dia. Não consome bebidas alcoólicas nem drogas ilícitas. Os sinais vitais são temperatura 35,7°C., frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 120/80 mm Hg. Ela tem 169 cm de altura e pesa 80 kg; IMC 28 kg/m^2. Os exames físico e do estado mental encontram-se dentro parâmetros de normalidade.
Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na avaliação da doente?

A. Avaliar a resposta a diazepam.
B. Avaliar a resposta a uma dose baixa de mirtazapina.
C. Requisitar doseamento dos níveis de FSH.
D. Requisitar uma polissonografia.
E. Solicitar um diário de sono para a próxima consulta

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correta: Solicitar um diário de sono para a próxima consulta.

A primeira linha para tratamento de insónia passa por medidas não farmacológicas (Terapia Cognitivo Comportamental para insónia) que inclui medidas de higiene do sono, técnicas de controlo de estímulos, técnica de ajuste de horário de sono, técnica de relaxamento e técnicas cognitivas. Sendo assim, o diário de sono faz parte de uma das medidas de 1ª linha para o tratamento da insónia.

Restantes alíneas:

A - Avaliar a resposta a diazepam.

Comentário: A primeira linha para tratamento de insónia passa por medidas não farmacológicas (Terapia Cognitivo Comportamental para insónia) que inclui medidas de higiene do sono, técnicas de controlo de estímulos, técnica de ajuste de horário de sono, técnica de relaxamento e técnicas cognitivas. Benzodiazepinas e antidepressivos sedativos devem ser usados apenas quando as técnicas farmacológicas não resultam e por um período inferior a 4 semanas.

B - Avaliar a resposta a uma dose baixa de mirtazapina.

Comentário: A primeira linha para tratamento de insónia passa por medidas não farmacológicas (Terapia Cognitivo Comportamental para insónia) que inclui medidas de higiene do sono, técnicas de controlo de estímulos, técnica de ajuste de horário de sono, técnica de relaxamento e técnicas cognitivas. Benzodiazepinas e antidepressivos sedativos devem ser usados apenas quando as técnicas farmacológicas não resultam e por um período inferior a 4 semanas.

C - Requisitar doseamento dos níveis de FSH.

Comentário: Antes de se proceder a uma investigação diagnóstica mais detalhada deve ser tentada medidas não farmacológicas como a TCCi.

D - Requisitar uma polissonografia.

Comentário: Antes de se proceder a uma investigação diagnóstica mais detalhada deve ser tentada medidas não farmacológicas como a TCCi.

PERGUNTA 97

Um homem de 52 anos, pescador, é admitido para biópsia excisional de lesão pigmentada no calcanhar direito, com aumento progressivo. A história médica revela dislipidemia e excesso de peso e a medicação habitual inclui sinvastatina. É fumador de 60 UMA. O exame anátomo-patológico revela alterações compatíveis com melanoma maligno e a biópsia de gânglio sentinela não apresenta sinais de metastização ganglionar. Os exames de estadiamento são negativos para metastizacão à distância. Prepara o processo clínico para apresentação em consulta de grupo de oncologia.

Qual dos seguintes dados anátomo-patológicos é o mais relevante para o estadiamento?

A. Coloração.
B. Diâmetro máximo.
C. Espessura.
D. Foco de hemorragia.
E. Necrose.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Oncologia)

Validação da afirmação correta: Espessura.

A espessura do melanoma (índice de Breslow) é a informação anátomo-patológica mais relevante para o seu estadiamento e tem um impacto significativo no prognóstico do doente. O sistema de estadiamento da AJCC (American Joint Commitee on Cancer) inclui 3 variáveis – T (Tumor), N (Node) e M (Metastases). Os dois principais fatores que determinam a variável T (Tumor) são a espessura do melanoma (índice de Breslow) e a presença de ulceração na análise histopatológica.

Restantes alíneas:

A, B, D, E

Comentário: Os dois principais fatores que determinam a variável T (Tumor) são a espessura do melanoma (índice de Breslow) e a presença de ulceração na análise histopatológica, e não a coloração, diâmetro máximo, presença de focos de hemorragia ou de necrose.

PERGUNTA 98

Um homem de 78 anos vem ao consultório médico pela primeira vez para exame de vigilância de saúde. Há 10 anos, reformou-se de maquinista numa fábrica de munições, onde a sua função incluía o polimento de peças metálicas. Tem sido genericamente saudável, mas tem vindo a notar dificuldade em respirar com evolução progressiva no último ano. Diz que, inicialmente, a falta de ar era desencadeada pelo esforço, mas recentemente tem vindo a ocorrer em repouso. A medicação inclui aspirina diariamente e suplementos vitamínicos. Não fuma e bebe um copo uísque todas as noites. O raio-X de tórax ântero-posterior e perfil revela campos pulmonares reduzidos com discretas alterações intersticiais. A espirometria revela redução da capacidade vital e do volume expiratório forçado no 1º segundo.

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

A. Biópsia pulmonar.
B. Broncoscopia.
C. Cintigrafia pulmonar de ventilação-perfusão.
D. TC to tórax.
E. Tomografia do tórax por emissão de positrões.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Pneumologia

Validação da afirmação correta: TC do tórax.

A TC do tórax, principalmente de alta resolução, tem um papel importante no diagnóstico diferencial e estudo complementar da patologia intersticial e ocupacional, portanto deve ser o próximo passo no estudo deste doente.

Restantes alíneas:

A – Biópsia pulmonar.

Comentário: Estamos perante uma provável patologia intersticial ocupacional. Temos um doente de 78 anos de idade, que se apresenta na consulta pela

primeira vez, sendo portando apenas de um raio X. Antes da realização de biópsia pulmonar, deve realizar ECDs menos invasivos.

B – Broncoscopia.

Comentário: Estamos perante uma provável patologia intersticial ocupacional. Temos um doente de 78 anos de idade, que se apresenta na consulta pela primeira vez, sendo portando apenas de um raio X. Antes da realização de broncofibroscopia com eventual LBA, deve realizar pelo menos exame de imagem mais detalhado.

C – Cintigrafia pulmonar de ventilação-perfusão.

Comentário: Estamos perante uma provável patologia intesticial, nestes casos a cintigrafia de V/Q não traz grande vantagem. Este exame pode ser importante do diagnóstico de uma TEP.

E – Tomografia do tórax por emissão de positrões.

Comentário: A PET é importante no estudo de eventuais neoplasias ou até quando de suspeita de uma Sarcoidose, que não se parece aplicar neste caso clínico.

PERGUNTA 99

Uma mulher de 50 anos vem ao serviço de urgência por dor abdominal tipo cólica, náuseas e vómitos fecaloides com 24 horas de evolução. Refere que não tem tido emissão de gases ou fezes nas últimas 48 horas. A história médica revela histerectomia há sete anos devido a hemorragia uterina anómala por miomas uterinos. Apresenta sensibilidade significativa à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen. O exame físico revela distensão abdominal e a auscultação abdominal revela ruídos intestinais hipoativos de tom metálico. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Pedir colaboração do serviço de gastrenterologia.
B. Preparar a doente para exploração cirúrgica.
C. Requisitar ecografia abdominal.
D. Requisitar estudo baritado do trânsito esofago-gastro-duodenal.
E. Requisitar sigmoidoscopia fibroendoscópica.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correta: Preparar a doente para exploração cirúrgica.

Quadro de oclusão intestinal (paragem de emissão de gases e fezes + vómitos). A presença de vómitos fecalóides e distensão abdominal apontam para uma etiologia baixa (cólon). Perante uma oclusão com ponto de origem no cólon a abordagem inicial é a cirurgia contrariamente à de etiologias mais altas (delgado) onde a principal causa são as bridas/aderências e onde muitas vezes o tratamento conservador (descompressão com colocação de sonda nasogástrica) é eficaz.

Restantes alíneas:

A - Pedir colaboração do serviço de gastrenterologia.

Comentário: Quadro de oclusão baixa, numa mulher jovem (50 anos) pelo que a conduta inicial passa por abordagem cirúrgica.

C - Requisitar ecografia abdominal.

Comentário: Exame não indicada em caso de oclusão/suboclusão pois a presença de ar (aerocolia) impede a trasmissão de ecos.

D - Requisitar estudo baritado do trânsito esofago-gastro-duodenal.

Comentário: A clínica evidencia o nível de obstrução pelo que este exame não teria utilidade clínica.

E - Requisitar sigmoidoscopia fibroendoscópica.

Comentário: Mulher de 50 anos, sem comorbilidades evidenciadas pelo caso clínico, pelo que a abordagem inicial passaria por uma abordagem curativa (cirurgia).

PERGUNTA 100

Um homem de 64 anos vem ao consultório médico por mal-estar de fadiga com três meses de evolução. Ele diz que durante este período não conseguiu terminar um jogo de golf. Perdeu o apetite e tem estado nauseado nas duas últimas semanas. Há 30 anos que não vai ao médico porque geralmente se sente bem. A história médica revela ferimento de bala no abdómen, no seguimento de trauma em combate, há 34 anos. Não faz medicação habitual e

não tem histórico de alergias. É fumador de 20 cigarros por dia nos últimos 40 anos. Nega consumo de álcool ou uso de drogas recreativas. Os sinais vitais são temperatura 37ºC, frequência respiratória 20cpm, FC 110bpm, PA 105/70mmHg. Ao exame físico apresenta estar emagrecido e cansado, mas sem sinais de sofrimento agudo. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. Analiticamente a destacar anemia de 13,5g/dL, hiperglicemia 195 mg/dL e hiponatremia 116.
Qual das seguintes alternativas é a única alteração ao exame físico mais provável de encontrar neste doente?

A. Aumento do tamanho da tiróide
B. Candidíase oral
C. Gânglios linfáticos supraclaviculares
D. Nódulo da próstata
E. Sopro diastólico

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Oncologia

Validação da afirmação correta: Gânglios linfáticos supraclaviculares.

O caso clínico trata de um quadro consumptivo num homem de 64 anos, fumador ativo com uma carga tabágica elevada, levantando como primeira hipótese diagnóstica uma neoplasia. Dado tratar-se de um quadro com três meses de evolução e que cursa com anemia, poderá tratar-se de um estádio avançado e/ou de uma neoplasia hematológica; a hiponatremia pode ser explicada no contexto de um SIADH paraneoplásico. Assim, a presença de gânglios supraclaviculares pode ser o único achado ao exame físico.

Restantes alíneas:

A - Aumento do tamanho da tiróide

Comentário: As alterações da função tiroideia, nomeadamente o hipotiroidismo, podem cursar com fadiga e cansaço. Contudo, não cursariam com o restante quadro consumptivo descrito e não condicionam obrigatoriamente um aumento de tamanho da glândula.

B - Candidíase oral

Comentário: Trata-se de um homem de 64 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, que apresenta com um quadro consumptivo com 3 meses de evolução. Analiticamente destacam-se anemia e hiponatremia. Esta poderia ser a apresentação inaugural de HIV em estádio SIDA, tendo esta hipótese diagnóstica que ser obrigatoriamente excluída, e que pode cursar com candidíase oral. Contudo, perante a presença de factores de risco para neoplasia e dada a faixa etária, a presença de adenopatias supraclaviculares parece ser mais provável.

D - Nódulo da próstata

Comentário: Apesar de se tratar de um quadro consumptivo num homem de 64 anos, tornando a hipótese de uma doença neoplásica provável, a neoplasia da próstata tem uma história natural de doença muito indolente, raramente apresentando com um quadro consumptivo marcada numa idade tão jovem.

E - Sopro diastólico

Comentário: Justificação: tratando-se de um quadro consumptivo num homem de meia idade, esta hipótese parece menos provável.

PERGUNTA 101

Um homem de 55 anos recorre ao serviço de urgência queixando-se de olho vermelho doloroso acompanhado de fotofobia e diminuição da visão. Os sintomas iniciaram há dois dias tendo agravado progressivamente. Adicionalmente, o doente refere xerostomia e dores articulares. A história médica inclui transplante de córnea no olho direito há 20 anos e diabetes *mellitus* tipo 2 diagnosticada há 10 anos. Ao exame oftalmológico apresenta uma acuidade visual de 5/10 no olho direito e de 10/10 no olho esquerdo, anisocoria com miose no olho direito. Após aplicação local de midriático observa-se dilatação irregular da pupila do olho direito. A oftalmoscopia encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade em ambos os lados. Os resultados dos estudos analíticos revelaram velocidade de sedimentação eritrocitária 10 mm/1.ª hora, hemoglobina A1C 6,2 % e hemograma dentro dos parâmetros de normalidade. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Conjuntivite virusal.
B. Falência de transplante corneano.
C. Glaucoma agudo.

D. Úlcera corneana neurotrófica.
E. Uveite anterior.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Oftalmologia

Validação da afirmação correta: Uveíte anterior

De facto, o quadro é compatível com uma possível uveíte aguda mais pela história clínica do que propriamente pelo quadro objetivo. As pistas que apontam para este diagnóstico são a xerostomia e as dores articulares difusas não específicas. Em segundo lugar temos também a miose, olho vermelho, fotofobia e diminuição da AV que podem fazer parte de um quadro de uveíte. No entanto, o caso apresenta algumas lacunas consideráveis na sua formulação:

Segundo o que é relatado, "o exame oftalmológico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade de ambos os lados". Segundo o enunciado apresentado e a resposta oficial isto é totalmente impossível num doente com este diagnóstico e queixas:

1) Para o diagnóstico de uveíte anterior é quase sempre necessária a visualização do efeito tyndall (células e/ou flare) por muito ténue que seja. Isto nunca é relatado – pelo contrário, dizem mesmo que o exame se encontra "dentro parâmetros da normalidade".

2) O doente apresenta dilatação irregular da pupila muito provavelmente devido a sinequias posteriores que são visualizáveis ao exame físico, mas descritos como "dentro parâmetros da normalidade". Mais uma vez, uma lacuna do caso clínico.

3) Um olho vermelho doloroso deve, no mínimo, apresentar hiperemia ciliar no exame físico. Neste doente, o exame nunca poderia estar normal.

Dizer que o doente se apresenta com um olho com parâmetros "dentro parâmetros da normalidade" praticamente invalida todas as opções apresentadas como possível resposta. A única coisa que os alunos podiam utilizar era mesmo as queixas sistémicas que, apesar de sugestivas, deixam muitas dúvidas na resposta do caso clínico.

Restantes alíneas:

A - Conjuntivite Virusal.

Comentário: os sinais de diminuição da visão, miose com anisocoria e dor normalmente não aparecem nesta patologia. Por outro lado, os sinais e história clássica de conjuntivite não estão presentes.

B - Falência de transplante corneano.

Comentário: esta era a alínea que muitas pessoas podiam ter escolhido em desespero. De facto, o transplante corneano pode ter falência ao nível das diversas camadas do botão corneano (epitelial, subpitelial, estromal e endotelial). No entanto, não temos sinais do exame físico sugestivos do mesmo – Linha de Khodadoust, infiltrados estromais ou subpiteliais, hipotransparência do enxerto, etc.

C - Glaucoma Agudo.

Comentário: Temos muitos sinais que não indicam glaucoma agudo – A presença de miose e não midríase média não-reativa. Sem descrição de aumento da pressão intra-ocular. Sem queixas de halos ou náuseas/ vómitos. Nada no quadro aponta para glaucoma agudo.

D - Úlcera Corneana Neurotrófica.

Comentário: o exame físico não descreve defeito epitelial com perda estromal. Por outro lado, o doente queixa-se de dor que, normalmente, não está presente num doente com o quadro de úlcera neurotrófica.

PERGUNTA 102

Um homem de 56 anos, pedreiro, vem ao centro de saúde por dor abdominal, progressivamente mais constante desde os últimos três meses. Ele teve dois episódios nos últimos dois meses, durante os quais notou uma pequena quantidade de sangue. Ele diz "Eu acho que a minha úlcera voltou". Ele descreve dispepsia intermitente com 15 anos de evolução, para a qual toma ranitidina. Há três anos fez antibióticos para o tratamento de úlcera gástrica. Ele toma aspirina regularmente por osteoartrose. Os sinais vitais são temperatura 36,8 ºC, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 76/min e pressão artérial 110/70 mmHg. Ele tem 178 cm de altura e pesa 72 kg; IMC 23 kg/m^2. Ele perdeu 4,5 kg nos últimos dois meses. O exame físico revela abdómen mole, não doloroso e sem massas palpáveis. Palpa-se um gânglio supraclavicular à

esquerda e existem adenopatias inguinais bilaterais. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é positiva.

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para o agravamento dos sintomas?

A. Carcinoma gástrico.
B. Esofagite erosiva.
C. Gastrite.
D. Infeção recorrente por Helicobacter pylori.
E. Úlcera gástrica.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correta: Carcinoma gástrico.

A favor desta hipótese é tratar-se de um homem, com queixas dispépticas crónicas e com história de úlcera péptica com provável erradicação de H. pylori no passado. Esta infeção tem uma associação com o adenocarcinoma gástrico. Além disso, temos um doente com uma adenopatia supraclavicular esquerda (gânglio de Virchow) são a favor desta hipótese.

Restantes alíneas:

B - Esofagite erosiva.

Comentário: A esofagite erosiva pode justificar sintomas dispépticos, mas não justifica a presença de emagrecimento e da adenopatia supraclavicular esquerda.

C - Gastrite.

Comentário: A gastrite pode justificar sintomas dispépticos, mas não justifica a presença de emagrecimento e da adenopatia supraclavicular esquerda.

D - Infeção recorrente por Helicobacter pylori.

Comentário: A infeção recorrente por Helicobacter pylori pode justificar sintomas dispépticos, mas não justifica a presença de emagrecimento e da adenopatia supraclavicular esquerda.

E - Úlcera gástrica.

Comentário: A úlcera gástrica pode sangrar e justificar a presença de sangue nas fezes, contudo não se relaciona a presença de adenopatia supraclavicular esquerda.

PERGUNTA 103

Um homem de 25 anos, jogador de ténis, nascido no Brasil, recorre a consulta do viajante por viagem agendada para o Bangladesh dentro de cinco dias, onde irá participar num torneio. Atualmente existe um foco epidémico de hepatite A nesse país. A história médica inclui tiroidite autoimune. Ele desconhece o seu estado de vacinação anterior.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Anticorpo anti-VHA	Negativo
Anticorpo anti-HBc	Negativo
Anticorpo anti-HBs	Negativo
Antigénio HBs	Negativo
VIH 1 e 2	Negativo

Qual das seguintes é a medida mais adequada para prevenção?

A. Imunoglobulina de cobertura dupla (hepatites A e B).
B. Vacina contra a hepatite A.
C. Vacina contra a hepatite A + imunoglobulina contra a hepatite A.
D. Vacina contra a hepatite B + imunoglobulina contra a hepatite.
E. Vacina contra as hepatites A e B.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E
Área do conhecimento: Infecciologia

Validação da afirmação correta: Vacina contra as hepatites A e B.

Serologia compatível com viajante NÃO imune contra hepatite A ou B. A consulta do viajante é uma oportunidade para atualizar as vacinas recomendadas em contexto de viagem para zonas de risco (ex. hepatite A; hepatite B) e também para atualização do PNV (ex. hepatite B).

Contexto de viagem para o Bangladesh: vacina contra hepatite A está recomendada ("foco epidémico") e deve ser considerada a vacinação contra hepatite B. A vacina contra hepatite A está recomendada a todos os viajantes não imunes. Uma única dose desta vacina é, geralmente, eficaz e imunogénica. As vacinas contra hepatite A e hepatite B podem ser administradas em simultâneo. Doenças autoimunes (ex. tiroidite autoimune) são falsas contraindicações e não devem adiar a vacinação.

Uma observação sobre esta pergunta: Considerando que "Anticorpo anti-VHA Negativo" se refira a anticorpos TOTAIS (IgG e IgM negativos) o doente não é imune contra VHA e tem indicação para vacinação.

Contudo esta pergunta poderá ser contestada pois escrevem "anticorpo" anti-VHA no singular e não especificam se IgG ou IgM.

Se considerar por exemplo que se refira a IgM NEGATIVO há duas hipóteses: 1) IgM negativo + IgG negativo = não imune ☐ indicação para vacinação; 2) IgM negativo + IgG positivo = doente imune ☐ não tem indicação nem para vacinação nem imunização com IG contra hepatite A.

Se considerar que se refira a IgG NEGATIVO há duas hipóteses: 1) IgG negativo + IgM negativo = não imune ☐ indicação para vacinação. IgG negativo + IgM positivo = infeção aguda!

Restantes alíneas:

A - Imunoglobulina de cobertura dupla (hepatites A e B).

Comentário: Imunoglobulina promove imunização passiva e apenas temporária. Não está recomendada por rotina em adultos. Em contexto de profilaxia pré-exposição (ex. antes de viagem a curto prazo) considerar administração simultânea com a vacina avaliando caso a caso e considerando doentes de risco como por exemplo imunocomprometidos ou doença hepática crónica, etc. Não parece ser a hipótese mais indicada para este viajante.

B - Vacina contra a hepatite A.

Comentário: Está recomendada em contexto de viagem, mas importa relembrar que se deve aproveitar esta oportunidade para atualizar a vacinação contra hepatite B (doente não imune).

C - Vacina contra a hepatite A + imunoglobulina contra a hepatite A.

Comentário: Esta combinação de imunoglobulina + vacina pode ser realizada e não diminui a eficácia da vacina. Contudo, em adultos, está indicada sobretudo após uma exposição de risco ou em contexto de pré-exposição em doentes com risco de evolução desfavorável (ex. imunocomprometidos, DHC). Além disso considerar também a vacinação contra hepatite B (doente não imune).

D - Vacina contra a hepatite B + imunoglobulina contra a hepatite A.

Comentário: Considerar vacina contra hepatite A + hepatite B parece ser uma melhor opção, inclusive podendo ser administrados em simultâneo.

PERGUNTA 104

Uma mulher de 18 anos, estudante universitária, vem ao consultório médico por odinofagia, tosse e adenopatias desde há três dias. Tem estado a tomar medicamentos para a tosse sem prescrição médica, paracetamol e descongestionantes e nenhum tem aliviado os sintomas. Vive num dormitório universitário onde mais ninguém se encontra doente. Ela refere também dor abdominal ligeira. Os sinais vitais são temperatura 38,2ºC, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 112/74 mmHg. Ela tem 173 cm de altura e pesa 104 kg; IMC 35 kg/m^2. Ao exame físico observa-se uma doente obesa que aparenta estar bem. A observação da orofaringe revela exsudados nos pilares amigdalinos. A palpação do pescoço revela gânglios aumentados de tamanho nas cadeias anteriores e posteriores, bilateralmente. A auscultação pulmonar e o exame do coração não revelam alterações patológicas. Observa-se abdómen volumoso e o fígado e o baço conseguem ser palpados. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Amigdalite exsudativa.
B. Faringite esteptocócica.
C. Mononucleose.
D. Peri-hepatite.
E. Tuberculose ganglionar.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Infecciologia)

Validação da afirmação correta: Mononucleose.

Perante uma adolescente de 18 anos com odinofagia e faringoamigdalite exsudativa, adenopatias cervicais generalizadas (posteriores e anteriores), dor abdominal com hepatoesplenomegalia e febre, a principal hipótese diagnóstica deve ser a de mononucleose infecciosa.

Restantes alíneas:

A – Amigdalite exsudativa.

Comentário: Na descrição da vinheta encontramos, de facto, uma faringoamigdalite exsudativa (presença de exsudado nos pilares amigdalinos), qualquer que seja a sua etiologia, apesar de não estarem descritos outros sinais inflamatórios amigdalinos. Contudo, os restantes achados devem indicar-nos a hipótese de mononucleose como mais provável.

B – Faringite estreptocócica

Comentário: A faringite estreptocócica caracteriza-se por odinofagia súbita associada a febre alta, por vezes associada a exantema escarlatiniforme, cefaleia, náuseas, vómitos e/ou dor abdominal. A presença de sinais de infeção viral deve afastar-nos desta hipótese diagnóstica, tais como a tosse e a hepatosplenomegalia presentes nesta vinheta clínica.

D – Peri-hepatite

Comentário: A perihepatite é caracterizada por dor abdominal no hipocôndrio direito e refere-se a uma inflamação do revestimento hepático que ocorre na doença inflamatória pélvica. Apesar de poder ocorrer sem sintomatologia pélvica e de fazer parte do diagnóstico diferencial de dor abdominal na mulher jovem sexualmente activa, não seria a apresentação mais frequente. Perante os restantes achados de infeção respiratória, não seria a primeira hipótese diagnóstica.

E – Tuberculose ganglionar

Comentário: A tuberculose ganglionar é a forma mais frequente de tuberculose extrapulmonar e os gânglios linfáticos cervicais são uma das localizações mais comuns. Habitualmente apresenta-se como uma tumefação indolor numa cadeia ganglionar e não com adenopatias generalizadas, como neste caso. Adicionalmente, costumam estar presentes febre, perda ponderal e fadiga de evolução mais indolente, pelo que esta também não seria a primeira hipótese diagnóstica.

PERGUNTA 105

Um recém-nascido é observado às 4 horas de vida por ter sido notado sopro cardíaco. A mãe tem 30 anos e esta foi a sua primeira gravidez, que não foi vigiada. O parto vaginal decorreu sem intercorrências. O índice de Apgar foi de 9/9 ao 1° e 5º minutos. Ele tem 46 cm de comprimento (percentil 3) e pesa 2200 g (< percentil 3), o perímetro cefálico é 32 cm (percentil 3). Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência respiratória 40/min e frequência cardíaca 140/min. Ao exame físico apresenta sopro cardíaco, grau 3/6, mais audível no apex. É notada hepatoesplenomegalia na palpação abdominal. O recém-nascido não passa no teste de otoemissões acústicas.
Qual das seguintes alternativas é a causa congénita mais provável para a situação clínica descrita?

A. Herpes simplex.
B. Infeção VIH.
C. Rubéola.
D. Sífilis.
E. Toxoplasmose.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Rubéola

Sendo uma gestação não vigiada, o enunciado também não nos permite perceber se estamos perante um recém-nascido com aspeto de prematuro ou de termo, apenas faz referência ao percentil, portanto a única afirmação absoluta que podemos fazer é que se trata de um recém-nascido de baixo peso (provavelmente um RCIU). Associado a isto, temos um sopro cardíaco que nos pode indicar a presença de uma cardiopatia congénita, uma esplenomegália, e uma falha no rastreio auditivo neonatal. Estes sinais/manifestações em conjunto apontam para uma provável infeção congénita (sendo uma gestação não vigiada, não teremos então as serologias disponíveis). Das infecções congénitas aquela que conjuga melhor todos estes sinais é a rubéola congénita, em que existe RCIU, surdez, cardiopatia congénita e hepatoesplenomegália.

Restantes alíneas:

A - Herpes simplex.

Comentário: A infeção congénita por herpes simplex pode ter afecção muco-cutânea, do sistema nervoso central ou disseminada (com clínica de sépsis com afeção multiorgânica), o que não está presente no caso clínico descrito.

B – Infeção VIH.

Comentário: A infeção VIH ao nascimento é caracteristicamente assintomática, pelo que não é compatível com as alterações apresentadas pelo recém-nascido.

D - Sífilis.

Comentário: A sífilis congénita habitualmente é assintomática ao nascimento, e as manifestações clínicas em lactentes não tratados surgem mais frequentemente por volta das 5 semanas de vida, sendo mais característico a hepatomegália, icterícia e o exantema, que não é o descrito no enunciado.

E – Toxoplasmose.

Comentário: A tríade clássica de apresentação da toxoplasmose congénita envolve a coriorretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas. Outros achados poderão ser a microcefalia, e a hepatoesplenomegália. Não são manifestações típicas a cardiopatia ou surdez, como está descrito neste caso.

PERGUNTA 106

Um homem de 59 anos é trazido ao serviço de urgência por colúira, acolia e prurido generalizado com 10 dias de evolução. Menciona ainda alguma dorsolombalgia desde há um mês. A história médica revela diabetes mellitus diagnosticada há dois meses e a medicação habitual inclui metformina. É fumador de 20UMA e menciona consumos diários de álcool, num total de cerca de 80g por dia. Ao exame físico apresenta icterícia cutâneo-mucosa, lesões dispersas de coceira e telangiectasias faciais. O abdómen é indolor à palpação e apresenta sub-macicez nos flancos. Sem hepatoesplenomegália palpável. A vesicula biliar é palpável e indolor.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Carcinoma hepatocelular.
B. Colangiocarcinoma perihilar.
C. Neoplasia do pâncreas.

D. Pancreatite autoimune.
E. Quisto da via biliar tipo V.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Oncologia)

Validação da afirmação correcta: Neoplasia do pâncreas.

Tratanto-se de um homem de meia idade, fumador, com consumo importante de álcool (predispondo assim a pancreatite crónica), com diagnóstico inaugural recente de diabetes mellitus e com um quadro de colestase associado a dor dorsolombar e a uma vesícula de Courvoisier, a hipótese mais provável é tratar-se de uma neoplasia do pâncreas.

Restantes alíneas:

A - Carcinoma hepatocelular.

Comentário: o carcinoma hepatocelular poderia ser um diagnóstico diferencial num doente com história importante de consumo de álcool e que apresenta com um quadro de colestase e com alguns sinais de doença hepática crónica. Contudo, tratando-se de um doente que tem um diagnóstico recente de diabetes mellitus e apresenta também com dor dorsolombar, a neoplasia do pâncreas parece o diagnóstico mais provável.

B – Colangiocarcinoma perihilar.

Comentário: o colangiocarcinoma perihilar é um importante diagnóstico diferencial de neoplasias da cabeça do pâncreas. Contudo, tratando-se de um doente que tem um diagnóstico recente de diabetes mellitus e apresenta também com dor dorsolombar, a neoplasia do pâncreas parece o diagnóstico mais provável. Além disso, o colangiocarcinoma perihilar, pela sua localização, não causa, à partida, vesícula biliar palpável.

D – Pancreatite autoimune.

Comentário: A pancreatite auto-imune é um importante diagnóstico diferencial das neoplasias do pâncreas e deve ser excluída através de estudo anatomopatológico, uma vez que pode ser clínica e imagiologicamente muito semelhante a uma neoplasia do pâncreas. Tratando-se, contudo, de um doente de meia idade, que apresenta múltiplos factores de risco para esta neoplasia, esta parece a hipótese mais provável.

E - Quisto da via biliar tipo V

Comentário: Os quistos da via biliar tipo V têm uma localização intra-hepática sendo por isso a sua apresentação clínica menos habitualmente sob a forma de colestase marcada e distensão vesicular, tornando esta hipótese pouco provável.

PERGUNTA 107

Um homem de 68 anos, agricultor, vem a consulta de seguimento por mieloma múltiplo diagnosticado recentemente (há quatro semanas). Iniciou quimioterapia e corticoterapia em dose alta há duas semanas. A história médica revela hipertensão arterial e hipercolesterolémia e medicação habitual inclui amlodipina e atorvastatina. Ele tem 175 cm de altura e pesa 70 Kg; IMC 23 Kg/m2. Os sinais vitais são temperatura 37ºC, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 120/70 mmHg. O exame físico revela palidez difusa e equimoses dispersas nos membros superiores e inferiores. O exame cardíaco e pulmonar não apresenta alterações.

Os resultados dos estudos analíticos (realizados cinco dias antes da consulta) revelam:

Soro

Creatinina	1,0 mg/dL
Azoto ureico	20 mg/dL
Ácido úrico	10,0 mg/dL
Proteína C reativa	80 mg/L
Cálcio	12,8 mEq/L

Sangue

Hemoglobina	9,0 g/dL
Hematócrito	28%
Leucócitos	3 500/mm^3
Plaquetas	100 x 10^9/L
VS	30 mm/1.ª hora

Urina

Proteína de Bence Jones	6 g/24 horas (N=0)
B-microglobulina	10 mg/dL (N < 0,2)

Qual das seguintes está contra indicada neste doente?

A. Vacina antipneumocócica.
B. Vacina antitetânica.
C. Vacina contra a gripe sazonal.
D. Vacina contra a hepatite B.
E. Vacina contra o herpes zóster.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Pediatria (tema PNV, aplicado num adulto)

Validação da afirmação correta: Vacina contra o herpes zóster.

A vacina contra o herpes zoster é uma vacina viva atenuada, sendo uma contraindicação em estados de imunodeficiência primária e adquirida devidos a situações tais como: leucemias agudas e crónicas; linfomas; outras condições que afetem a medula óssea ou o sistema linfático, como é o caso deste doente com o diagnostico de mieloma múltiplo, em que vai ter imunoparésia das restantes imunoglobulinas e consequente diminuição de produção de anticorpos além de que a imunoglobulina em excesso que produzem não produz anticorpos funcionantes. Portanto ao receber uma vacina viva apesar de atenuada, poderá levar à ocorrência de infeção ao vírus herpes zoster.

Restantes alíneas: A, B, C e D

Comentário: As vacinas antipneumocócica, antitetânica, contra a gripe sazonal e contra a hepatite B são todas vacinas inativadas e portanto não apresentam risco de causar infeção.

PERGUNTA 108

Um rapaz de 11 anos, de origem africana, é referenciado pelo médico de família ao serviço de urgência por queixas de dor persistente na coxa direita desde há dois meses. A dor acorda-o frequentemente durante, sem alívio após a toma de analgésicos. Refere ainda claudicação da marcha por dor desde ultima semana teve febre intermitente, com temperatura máxima de 38°C. Os sinais vitais são temperatura 37,5°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 17/min e pressão arterial 103/63 mm. Ao exame físico apresenta discreta palidez cutânea, sem alterações à mobilização passiva ou ativa dos membros inferiores, mas com dor à palpacão da coxa direita. O restante exame fisico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.
Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

A. Iniciar antibioterapia com flucloxacilina.
B. Iniciar ibuprofeno e reavaliar após uma semana.
C. Pedir cintigrafia óssea.
D. Pedir raio-X simples da região coxofemoral direita.

E. Pedir RMN da coxa direita.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Pedir raio-X simples da região coxofemoral direita.

Esta criança tem claros sinais de uma patologia orgânica, pois apresenta dor localizada a uma região específica do membro inferior, sem alívio com analgésico, e que ainda mais se acompanha de claudicação, despertar noturno e dor à palpação, e febre intermitente de início recente. Perante este quadro, seria de despistar lesões ósseas que possam ser características de alguns tumores (visíveis na radiografia), e com menor probabilidade situações infecciosas subagudas (como osteomielite subaguda), que possam associar-se a uma possível drepanocitose, dada a origem, embora esta seja muito menos provável pois esta criança teria já tido manifestações prévias deste diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Iniciar antibioterapia com flucloxacilina.

Comentário: Não seria indicado iniciar antibioterapia sem colheitas prévias e radiografia da zona específica das queixas.

B - Iniciar ibuprofeno e reavaliar após uma semana.

Comentário: A vinheta clínica já nos refere que não há alívio com analgesia, e tem claros sinais de alarme pelo que não seria o passo mais adequado na gestão deste menino.

C - Pedir cintigrafia óssea.

Comentário: Não seria o exame de primeira linha nesta situação, embora posteriormente pudesse estar indicado para melhor clarificação de uma eventual lesão.

E - Pedir RMN da coxa direita.

Comentário: Não seria o exame de primeira linha nesta situação, embora posteriormente pudesse estar indicado para melhor clarificação de uma eventual lesão.

PERGUNTA 109

Um homem de 57 anos volta novamente ao consultório médico para falar sobre os resultados de provas hepáticas feitas em jejum e obtidas 10 dias antes. As análises feitas previamente ao início da toma de atorvastatina. O doente refere que se tem sentido bem, não tem tido febre nem dor abdominal ou músculo-esquelética. Não toma nenhuma outra medicação. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Ele tem 178 cm de altura e pesa 95 kh; IMC 30 kg/m^2. O exame físico revela perda auditiva neurossensorial bilateral. A tíbia direita está arqueada.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Fosfatase alcalina	365 U/L
Cálcio total	9,4 mg/dL

Os restantes resultados encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Em qual dos seguintes estudos adicionais é mais provável a existência de alterações neste doente?

A. Antigénio específico da próstata.
B. Ecografia abdominal.
C. Eletroforese de proteínas séricas.
D. Estudo da condução nervosa no membro inferior esquerdo.
E. Raio-X do crânio.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Endocrinologia

Validação da afirmação correta: Raio-X do crânio.

O quadro clínico é compatível com Doença de Paget óssea. O doente apresenta fosfatase alcalina elevada (sem clínica de disfunção hepática), tíbia arqueada e

perda auditiva neurossensorial bilateral (por atingimento coclear). Uma das regiões mais frequentemente afetada pelas lesões ósseas típicas é a região do crânio, pelo que é o estudo adicional onde é mais provável a existência de alterações neste doente.

Restantes alíneas:

A - Antigénio específico da próstata.

Comentário: Sem atingimento prostático.

B - Ecografia abdominal.

Comentário: Sem atingimento intra-abdominal (fosfatase alcalina é de origem óssea)

C - Eletroforese das proteínas séricas.

Comentário: Normal na Doença de Paget óssea.

D - Estudo da condução nervosa no membro inferior esquerdo.

Comentário: Sem atingimento direto de nervos.

PERGUNTA 110

Um estudante de 18 anos vem ao consultório médico para avaliação para a prática desportiva. Ele não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. Não fuma nem bebe bebidas alcoólicas. Os sinais vitais são temperatura 36,7ºC, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 60/min, e pressão arterial 140/88 mmHg. Ele tem 186 cm de altura e pesa 76 Kg; IMC 22. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico grau 2/6, audível no ápex e no bordo esquerdo do esterno, que aumenta na posição ortostática e diminui quando se agacha. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Cardiomiopatia hipertrófica.
B. Estenose aórtica.
C. Foramen ovale patente.
D. Prolapso da válvula mitral.
E. Regurgitação tricúspide.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Cardiomiopatia hipertrófica.

Os únicos sopros à esquerda que se adequam ao comportamento descrito na vinheta clínica são a cardiomiopatia hipertrófica e o prolapso da válvula mitral. O sexo masculino e a ausência de clique meso-telessistólico [i.e. típico do prolapso da válvula mitral] tornam a hipótese de cardiomiopatia hipertrófica mais provável.

Restantes alíneas:

B - Estenose aórtica
Comentário: O sopro de estenose aórtica é melhor audível a nível do foco aórtico e tem irradiação cervical. Adicionalmente, a intensidade do sopro não tem esta relação com a posição ortostática e movimentos de squatting.

C - Foramen ovale patente
Comentário: O foramen ovale patente não se traduz em alterações auscultatórias, ao contrário da comunicação interauricular.

D - Prolapso da válvula mitral
Comentário: Apesar de apresentar um comportamento em tudo semelhante à cardiomiopatia hipertrófica, o sexo masculino e a ausência do clique meso-telessistólico típico tornam esta hipótese menos provável.

E - Regurgitação tricúspide
Comentário: Os focos de maior intensidade tornam a hipótese incorrecta.

PERGUNTA 111

Uma mulher de 48 anos vem ao consultório médico por poliartralgias generalizadas, persistentes, nos últimos oito meses, com localização mal definida, mais acentuadas na região cervical, lombar, ombros e mãos, às vezes muito intensas, com incapacidade para o trabalho. Refere ainda cansaço marcado, irritabilidade e cefaleias e sente-se muito deprimida. A história médica revela tendinites dos membros superiores, síndrome do canal cárpico bilateral, hipotiroidismo e dislipidemia. A medicação habitual inclui paracetamol, tramadol, levotiroxina e bromazepam. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência

respiratória 14/min, frequência cardíaca 73/min e pressão arterial 138/72 mm Hg. Ao exame físico apresenta dor em 6 dos 19 pontos dolorosos, com intensidade 9/10 na escala de dor. O restante exame físico, estudos analíticos e exames radiológicos da coluna vertebral, ombros e mãos encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Prescrever duloxetina.
B. Prescrever fisioterapia.
C. Recomendar dieta com reforço de cálcio.
D. Solicitar ecografia da tiróide.
E. Solicitar RM da coluna vertebral.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correta: Precrever duloxetina.

Estamos perante uma mulher de 49 anos com um quadro de fibromialgia. A doente apresenta sintomatologia característica (dores generalizadas e fadiga/cansaço) associado a sintomas cognitivos (irritabilidade), alterações do humor (depressivo) e sintomas somáticos (cefaleias) com duração superior a 3 meses (8 meses). Além disso, foram excluídas outras causas através da normalidade do exame físico, estudo analítico e radiografias. Sendo assim, cumpre os critérios de diagnóstico *American College Rheumatology* 2010. Referir que o facto de ser uma mulher entre os 20-55 anos apoia fortemente este diagnóstico e que a presença de pontos dolorosos à pressão (pelo menos 11 em 19) já não constitui um critério de diagnóstico. Finalmente, é importante destacar que os antecedentes pessoais de síndrome do canal cárpico e de tendinites dos membros superiores são alternativas para explicar a dor localizada nas mãos e ombros mas que a ausência de alterações no exame físico exclui estas hipóteses; e que o hipotiroidismo é uma causa de dor generalizada crónica mas o estudo analítico normal exclui esta hipótese. No tratamento da fibromialgia devem ser consideradas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, sendo o exercício físico aeróbico e de força a única recomendação forte, mas que não é uma alternativa. Dentro das alternativas apresentadas, a duloxetina é um tratamento recomendado apesar da evidência não ser tão forte como no exercício.

Restantes alíneas:

B - Prescrever fisioterapia
Comentário: Esta hipótese não está completamente correcta pois apesar do exercício físico aeróbico e de força poder ser considerado uma técnica de fisioterapia, a maioria das estratégias de fisioterapia não estão recomendadas. Além disso, a prescrição de exercício físico aeróbico e de força é geralmente feito sem necessitar de prescrição de fisioterapia. Neste sentido, a alínea não está completamente correcta e existindo uma alternativa mais verdadeira, considera-se esta alternativa incorrecta.

C - Recomendar dieta com reforço de cálcio
Comentário: Esta hipótese está incorrecta. Atualmente não existem recomendações sobre a dieta na fibromialgia. Esta hipótese deveria ser considerada numa doente com osteoporose.

D - Solicitar ecografia da tiróide
Comentário: Esta hipótese está incorrecta. Como falado anteriormente, o hipotiroidismo pode originar síndromes de dor crónica generalizada, no entanto o rastreio faz-se por avaliação analítica da função tiroideia. A ecografia da tiroide deveria ser requisitada numa 2ª linha para investigar patologia da glândula tiroideia em caso de alterações analíticas, mas não para explicar a síndrome de dor crónica generalizada.

E - Solicitar RM da coluna cervical
Comentário: Esta hipótese está incorrecta. Apesar da doente ter dor mais acentuada na região cervical, apresenta um exame físico e radiografia da coluna vertebral sem alterações, pelo que não existe suspeita de patologia que justifique este exame.

PERGUNTA 112

Um homem de 52 anos vem ao consultório médico por andar mais ansioso desde que ficou desempregado, há dois meses. Anda mais irritado com a família, mas tem dormido bem. Queixa-se de azia desde há vários anos e quando come alimentos mais ácidos. Apresenta fezes mais moles do que o habitual, que associa ao facto de andar mais ansioso. Nega diminuição do jato urinário ou disúria. Nega ainda humor depressivo. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Os antecedentes familiares revelam história paterna de neoplasia do cólon aos 62 anos, operada. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 81/min e pressão arterial 132/84 mm Hg. A auscultação cardíaca e pulmonar e a palpação abdominal encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O toque retal é insuspeito. Para além de iniciar um ansiolítico por

um curto período, qual das seguintes alternativas é o estudo de diagnóstico mais adequado neste doente?

A. Ecografia abdominal.
B. Colonoscopia total.
C. Ecografia prostática transretal.
D. Ecografia renal e vesical.
E. Não são necessários outros exames.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Medicina (Gastrenterologia)

Validação da afirmação correta: Colonoscopia total.

Doente com história de neoplasia do cólon no pai antes dos 65 anos e com alterações do trânsito intestinal que surgem já depois dos 50 anos, o que justifica a realização de colonoscopia.

Restantes alíneas:

A - Ecografia abdominal
Comentário: Perante a dúvida de carcinoma colo-retal ou síndrome do intestino irritável, não nos dará grande informação.

C - Ecografia prostática transretal
Comentário: Perante a dúvida de carcinoma colo-retal ou síndrome do intestino irritável, não nos dará grande informação.

D - Ecografia renal e vesical
Comentário: Perante a dúvida de carcinoma colo-retal ou síndrome do intestino irritável, não nos dará grande informação.

E - Não são necessários outros exames
Comentário: Poderia ser uma opção no caso de ser um doente jovem e sem história familiar de neoplasia do cólon, atuando como um caso de síndrome do intestino irritável.

PERGUNTA 113

Uma mulher de 60 anos vem ao consultório médico por cansaço, mialgias, sintomatologia dispéptica uma a duas vezes por semana e obstipação com três meses de evolução. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo e não faz medicação habitual. No entanto, refere valores elevados de cálcio sérico nas análises que fez para o seguro de vida, há dois anos. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 60/min e pressão arterial 135/75 mm Hg. Ela tem 171 cm de altura e pesa 73kg; IMC 25 kg/m2. Ela parece ansiosa, mas sem sinais de sofrimento agudo. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade e a palpação dos músculos não revela dor.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Sódio	140 mEq/L
Potássio	3,5 mEq/L
Cloro	100 mEq/L
Bicarbonato	25 mEq/L
Cálcio total	11,1 mg/dL
TSH	4,0 µU/mL
Hormona paratiroideia (PTH)	50 pg/mL [N = 10-55]

Sangue

Hemoglobina	13,0 g/dL
Hematócrito	36 %
Leucócitos	10 000/mm^3

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

A. Hiperparatiroidismo.
B. Hiperpituitarismo.
C. Hipertiroidismo.
D. Hipoparatiroidismo.
E. Hipotiroidismo.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Hiperparatiroidismo

A doente apresenta sintomatologia compatível com hipercalcemia e cálcio sérico elevado. Apesar da PTH estar dentro do intervalo de referência, encontra-se próxima do limite superior de normalidade. Num doente com hipercalcemia não-mediada por PTH, a produção de PTH deveria estar suprimida, pelo que este valor próximo do limite superior do normal é inapropriadamente alto e compatível com hiperparatiroidismo.

Restantes alíneas:

B - Hiperpituitarismo
Comentário: Nada sugere disfunção hipofisária.

C - Hipertiroidismo.
Comentário: Excluído por TSH normal.

D - Hipoparatiroidismo.
Comentário: Excluído por o cálcio estar alto e a PTH normal.

E - Hipotiroidismo.
Comentário: Incorreto por TSH estar normal.

PERGUNTA 114

Um homem de 28 anos é admitido no serviço de urgência por fraqueza generalizada, febre, dor no flanco direito e hematúria com cinco dias de evolução. No dia da admissão, de manhã, iniciou calafrios. O doente refere episódios prévios de hematúria, durante os últimos três anos, que atribui a um programa de exercício físico intenso. Refere também que teve «infeções no rim» tratadas no serviço de urgência. A história médica revela hipertensão arterial, para a qual recusou tratamento. Refere que alguns dos seus familiares biológicos precisaram de fazer diálise, e tem ideia de que o pai biológico morreu jovem devido a «hemorragia cerebral». Na urgência iniciou antibiótico endovenoso e fluidos. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 96/min e pressão arterial 162/92mm Hg. O exame físico revela percussão dolorosa do flanco direito. Os exames cardiopulmonar e retal encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro
Creatinina 2,0 mg/dL
Azoto ureico 25 mg/dL

Sangue
Leucócitos 12 500/mm^3

Urina
Proteínas Vestígios
Sangue 1+

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável da condição do doente?

A. Doença poliquística renal.
B. Feocromocitoma.
C. Obstrução congénita da junção uretero-pélvica.
D. Rim esponjoso medular.
E. Síndrome de Goodpasture.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Nefrologia)

Validação da afirmação correta: Doença poliquística renal

Trata-se de um jovem com história familiar de doença renal crónica terminal em vários familiares (portanto provável doença de padrão autossómico dominante), pai com hemorragia intracraniana, vários episódios de infeção urinária, hematúria macroscópica e hipertensão arterial conhecida, elementos que sugerem a possibilidade de doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD). A dor no flanco, Murphy renal positivo, febre, hematúria e leucocitose são sugestivos de infeção urinária (complicada). Nas análises atuais, é evidente lesão renal com creatinina sérica de 2mg/dL que, ainda que possa corresponder a uma agudização, provavelmente estará sobreposta a uma alteração crónica da função renal.

Restantes alíneas:

B - Feocromocitoma
Comentário: O feocromocitoma é um tumor da supra-renal produtor de catecolaminas ou metanefrinas. Associa-se a uma clínica de hiperativação simpática com cefaleias, taquicardia, diaforese e é uma possível causa de hipertensão secundária, mas não é uma causa de doença renal crónica terminal.

C - Obstrução congénita da junção uretero-pélvica

Comentário: Obstrução congénita da junção uretero-pélvica é uma causa de aumento de risco de infeção, mas não explica a hematúria do treino intenso ou história familiar de doença renal.

D - Rim esponjoso medular
Comentário: Rim esponjoso medular é uma dilatação congénita dos ductos coletores, que aumenta o risco de litíase e infeção urinária mas habitualmente não é hereditária.

E - Síndrome de Goodpasture
Comentário: A síndrome de Goodpasture é uma doença auto-imune com produção de anticorpos contra a subunidade alfa 3 do colagénio IV existente na membrana basal glomerular e alveolar apresentando-se, a nível renal com uma síndrome nefrítica decorrente da inflamação e destruição glomerular provocada por estes anticorpos.

PERGUNTA 115

Um lactente de 6 meses, nascido às 36 semanas de gestação, vem ao consultório médico para consulta de vigilância. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Ao exame físico apresenta somatometria adequada à idade gestacional.
Qual das seguintes alternativas é expectável observar na avaliação do neurodesenvolvimento deste lactente?

A. Aponta com o indicador para pedir.
B. Apresenta bom controlo cefálico.
C. Diz «papá/ mamã» sem intenção.
D. Fica sentado sem apoio.
E. Sorri ao ver a sua imagem num espelho.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Apresenta bom controlo cefálico.

Este lactente, nascido às 36 semanas de gestação, tem uma idade cronológica de 6 meses e uma idade corrigida de 5 meses. Nos lactentes prematuros é

habitual observarmos algum atraso nas aquisições do desenvolvimento para a idade cronológica, mas aquisições no tempo adequado para a idade corrigida. Neste caso, é expectável que o lactente apresente bom controlo cefálico, uma vez que o controlo cefálico surge até aos 3 meses e aos 6 meses habitualmente já deve haver um bom controlo cefálico, pelo que esta afirmação é válida quer se considere a idade cronológica ou corrigida.

Restantes alíneas:

A - Aponta com o indicador para pedir.
Comentário: Habitualmente esta é uma aquisição adquirida entre os 6 e os 9 meses, pelo que poderia não estar presente.

C - Diz «papá/ mamã» sem intenção.
Comentário: Habitualmente a repetição de sílabas surge pelos 9 meses, pelo que não seria expectável que o lactente consiga dizer «papá/ mamã» mesmo que sem intenção nesta idade.

D - Fica sentado sem apoio.
Comentário: Ficar sentado sem apoio é uma aquisição típica dos 6 meses, contudo, perante um lactente prematuro com uma idade corrigida de 5 meses, poderia ainda não ter sido atingida.

E - Sorri ao ver a sua imagem num espelho.
Comentário: Sorrir ao ver a sua imagem no espelho surge pelo 6.º mês, pelo que também poderia ser uma competência ainda não atingida num lactente com uma idade corrigida de 5 meses.

PERGUNTA 116

Uma lactente de 12 meses é trazida ao consultório médico por palidez. A mãe refere que a criança recusa todos os alimentos sólidos e cospe as vitaminas. Encontra-se sob aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. O desenvolvimento psicomotor é adequado à idade e a criança parece saudável. Tem o programa nacional de vacinação atualizado. Ela mede 75 cm (percentil 50) e pesa 10 kg (percentil 75). A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A auscultação cardíaca mostra sopro sistólico de ejeção, grau 2/6.
Os resultados dos estudos analíticos realizados revelam:

Soro
Chumbo 9 µg/dL [rec ≤ 9 µg/dL]

Sangue

Hemoglobina	9,5 g/dL [N = 10,5-14,0 g/dL]
VGM	68 µm3[N = 72-88 µm3]

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Anemia fisiológica.
B. Anemia por deficiência de ferro.
C. Esferocitose hereditária.
D. Intoxicação por chumbo.
E. Traço α-talassémico.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Anemia por deficiência de ferro.

Estamos perante uma lactente com anemia microcítica e com fatores de risco para ferropenia – a idade e os erros alimentares (recusa alimentos sólidos e possivelmente compensa com aleitamento materno, que é pobre em ferro). A deficiência de ferro é a causa mais frequente de anemia em todo o mundo e em idade pediátrica ocorre sobretudo no 1.º ano de vida e na adolescência. O valor de chumbo no limite superior da normalidade apoia este diagnóstico uma vez que a ferropenia potencia a absorção de chumbo pelas vias digestiva e inalatória.

Restantes alíneas:

A - Anemia fisiológica
Comentário: Esta corresponde ao nadir do valor de hemoglobina que é atingido entre as 8 e as 12 semanas de vida, após o nascimento de termo, que é muito bem tolerada. Aos 11 meses, não existe anemia fisiológica.

C - Esferocitose hereditária
Comentário: A esferocitose hereditária é a anemia hemolítica mais frequente em caucasianos e é habitualmente microcítica, contudo é menos frequente que a anemia ferropénica e não temos clínica de hemólise na criança descrita na vinheta clínica.
D - Intoxicação por chumbo

Comentário: A intoxicação por chumbo é também causa de anemia microcítica. Nesta vinheta temos um valor de chumbo no sangue no limite superior da normalidade, provavelmente devido à anemia ferropénica que potencia a absorção de chumbo, contudo não é um valor sugestivo de intoxicação.

E - Traço alfa-talassémico
Comentário: Os portadores de traço alfa-talassémico habitualmente são assintomáticos e apresentam microcitose e hipocromia sem anemia ou com anemia ligeira, pelo que a presença de alterações clínicas (palidez e sopro sistólico) nos deveriam afastar desta hipótese diagnóstica. Adicionalmente, a ferropénia é uma causa muito mais provável de anemia.

PERGUNTA 117

Um homem de 28 anos está internado há três dias para tratamento de pneumonia estreptocócica com cefotaxima endovenosa e azitromicina oral. A história médica revela imunodeficiência comum variável. Antes da admissão, a medicação habitual incluía imunoglobulina mensal, mas o doente admitiu ter faltado ao tratamento nos últimos três meses. Os sintomas melhoraram nas primeiras 24 horas após o início do tratamento antibiótico, mas hoje refere dor no joelho esquerdo, com intensidade 9/10. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência respiratória 20/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 108/58mm Hg; SpO_2 94% (ar ambiente). Ao exame físico a auscultação pulmonar revela crepitações e egofonia no campo pulmonar esquerdo, na região posterior. O joelho esquerdo está quente, edemaciado e doloroso à palpação direta e à flexão. O raio-X do joelho esquerdo não mostra alterações.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Hemoglobina	13,0 g/dL
Hematócrito	39 %
Leucócitos	16 200/mm^3
Neutrófilos, segmentados	93 %
Linfócitos	5 %
Monócitos	2 %
Plaquetas	543 × 109/L
Velocidade de sedimentação eritrocitária	71 mm/1.ª hora

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da dor no joelho esquerdo?

A. Artrite séptica.
B. Gota.
C. Osteoartrose.
D. Pseudogota.
E. Rotura de quisto de Baker.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correta: Artrite séptica.

O quadro clínico descreve uma monoartrite (dor a palpação e flexão, edema e calor) aguda (24 horas de evolução) do joelho esquerdo associado a febre. As hipóteses para explicar uma monoartrite aguda febril são as artrites microcristalinas e a artrite séptica. Neste caso clínico, a hipótese mais provável é a artrite séptica dado a existência de factores de risco, nomeadamente um estado de imunodepressão com imunodeficiência comum variável sem tratamento regular nos últimos três meses e a presença de uma infeção (pneumonia) como potencial foco de disseminação hematogénica; e as artrites microcristalinas (nomeadamente a gota e a pseudogota) serem raras em indivíduos jovens. Por fim, realçar que a febre de 38ºC apesar de ser mais comum na artrite séptica também pode estar presente nas artrites microcristalinas.

Restantes alíneas:

B - Gota
Comentário: A hipótese de gota deve ser equacionada num quadro de monoartrite aguda febril, sendo frequentemente desencadeada por intercorrências médicas que motivam internamento. Apesar da gota ser mais comum que a artrite séptica, os seguintes tornam esta hipótese menos provável: a idade jovem do doente; a ausência de causas secundárias de gota; a ausência de episódios prévios de monoartrite aguda; e o episódio inaugural ser no joelho (e não na 1ª articulação metatarsofalângica). A gota em idades jovens deve levantar a suspeita de causas secundárias hereditárias.

C - Osteoartrose
Comentário: A hipótese de osteoartrose (OA) está incorreta. Apesar do joelho ser uma articulação frequentemente envolvida na OA e por vezes apresentar surtos inflamatórios, esta caracteriza-se sobretudo com quadros álgicos mecânicos, crónicos e insidiosos. Além disso, afecta indivíduos com mais de

50-60 anos, excepto se existirem causas secundárias (não presentes no caso). Por fim, a radiografia do joelho não mostra alterações características na OA.

D - Pseudogota
Comentário: A hipótese de pseudogota (mais corretamente doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio - DDCPC) deve ser equacionada num quadro monoartrite aguda febril, sobretudo se no joelho. Apesar da DDCPC ser mais comum que a artrite séptica e afectar frequentemente os joelhos e punhos, os seguintes tornam esta hipótese menos provável: a idade jovem do doente; a ausência de causas secundárias de DDCPC; a ausência de episódios prévios de monoartrite aguda; e a ausência de condrocalcinose na radiografia do joelho. Em indivíduos com menos de 50-55 anos a DDCPC associa-se a causas secundárias metabólicas (hiperparatitoidismo, hemocromatose, entre outros) ou hereditárias.

E - Rotura de quisto de Baker
Comentário: A hipótese de rotura de quisto de Baker é altamente improvável. Apesar de ser uma causa de gonalgia aguda com limitação na flexão, o quadro típico não apresenta artrite do joelho e é semelhante a uma trombose venosa profunda da veia popliteia com edema na região gemelar. Além disso, o quisto de Baker surge geralmente em indivíduos mais velhos com artropatias crónicas nos joelhos.

PERGUNTA 118

Uma mulher de 55 anos recorre ao serviço de urgência por dor epigástrica intensa de início súbito há cerca de quatro horas. Refere que a dor iniciou após a ingestão de vários cocktails e costeleta de porco ao jantar. Desde então, sente náuseas e teve vários episódios de vómitos, sem sangue. Ela nega episódios anteriores semelhantes. A história médica revela cirurgia por gravidez ectópica há 30 anos. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência cardíaca 100/min, frequência respiratória 14/min e pressão arterial 100/60 mm Hg. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A palpação abdominal revela dor e espasmo muscular na região epigástrica. Não se auscultam ruídos hidroaéreos. O raio-X abdominal em pé mostra uma pequena quantidade de ar livre sob o hemidiafragma direito. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Avaliar as concentrações séricas de amilase e lipase.
B. Avaliar os valores de hemoglobina e hematócrito.
C. Preparar para endoscopia digestiva alta.
D. Referenciar para observação por um cirurgião geral.
E. Solicitar trânsito gastrointestinal com gastrografina.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correcta: Referenciar para observação por um cirurgião geral.

Quadro de dor epigástrica súbita associada a náuseas e vómitos e pneumoperitoneu evidenciado em radiografia de abdómen tornam necessária a avaliação urgente por um cirurgião geral tendo em conta uma provável perfuração de víscera oca.

Restantes alíneas:

A - Avaliar as concentrações séricas de amilase e lipase
Comentário: Sem utilidade clínica na presença de um pneumoperitoneu.

B - Avaliar os valores de hemoglobina e hematócrito
Comentário: Sem utilidade clínica na presença de um pneumoperitoneu.

C - Preparar para endoscopia digestiva alta
Comentário: Contraindicada perante a suspeita de perfuração.

E - Solicitar trânsito gastrointestinal com gastrografina
Comentário: Sem utilidade clínica na presença de um pneumoperitoneu.

PERGUNTA 119

Um jovem de 16 anos vem ao serviço de urgência por perdas hemáticas tipo hematoquezia com dois dias de evolução, associadas a tonturas. A história médica revela apendicectomia aos 12 anos e hernioplastia de hérnia inguinal esquerda aos 10 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 24/min, frequência cardíaca 120/min e pressão arterial 90/80 mm Hg. Ao exame físico apresenta marcada palidez da pele e as mucosas estão descoradas.
Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

AST	90 U/L
ALT	80 U/L

LDH	150 U/L
γ-glutamil transferase (GGT)	150 U/L
Proteína C reativa	50 mg/L

Sangue

Hemoglobina	8,9 g/dL
Leucócitos	11 000/mm3
Plaquetas	400 × 109/L
γ-glutamil transferase (GGT)	150 U/L
Proteína C reativa	50 mg/L

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da hemorragia?

A. Divertículo de Meckel.
B. Diverticulose cólica.
C. Invaginação intestinal.
D. Polipose cólica familiar.
E. Úlcera péptica duodenal.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Divertículo de Meckel.

Neste caso clínico temos uma anemia aguda/crónica descompensada, por perda de origem gastrointestinal. Temos taquicardia, uma tensão arterial com baixo diferencial (será possível este diferencial?), palidez cutâneo mucosa. Para além de estabilizar este doente, que seria o passo inicial, o diagnóstico mais provável seria o divertículo de Meckel, uma situação em que pode haver uma hemorragia crónica (em que apenas se deteta numa fase de descompensação ou de forma incidental em avaliação analítica), e/ou uma hemorragia massiva, que poderá ser o caso, dada a referência a hematoquézia nos dois dias anteriores. A hematoquézia também sugere uma origem mais alta do que baixa, no trato gastrointestinal.

Restantes alíneas:

B - Diverticulose cólica
Comentário: A diverticulose cólica não é habitual na idade pediátrica, e não tem como manifestação típica, quando sintomática, a hemorragia gastrintestinal.

C - Invaginação intestinal
Comentário: O quadro clínico de invaginação intestinal não se caracteriza pelo descrito, (dor abdominal, por exemplo) embora o divertículo de Meckel possa ser um ponto de invaginação intestinal.

D - Polipose cólica familiar
Comentário: Não há dados na história clínica que sugiram esta situação, embora pólipos possam ser fonte de hemorragia, habitualmente são de retorragia e não hematoquézia, pela sua origem mais baixa.

E - Úlcera péptica duodenal
Comentário: Não é a patologia mais frequente no quadro clínico descrito, em que não é feita referência a qualquer quadro prévio de dor (embora a úlcera possa ter como complicação a hemorragia).

PERGUNTA 120

Um menino de 8 meses é trazido ao consultório médico para consulta de saúde infantil. A mãe refere que a criança não tem tido dejeções espontâneas nos últimos 3 meses, necessitando de estimulação com sonda de supositório de glicerina (sem conteúdo) para manter dejecções diárias. Nos últimos dois meses, iniciou dieta rica em fibras e laxante osmótico, sem noção de melhoria. Após o nascimento, houve eliminação de mecónio ao 3.º dia de vida. Esteve sob aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, altura em que iniciou diversificação alimentar. Ao exame físico apresenta má evolução ponderal, distensão abdominal e ampola retal sem fezes ao toque retal. O desenvolvimento psicomotor é adequado à idade. Qual dos seguintes é o exame mais adequado para estabelecer o diagnóstico mais provável?

A. Ecografia abdominal.
B. Estudo analítico com função tiroideia.
C. Imunoglobulinas e anticorpos antitransglutaminase.
D. Manometria anorretal.
E. Radiografia abdominal simples em pé.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Manometria anorretal.

Estamos perante um caso de obstipação com vários sinais de alarme que nos devem sugerir uma causa orgânica: atraso na eliminação de mecónio (>48h), ausência de melhoria com tratamento adequado, má evolução ponderal e ampola retal vazia. Este conjunto de sinais de alarme num caso de obstipação deve sugerir-nos, em primeiro lugar, o diagnóstico de Doença de Hirschprung, dado que é esta a apresentação típica fora do período neonatal. O diagnóstico definitivo implica biópsia retal, de forma a confirmar a ausência de células ganglionares na submucosa e no plexo mioentérico. A manometria anorretal confirma a ausência de reflexo anal inibitório que ocorre na Doença de Hirschprung, pelo que seria o exame mais adequado dos listados para estabelecer o diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Ecografia abdominal
Comentário: A ecografia abdominal raramente é útil na investigação complementar da obstipação.

B - Estudo analítico com função tiroideia
Comentário: O hipotiroidismo é também uma causa orgânica de obstipação, contudo a apresentação habitual inclui diminuição da velocidade de crescimento, aumento ponderal e lentificação psicomotora, que não estão presentes neste caso.

C - Imunoglobulinas e anticorpos antitransglutaminase.
Comentário: A doença celíaca também pode ser uma causa de obstipação, contudo essa apresentação é mais frequente em adolescentes ou crianças mais velhas; no lactente pode causar esteatorreia, anorexia, vómitos, irritabilidade, má progressão ponderal e anemia ferropénica. Adicionalmente, é uma doença desencadeada pela ingestão de glúten e os sintomas deste lactente surgiram quando ainda estava sob aleitamento materno exclusivo.

E - Radiografia abdominal simples em pé
Comentário: A radiografia abdominal pode ser útil nalguns casos para demonstrar retenção fecal ou para excluir um diagnóstico de obstrução intestinal. A sua utilização nos casos em que a clínica não é sugestiva de obstrução intestinal é controversa, uma vez que não existe correlação entre a imagem radiológica de acumulação de fezes e a clínica de obstipação.

PERGUNTA 121

Um homem de 59 anos, motorista, vem ao consultório médico por ter dejeções diárias de fezes moles (média de 5/dia), com seis meses de evolução. Adicionalmente teve emagrecimento de 12% do peso corporal nesse período. A história médica inclui pancreatite crónica, de etiologia alcoólica. Consome cinco bebidas alcoólicas por dia e fuma (40 UMA). Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 76/min e pressão arterial 130/85 mm Hg. Ao exame físico observa-se edemas ligeiros dos membros inferiores. O abdómen é indolor à palpação. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Glicemia	110 mg/dL
AST	78 U/L
ALT	35 U/L
Albumina	2,7 g/dL

Sangue

Hemoglobina	13 g/dL
VGM	100 fL

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

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

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Medicina (Gastrenterologia)

Validação da afirmação correta: Esteatorreia.

Este caso ilustra um caso de pancreatite crónica cujas manifestações mais comuns são dor abdominal, desenvolvimento de diabetes por disfunção endócrina e esteatorreia por disfunção exócrina - assim, a diarreia resulta da diminuição das enzimas pancreáticas que são necessárias para a digestão das gorduras.

Restantes alíneas:

A - Causa osmótica
Comentário: Um caso de diarreia osmótica iria cursar com fezes totalmente líquidas e sinais de desidratação.

B - Causa secretória
Comentário: Um caso de diarreia secretora iria cursar com fezes também líquidas e em grande quantidade, assim como habitualmente com presença de dor abdominal

C - Inflamação crónica
Comentário: A inflamação crónica, como num caso de colite ulcerosa ou doença de Crohn cursaria possivelmente com presença de sangue nas fezes, mas com certeza com anemia, quer por défice de absorção, quer por perdas hemática.

D - Neuropatia visceral
Comentário: A neuropatia visceral associa-se na maioria das vezes a diabetes (que o doente ainda não tem dado o valor de glicose) e cursa com outros sintomas como dor abdominal, distensão abdominal, náuseas e vómitos, não se associando a perda de peso.

PERGUNTA 122

Um lactente de 5 meses é trazido ao consultório médico pela mãe, para orientação acerca do início da diversificação alimentar, uma vez que vai reiniciar o trabalho. Tem estado sob aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, com evolução estaturo-ponderal adequada. Não tem antecedentes pessoais de relevo. Os antecedentes familiares incluem asma e rinite alérgica nos pais e irmã mais velha. Até à próxima reavaliação em 15 dias, qual das seguintes recomendações é a mais adequada?

A. Iniciar caldo de legumes com carne.
B. Iniciar fórmula infantil extensamente hidrolisada.
C. Iniciar fórmula infantil parcialmente hidrolisada.
D. Iniciar iogurte sem lactose.
E. Iniciar papa de cereais.

Proposta Academia: E

<u>Atenção:</u> Pergunta passível de revisão. Poderia também ser considerada correta a hipótese C, se a mãe não tivesse leite materno guardado.

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Iniciar papa de cereais.

Esta poderia ser uma hipótese de início de alimentação complementar, uma vez que a DGS considera nas suas recomendações para profissionais de 2019 a papa de cereais como alternativa em igual pé com o caldo de legumes. Seria ainda mais ainda uma hipótese se fosse papa não láctea, possível de preparar com leite materno.

Restantes alíneas:

A - Iniciar caldo de legumes com carne
Comentário: A introdução de carne apenas está recomendada a partir dos 6 meses, sendo que aos 5 o início da alimentação complementar se faz apenas com o caldo de legumes.

B - Iniciar fórmula infantil extensamente hidrolisada
Comentário: Este lactente tem estado sob aleitamento materno exclusivo, não tem indicação para iniciar uma fórmula extensamente hidrolisada, habitualmente apenas feita na presença de alergia às proteínas de leite de vaca.

C - Iniciar fórmula infantil parcialmente hidrolisada
Comentário: Esta poderia ser uma hipótese, existindo alguns estudos que suportam a utilização de fórmulas hipoalergénicas nos primeiros anos de vida, na ausência de leite materno, como forma de diminuir a probabilidade de patologia alérgica mais tarde. Não existe evidência que o leite hipoalergénico tenha algum benefício depois dos primeiros meses de vida, sendo que a DGS nas suas recomendações de 2019 para profissionais considera como alternativa a manutenção de leite em exclusivo até aos 6 meses.

D - Iniciar iogurte sem lactose
Comentário: O iogurte não está recomendado nesta idade, com ou sem lactose.

PERGUNTA 123

Um homem de 72 anos é trazido ao serviço de urgência pelos bombeiros por estar em coma desde hoje de manhã. A filha refere poliúria intensa, diminuição do apetite e perda de peso de cerca de 10 kg nas últimas semanas e letargia e

confusão há 48 horas. A história médica revela obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. A medicação habitual inclui metformina, sitagliptina, ramipril, bisoprolol, furosemida, ácido acetilsalicílico e lorazepam, em posologia que a filha não recorda. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 108/78 mmHg; SpO2 97 % (ar ambiente). Ao exame físico está em coma (escala de coma de Glasgow = 5). As mucosas estão desidratadas e anictéricas. A auscultação cardíaca e pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole e depressível. Não tem edemas. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro

Glucose	854 mg/dL
Sódio	140 mEq/L
Potássio	4,6 mEq/L
Magnésio	2 mEq/L
Bicarbonato	24 mEq/L
Cálcio ionizado	1,3 mmol/L [N = 1,17-1,32]
Fósforo sérico	2,9 mg/dL

Gases

PO_2	89 mm Hg
PCO_2	34 mm Hg
pH	7,4

Qual dos seguintes parâmetros é o mais prioritário corrigir neste momento?

A. Calcemia.
B. Caliemia.
C. Fosfatemia.
D. Magnesiemia.
E. Volemia.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Volemia.

O doente apresenta um quadro compatível com síndrome hiperglicémico hiperosmolar. Um dos elementos centrais do tratamento é a correção da volémia com NaCl.

Restantes alíneas:

A - Calcemia
Comentário: Valor está normal; não é prioritária a correção.

B - Caliemia
Comentário: Valor está normal.

C - Fosfatemia
Comentário: Alteração não clinicamente relevante (hipofosfatémia borderline); não é prioritária a correção.

D - Magnesiemia
Comentário: Valor está normal; não é prioritária a correção.

PERGUNTA 124

Uma mulher de 28 anos vem ao serviço de urgência por astenia marcada desde há sete dias, após quadro febril não investigado. Ela não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são frequência cardíaca 64/min e pressão arterial 100/60 mm Hg. Ela tem 168 cm de altura e pesa 58 kg; IMC 21 kg/m2. Ao exame físico apresenta petéquias e equimoses nos membros inferiores, palidez da pele e mucosas e escleróticas subictéricas.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Soro	
Creatinina	1,0 mg/dL
Azoto ureico	17 mg/dL
AST	75 U/L
Bilirrubina total.	2,1 mg/dL
Desidrogenase láctica (LDH)	185 U/L
Sangue	
Hemoglobina	8,2 g/dL
VGM	100 fL
Leucócitos	7 500/mm3
Neutrófilos, segmentados	62 %
Linfócitos	30 %
Monócitos	7 %
Plaquetas	28 × 10^9/L
Tempo de protrombina	11 segundos

Tempo de tromboplastina parcial ativada 25 segundos

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Anemia hemolítica imune.
B. Coagulação intravascular disseminada.
C. Deficiência em vitamina B12.
D. Leucemia monocítica aguda.
E. Púrpura trombótica trombocitopénica.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Medicina (Hematologia)

Validação da afirmação correta: Púrpura trombótica trombocitopénica.

A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é caracterizada por uma pêntade clínica formada por: febre, disfunção neurológica, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia acentuada e disfunção renal. É mais comum em mulheres e tem um pico aos 30 anos. Esta mulher tem um quadro agudo tendo apresentado febre e analiticamente apresentava anemia hemolítica que se manifesta com hiperbilirrubinemia, a LDH pode estar elevada ou normal, reticulocitose que se manifesta com um VGM falsamente elevado (que representam os reticulócitos) e com trombocitopenia moderada/grave. A creatinina de 1,0 mg/dL já mostra alguma disfunção renal. A PTT é uma microangiopatia trombótica e é causada pela deficiência de ADAMTS13, levando a níveis elevados de grandes multímeros do FvW que induzem a agregação plaquetária, causando trombos na microvasculatura em órgãos críticos (que podem justificar o aumento da AST) e vão levar a alterações na coagulação que a doente apresenta.

Restantes alíneas:

A - Anemia hemolítica imune
Comentário: A anemia hemolítica imune não justifica trombocitopenia nem alteração da coagulação.

B - Coagulação intravascular disseminada
Comentário: A CID apesar de se poder apresentar com alteração dos tempos de coagulação e trombocitopenia, não leva a anemia hemolítica com as suas

consequentes alterações: hiperbilirrubinemina e reticulocitose que se manifesta pelo aumento do VGM.

C - Deficiência em vitamina B12
Comentário: A deficiência de vitamina B12 pode dar um quadro de pancitopenia, no entanto não provoca alterações na coagulação, nem leva ao aumento de bilirrubina. Além de que os leucócitos estão com valores normais para o grau das outras citopenias.

D - Leucemia monocítica aguda
Comentário: Apesar de ser uma opção plausível, ao avaliarmos o diferencial leucocitário podemos ver que se encontra normal, ou seja, os neutrófilos estão com valor normal - seria de esperar neutropenia numa leucemia aguda - e os monócitos estão com valor normal ao contrário do que seria de esperar numa leucemia monocítica aguda em que iríamos ter monocitose.

PERGUNTA 125

Um homem de 46 anos, padeiro, recorre ao serviço de urgência, pelo seu pé, por dor no flanco direito, tipo cólica, com uma hora de evolução. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 120/75 mm Hg. Ele tem 179 cm de altura e pesa 103 kg; IMC 32 kg/m^2. Ao exame físico apresenta-se pálido e diaforético, em ansiedade extrema. O abdómen está distendido, sem sinais de irritação peritoneal. Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Leucócitos	11 500/mm^3
Neutrófilos	58 %
Linfócitos	27 %

Urina

Eritrócitos	28/cga

A ecografia abdominal mostra hidronefrose, com bacinete de 17 mm, à direita.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Colecistite aguda.
B. Disseção da aorta abdominal.
C. Litíase urinária obstrutiva.
D. Neoplasia renal.

E. Neoplasia urotelial alta.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Cirurgia (Urologia)

Validação da afirmação correcta: Litíase urinária obstrutiva.

Trata-se de um quadro que ocorre em menos de uma hora, e portanto um quadro agudo. Quando ocorre dor no flanco direito, tipo cólico de aparecimento agudo, a causa mais provável será litíase urinária obstrutiva. Um dos dados semiológicos que ajuda a especificar o diagnóstico é a agitação, diaforese e ansiedade, o que em comparação com outras causas de dor abdominal, aponta mais para este quadro. Além disso, a hidronefrose do lado da dor corrobora o diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - Colecistite aguda
Comentário: A colecistite aguda poderá eventualmente originar dor no flanco direito, especialmente num homem com obesidade (factor de risco para litíase vesicular), mas a dor é mais compatível, não com cólica, mas como uma dor tipo moinha. Por outro lado, este quadro não cursa com palidez, diaforese e ansiedade extrema, e também não cursa com sangue na urina.

B - Disseção da aorta abdominal
Comentário: Quando manifestada em dor abdominal, esta costuma localizar-se nas áreas epigástrica e umbilical e não no flanco direito. Outros dados semiológicos e dos exames complementares, tornam este diagnóstico ainda mais improvável.

D - Neoplasia renal
Comentário: Na maioria dos casos, a neoplasia renal não tem manifestação sintomática. Quando tem, pode ser por hematúria, dor lombar (que surgiram neste caso) e massa palpável, ou por síndromes paraneoplásicos. Contudo, o doente não apresenta factores de risco que favorecem este diagnóstico e, num quadro de cólica renal, a causa mais provável é litíase e não neoplasia.

E - Neoplasia urotelial alta
Comentário: A justificação é semelhante à alínea anterior. Na ausência de factores de risco, outra causa mais provável, nomeadamente litíase renal, justificará este quadro.

PERGUNTA 126

Uma mulher de 24 anos, operadora de call center, vem a consulta de medicina geral e familiar porque pretende engravidar. Os antecedentes ginecológicos e obstétricos são menarca aos 12 anos, ciclos regulares de 28 dias com 5 dias de fluxo menstrual; nuligesta. A data da última menstruação foi há sete dias. Faz contraceção com estroprogestativo oral desde os 17 anos, quando iniciou a vida sexual. Tem antecedentes de asma, medicada com salbutamol em SOS. Nega outra medicação habitual. Os antecedentes familiares incluem mãe histerectomizada aos 45 anos por leiomiomas uterinos. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 75/min e pressão arterial 130/70 mm Hg. Ela mede 164 cm de altura e pesa 55 kg; IMC 20 kg/m2. O exame físico, incluindo o ginecológico, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. A citologia cervicovaginal efetuada há seis meses não apresentava alterações patológicas. O grupo sanguíneo é A Rh+.Os resultados dos estudos analíticos revelam:

Sangue

Hemoglobina	12,1 g/dL

Soro

Glucose	85 mg/dL
Teste de Coombs indireto	Negativo
Anticorpo para rubéola –IgM	Negativo
Anticorpo para rubéola –IgG	Negativo
Anticorpo para toxoplasmose –IgM	Negativo
Anticorpo para toxoplasmose –IgG	Negativo
Antigénio HBs	Negativo
VDRL	Não reativo
VIH 1 e 2	Negativo

Urina

Exame microbiológico	Negativo

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

A. Realizar prova de tolerância oral à glicose.
B. Realizar serologia para citomegalovírus.
C. Solicitar grupo sanguíneo do companheiro.
D. Suplementar com sulfato ferroso.
E. Vacinar para a rubéola.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Vacinar para a rubéola.

O caso clínico corresponde a uma consulta na pré conceção. De notar que as análises pré-concecionais não apresentam qualquer alteração e que a utente não revela imunidade para a rubéola e toxoplasmose.
Assim, seguindo as recomendações da DGS na sua norma – Prestação de cuidados pré-concecionais – 'Efetuar a determinação da imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário', ou noutro documento: 'Avaliação do estado vacinal e atualização do PNV (prioridade na vacinação contra o tétano, a difteria, a rubéola e o sarampo)'.

Restantes alíneas:

A - Realizar prova de tolerância oral à glicose
Comentário: Este exame está recomendado nas rotinas do 2º trimestre da gravidez (entre as 24-28 semanas) para deteção de diabetes gestacional.

B - Realizar serologia para citomegalovírus
Comentário: Na norma acima referida também é referido: 'Efetuar o rastreio da toxoplasmose, da sífilis, da infeção por VIH e por Citomegalovirus (CMV)'. No entanto, na literatura existem diversos estudos que referem ser controverso rastrear este vírus na população em geral, sendo que existem populações com risco acrescido, nomeadamente utentes com contacto frequente com crianças com menos de 3 anos (filhos nessa faixa etária, trabalhadoras em creches e infantários), trabalhadoras na área da saúde, entre outros. A utente não apresenta fatores de risco para infeção por CMV.

C - Solicitar grupo sanguíneo do companheiro
Comentário: A utente apresenta o grupo de sangue A Rh positivo, não havendo qualquer interesse no pedido do grupo de sangue do companheiro.

D - Suplementar com sulfato ferroso
Comentário: A recomendação da DGS é de suplementar com ácido fólico e iodeto de potássio na pré conceção.

PERGUNTA 127

Um homem de 61 anos vem ao consultório médico por dor no hálux direito, intensa, intermitente, e com edema associado desde as últimas 24 horas. Não tem tido seguimento regular nos últimos dois anos. Refere que tem tido episódios semelhantes, com dor de menor intensidade, nos últimos 12 meses e que vai tratando, com sucesso, com naproxeno. Nega história de trauma. A história médica revela hipertensão arterial, controlada com amlodipina. Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência cardíaca 88/min e pressão arterial 138/90 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se com ar desconfortável, com eritema marcado, calor, edema e dor sobre a primeira articulação metatarsofalângica direita. Tem múltiplos nódulos subcutâneos, surgidos nos últimos um a dois anos, nas extremidades de vários dedos dos pés e nos 3.º e 4.º dedos da sua mão esquerda. Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para as queixas recorrentes do doente?

A. Artrite gotosa.
B. Artrite psoriática.
C. Artrite reumatoide.
D. Artrite séptica.
E. Pseudogota.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correcta: Artrite gotosa.

Homem de 61 anos com monoartrite recorrente da 1ª articulação metatarsofalângica e nódulos subcutâneos nos dedos com 1 a 2 anos de evolução. O quadro clínico descreve uma monoartrite (dor, edema, calor e rubor) aguda (24 horas de evolução) da 1ª articulação metatarsofalângica direita com carácter intermitente desde há 1 ano associado a nódulos subcutâneos nos dedos das mãos e pés. Os episódios de monoartrite intermitente nesta articulação resolvidos com naproxeno e os nódulos subcutâneos nos dedos num homem de meia idade e hipertenso tornam muito provável o diagnóstico de gota. A gota é uma doença que afeta predominantemente homens a partir da meia idade e com fatores de risco cardiovasculares, caracterizando-se por mono-oligoartrite intermitente geralmente começando na 1ª articulação metatarsofalângica e depois envolvendo joelhos e tibiotársicas. Mais raramente outras articulações são envolvidas. Importa referir que presença de nódulos subcutâneos, tipicamente em regiões extensoras como o cotovelo e dorso dos

dedos, acontece geralmente na doença com longa duração (>15 anos). Por fim, destacar que a confirmação diagnóstica de gota é feita por artrocentese e visualização dos cristais de monourato de sódio (em forma de agulha e com birrefrigência negativa).

Restantes alíneas:

B - Artrite psoriática
Comentário: A hipótese de artrite psoriática (AP) é altamente improvável neste doente. Apesar da psoríase ser uma causa de gota secundária este doente não apresenta antecedentes pessoais nem descrição de lesões cutâneas compatíveis. Além disso, o quadro articular da AP é geralmente uma oligo-poliartrite aditiva e não intermitente e envolve mais frequentemente as articulações interfalângicas distais, as grandes articulações dos membros inferiores de forma assimétrica ou um quadro articular simétrico semelhante à artrite reumatoide. Por fim, destacar que a AP, sendo uma espondilartrite inicia-se num grupo etário mais jovem e apenas numa minoria dos doentes (15%) o aparecimento de psoríase surge depois do envolvimento articular.

C - Artrite reumatoide
Comentário: A hipótese de artrite reumatoide (AR) é altamente improvável neste doente. Esta hipótese pode explicar os nódulos subcutâneos nos dedos do doente como possíveis nódulos reumatoides, uma vez que a localização é semelhante aos tofos gotosos. No entanto, o quadro articular da AR caracteriza-se por poliartrite crónica, simétrica e aditiva envolvendo mais frequentemente as articulações metacarpofalângicas, metatarsofalângicas e interfalângicas proximais.

D - Artrite séptica
Comentário: A hipótese de artrite séptica deve ser sempre equacionada num episódio de monoartrite aguda, sobretudo se existência de factores de risco, nomeadamente porta de entrada cutânea, co-existência de infeção e imunodepressão. Neste caso clínico, é uma hipótese para a apresentação aguda actual do doente, sendo menos provável que a gota, dado ser menos frequente, não existirem factores de risco nem febre alta. Contudo não é uma hipótese a considerar para a monoartrite recorrente do doente.

E - Pseudogota
Comentário: A hipótese de pseudogota (mais correctamente doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio - DDCPC) deve ser equacionada num quadro monoartrite intermitente em indivíduos com mais de 60 anos. No entanto, esta é menos provável pois a DDCPC é menos comum que a gota e

afeta geralmente os joelhos e punhos e muito raramente a 1ª articulação metatarsofalângica. Por fim, a DDCPC não explica os nódulos subcutâneos.

PERGUNTA 128

Uma mulher de 65 anos recorre ao serviço de urgência por epistaxe bilateral e cefaleia com uma hora de evolução. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e histerectomia há 20 anos. A medicação habitual inclui metformina, lisinopril e ácido acetilsalicílico. Tem 165 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 31 kg/m2. Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 180/110 mm Hg. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Avaliar sinais meníngeos.
B. Efetuar compressão nasal.
C. Prescrever nifedipina sublingual.
D. Requisitar glicemia.
E. Suspender ácido acetilsalicílico.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: ORL

Validação da afirmação correta: Efetuar compressão nasal.

Perante um doente com epistáxis activa e estabilidade hemodinâmica a primeira abordagem passa pelas medidas gerais: Sentar com o tronco elevado e a cabeça inclinada para a frente (p/ evitar deglutir sangue); Comprimir as narinas contra o septo (cerca de 10 min); Dizer ao doente para não engolir o sangue; Vasoconstritores tópicos (p.e. oximetazolina).

Restantes alíneas:

A - Avaliar sinais meníngeos
Comentário: Não faz parte da avaliação do doente com epistáxis.

C - Prescrever nifedipina sublingual
Comentário: É controverso o uso de anti-HTA se epistáxis na ausência de emergência hipertensiva.

D - Requisitar glicémia
Comentário: Não faz parte da avaliação do doente com epistáxis.

E - Suspender ácido acetilsalicílico
Comentário: Pode ser necessário suspender a aspirina ou um anticoagulante (dependendo do risco vs benefício) mas não é a primeira abordagem perante um doente com epistáxis activa.

PERGUNTA 129

Um homem de 48 anos é avaliado no domicílio por quadro de dor, distensão abdominal e obstipação com sete dias de evolução. Refere ainda anorexia intensa, mas com tolerância alimentar. Tem diagnóstico de carcinoma do pâncreas metastizado, sob tratamento sintomático, e está acamado e dependente nas atividades da vida diária. A medicação habitual inclui fentanilo transdérmico, fentanilo sublingual, meloxicam, metoclopramida, pregabalina, mirtazapina, omeprazol e lactulose. Os restantes antecedentes pessoais são irrelevantes. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 96/60 mm Hg; SpO_2 98% (ar ambiente). Ele tem 176 cm de altura e pesa 45 kg; IMC 14 kg/m2. Ao exame físico encontra-se acamado; observa-se caquexia com palidez cutânea e ligeiramente desidratado. A auscultação cardíaca e pulmonar não revela alterações. O abdómen encontra-se distendido e timpanizado, com desconforto à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Os ruídos hidroaéreos encontram-se diminuídos em intensidade e frequência. Qual das seguintes é a causa mais provável para o quadro abdominal recente do doente?

A. Carcinomatose peritoneal.
B. Diminuição do aporte alimentar.
C. Hipocaliemia.
D. Hipomagnesemia.
E. Iatrogenia medicamentosa.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Oncologia

Validação da afirmação correta: Iatrogenia medicamentosa.

O controlo de dor oncológica exige muitas vezes associação de medicação analgésica, como o fentanilo (neste caso em formulação sublingual e

transdérmica), que tem como importante efeito adverso o aumento do tempo de transito intestinal, cursando com *ileus* paralítico como no caso apresentado.

Restantes alíneas:

A - Carcinomatose peritoneal
Comentário: Pode cursar com distensão e dor abdominal, mas neste caso os ruídos hidroaéreos estariam aumentados, e cursaria com ascite, e portanto, macicez à percussão das zonas dependentes.

B - Diminuição do aporte alimentar.
Comentário: A diminuição do aporte alimentar isoladamente não é responsável pelo quadro descrito.

C - Hipocaliemia
Comentário: Distúrbios hidroeletrolíticos, como hipocaliemia e hipomagnesemia, são causa de ileus paralítico, no entanto não existem outros dados da história clínica que os sugiram como etiologia.

D - Hipomagnesemia
Comentário: Distúrbios hidroeletrolíticos, como hipocaliemia e hipomagnesemia, são causa de ileus paralítico, no entanto não existem outros dados da história clínica que os sugiram como etiologia.

PERGUNTA 130

Observa uma primigesta de 23 anos que está na sala de observações do serviço de urgência desde há 24 horas por suspeita de início de trabalho de parto. A gestação tem 39 semanas, foi vigiada e não teve complicações. A grávida refere episódios esporádicos de sensação de barriga dura desde há uma semana. Desde há 36 horas que estes episódios se tornaram mais frequentes, rítmicos (a cada 5 minutos) e dolorosos, com aumento gradual da intensidade da dor (atingindo 6 numa escala até 10), motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. O toque vaginal de há 24 horas revelou um colo amolecido, intermédio, 50% extinto (apagado) e com 2 cm de dilatação, apresentação cefálica no plano -4 e membranas íntegras. Ela não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Neste momento, as contrações uterinas são mais dolorosas (8 em 10), com irradiação para o abdómen inferior e lombar. O toque vaginal revela um colo 60% extinto (apagado) e com 3 cm de dilatação. A altura uterina é de 36 cm. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 77/min e pressão arterial 128/72mm

Hg. Ela tem 162 cm de altura e, previamente à gravidez, pesava 64 kg (aumentou 12kg durante a gravidez). A cardiotocografia revela um traçado normal e regista uma contração uterina a cada 3 minutos. Com os dados clínicos apresentados, qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável nesta grávida?

A. Contrações de Braxton Hicks.
B. Fase latente prolongada.
C. Paragem do trabalho de parto na fase ativa.
D. Paragem do trabalho de parto na fase latente.
E. Trabalho de parto arrastado no 2.º estadio.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correcta: Fase latente prolongada.

A grávida em questão encontra-se ainda na fase latente do trabalho de parto, uma vez que não atingiu os 4-6cm que a maioria dos autores considera como o início da fase ativa (DGS – 4cm; Beckmann 5-6cm). Numa nulípara, considera-se que existe um prolongamento da fase latente quando esta ultrapassa as 20 horas de duração, o que parece ser o caso descrito (comparando os dois toque vaginais separados por 24h). Numa multípara o prolongamento da fase latente ocorre quando se ultrapassam as 14h (Beckmann – capítulo 9).

Restantes alíneas:

A - Contrações de Braxton Hicks
Comentário: As contrações de Braxton-Hicks são habitualmente irregulares, sentidas como desconforto pélvico, menos intensas e com menor duração e não provocam dilatação cervical. Habitualmente resolvem com a deambulação, hidratação ou analgesia. Neste caso, as contrações que a grávida sente desde há 36 horas sofreram uma alteração no padrão e são descritas como mais dolorosas (intensidade crescente: 6-10 e depois 8-10), rítmicas, regulares, progressivamente mais frequentes (5-5 minutos e depois 3-3 minutos) e com irradiação para o abdómen inferior e para a região lombar, o que é característico das contrações do trabalho de parto. Adicionalmente estas contrações estão a provocar modificações cervicais (apagamento e dilatação do colo) o que não é característico das contrações de Braxton-Hicks.

C - Paragem do trabalho de parto na fase ativa
Comentário: A fase ativa do trabalho de parto inicia-se, para a maioria dos autores aos 4-6 cm de dilatação (DGS – 4cm; Beckmann 5-6cm). Neste caso a grávida ainda não ultrapassou os 3 cm, por isso não se pode considerar que tenha entrado em fase ativa.

D - Paragem do trabalho de parto na fase latente
Comentário: As anomalias do trabalho de parto são caracterizadas em 2 grupos: prolongamento (na qual o trabalho de parto tem uma progressão mais lenta do que o expectável) e paragem de progressão (na qual este deixa de progredir). O prolongamento pode ocorres na fase ativa ou na fase latente do trabalho de parto, mas a paragem só considerada na fase ativa do trabalho de parto. Desta forma, não é correto referir-nos a paragem do trabalho de parto na fase latente.

E - Trabalho de parto arrastado no 2.º estadio
Comentário: O 2º estadio do trabalho de parto inicia-se quando se atinge a dilatação completa (10 cm). Neste caso a grávida ainda não ultrapassou os 3 cm, por isso não se encontra no 2º estadio.

PERGUNTA 131

Um menino de 4 anos é trazido ao serviço de urgência por febre com três dias de evolução (temperatura máxima de 39,2ºC). A mãe refere ainda tosse produtiva, dificuldade respiratória e recusa alimentar parcial. Ele não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 37,8ºC, frequência respiratória 35/min, frequência cardíaca 100/min e pressão arterial 120/69 mmHg; SpO2 95% (ar ambiente). A auscultação pulmonar revela crepitações na base direita. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O raio-X do tórax mostra imagem de condensação na base direita. Qual das seguintes alternativas constitui a terapêutica antibiótica mais adequada?

A. Amoxicilina, por via oral.
B. Amoxicilina + ácido clavulânico, por via oral.
C. Ampicilina, por via endovenosa.
D. Azitromicina, por via oral.
E. Ceftriaxone, por via endovenosa.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Amoxicilina, por via oral.

Na vinheta clínica está descrito um quadro de pneumonia bacteriana típica e a terapêutica antibiótica de primeira linha é a amoxicilina por via oral.

Restantes alíneas:

B - Amoxicilina + ácido clavulânico, por via oral
Comentário: A terapêutica antibiótica com amoxicilina + ácido clavulânico na pneumonia bacteriana deve ser apenas considerada em lactentes com <12 meses ou em crianças com vacinação incompleta, ainda que a amoxicilina seja a primeira linha também nestes casos.

C - Ampicilina, por via endovenosa.
Comentário: A terapêutica antibiótica com ampicilina por via endovenosa está reservada para os casos de pneumonia bacteriana antes dos 6 meses, em crianças sem tolerância oral ou com suspeita de complicações; nos restantes casos, mesmo em internamento, a amoxicilina por via oral tem igual eficácia e melhor relação custo eficácia do que a ampicilina por via endovenosa.

D - Azitromicina, por via oral.
Comentário: A terapêutica antibiótica com azitromicina por via oral é a primeira linha nos casos de pneumonia bacteriana atípica, mais frequente em idade escolar e cuja apresentação é mais semelhante à da pneumonia viral. Assim, esta não seria a terapêutica mais adequada neste caso.

E - Ceftriaxone, por via endovenosa.
Comentário: A terapêutica antibiótica com ceftriaxone na pneumonia bacteriana deve ser considerada em lactentes com <12 meses ou em crianças com vacinação incompleta, ainda que a amoxicilina seja a primeira linha também nestes casos. O ceftriaxone apenas seria a primeira opção perante um quadro de sépsis, que não encontramos nesta vinheta clínica.

PERGUNTA 132

Uma mulher de 78 anos, gestora reformada, é trazida ao consultório médico pela filha para uma primeira avaliação de alterações do comportamento e dificuldades de memória, desde há 4 meses. A filha refere "Isto está cada vez pior... agora vê coisas". A doente sussurra que não percebe o motivo pelo qual

vem à consulta. Após ser pressionada pela filha, a doente descreve que todos os dias recebe visitas de crianças que lhe pedem comida. A filha explica que mais ninguém consegue ver essas crianças, mas a doente insiste que são reais. Descreve também que a doente prepara frequentemente um prato de bolachas e um copo de leite para "as crianças". Ela não tem antecedentes patológicos de relevo, não toma medicação e não consome bebidas alcoólicas. Os sinais vitais são frequência cardíaca 70/min e pressão arterial 120/80 mm Hg. O exame físico revela sopro cardíaco sistólico de grau I, fraqueza muscular ligeira e simétrica e ligeira diminuição das sensibilidades à vibração, ao toque superficial e à estimulação com alfinete, na extremidade distal das pernas. Qual dos seguintes é o exame de diagnóstico mais adequado neste momento?

A. Ecodoppler carotídeo
B. Estudo toxicológico de urina
C. Eletromiografia
D. Inventário multifásico de personalidade de Minesotta
E. TC do crânio

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: TC do crânio

A vinheta clínica relata um caso de demência rapidamente progressiva, com alucinações visuais com 4 meses de evolução e evidência clínica de neuropatia periférica de pequenas e grandes fibras sensitiva e talvez motora, de datação imprecisa. O motivo de apresentação da doente prende-se com as alterações cognitivas subagudas. Nesse contexto e numa primeira fase ("neste momento"), será importante primeiro realizar TC cerebral para perceber a existência ou não de padrão específico de atrofia cerebral e excluir patologia intercorrente a explicar declínio rápido, nomeadamente lesões ocupantes de espaço e lesões vasculares. Apenas num segundo tempo fará sentido investigar a neuropatia que, dada a ausência de fatores de risco para polineuropatia, poderá corresponder a polineuropatia sensitivomotora criptogénica, que ocorre após a 6ª década de vida. Nessa fase, poderemos pensar em várias causas para demência e neuropatia concomitante, por exemplo, intoxicação por metais pesados, vasculite de pequenos vasos, síndromes paraneoplásicas e carências vitamínicas. HPIM p. 3110-3; HPIM p.3221.

Restantes alíneas:

A - Ecodoppler carotídeo

Comentário: O Doppler carotídeo seria útil no estudo de doença cerebrovascular aterosclerótica. Não há menção a AVC na história. Poderá ter utilidade se a TC revelar lesões vasculares.

B - Estudo toxicológico de urina
Comentário: A doente não tem medicação habitual ou história de consumos. Neste momento, parece mais importante excluir lesão cerebral do que intoxicação por fármacos, já que a doente tem alterações do comportamento há 4 meses. Poderia ser útil, numa fase posterior, um estudo toxicológico alargado, incluindo metais pesados, que não é o estudo toxicológico de urina padrão.

C - Eletromiografia
Comentário: A eletromiografia seria útil para documentar neurofisiologicamente a neuropatia periférica mas não ajudaria a explicar o quadro de declínio cognitivo nem a esclarecer a etiologia da neuropatia.

D - Inventário multifásico de personalidade de Minesotta

Comentário: A doente tem uma doença neurológica complexa, sem autocrítica, e com alteração importante da memória. A colaboração neste teste seria difícil e não contribuiria para esclarecer a origem do declínio cognitivo (ou da polineuropatia).

PERGUNTA 133

Uma mulher de 67 anos é trazida ao serviço de urgência pelos amigos após ter «perdido os sentidos» enquanto estava a assistir a um evento desportivo. A doente refere que «estava muito calor». Os amigos confirmam não ter havido atividade de tipo convulsivo. Tem estado bem de saúde. A história médica revela diabetes mellitus controlada com dieta e hipertensão arterial controlada com captopril. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência respiratória 16/min, frequência cardíaca 84/min e pressão arterial 120/78 mm Hg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 77 kg; IMC 28 kg/m2 . Ao exame físico não apresenta alterações em relação a exames anteriores. Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Realizar eletrocardiograma.
B. Requisitar ecodoppler carotídeo.

C. Requisitar eletroencefalograma.
D. Requisitar TC do crânio.
E. Tranquilizar a doente e dizer que não precisa de realizar mais nenhum exame.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do conhecimento: Medicina (Cardiologia)

Validação da afirmação correta: Realizar eletrocardiograma.

A ocorrência de quadro sugestivo de síncope em contexto de emoções mais intensas (evento desportivo) aponta para a etiologia mais frequente, i.e. vasovagal. Como dados favoráveis, salienta-se a referência a diaforese premonitória e sensação de calor. No entanto, é justificável excluir causa cardiogénica através da realização de eletrocardiograma. Harrison 20ª edição, pp. 128-129

Restantes alíneas:

B - Requisitar ecodoppler carotídeo.

Comentário: O ecodoppler carotídeo encontra-se indicado perante suspeita de evento cerebrovascular, desde amaurose fugaz a AVC estabelecido. Apesar de perda de conhecimento poder surgir neste contexto, será maioritariamente por afecção do território vertebrobasilar (comummente associado a alterações de equilíbrio e tonturas, não objectivadas nesta vinheta) ou da artéria carotída interna com afecção cerebral extensa, cursando com sintomas focais que a doente não apresenta.

C. Requisitar eletroencefalograma.

Comentário: O pedido de EEG encontra-se predominantemente indicado perante suspeita de atividade convulsiva subjacente. A doente não apresenta manifestações sugestivas de etiologia epileptiforme. Em contexto convulsivo, a crise pode durar mais de 5 minutos, com estereotipias motoras associadas e maior desorientação pós-ictal que o observado nesta vinheta clínica.

D. Requisitar TC do crânio.

Comentário: A doente não apresenta sintomas focais que sugiram evento isquémico/hemorrágico agudo na génese deste quadro de síncope. Para além disso, não existe história de traumatismo craniano que nos leve a requisitar este exame para esclarecimento do quadro ou sequelas.

E. Tranquilizar a doente e dizer que não precisa de realizar mais nenhum exame.

Comentário: Conforme previamente mencionado, o quadro é aparentemente benigno e de provável etiologia vasovagal. No entanto, é prudente a realização de eletrocardiograma para exclusão de causa cardiogénica.

PERGUNTA 134

Uma mulher de 56 anos vem ao serviço de urgência por primeiro episódio de defecação com fezes envoltas em sangue. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 86/min e pressão arterial 120/55 mm Hg. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam: AST 23 U/L, ALT 39 U/L, Fosfatase alcalina 67 U/L, Proteínas Albumina 4,5 d/dL, Hemoglobina 8,7 g/dL, Tempo de protrombina 13 segundos.

Após preparação intestinal, realizou colonoscopia que mostrou escassos divertículos na zona do sigmóide, sem outras alterações.

Para além de medicar com ferro, qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado na gestão deste doente?

A. Enviar para cirurgia de resseção do sigmoide.
B. Prescrever omeprazol.
C. Solicitar angioTC abdominal.
D. Solicitar enteroscopia por videocápsula.
E. Não estão indicadas mais intervenções no momento.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do Conhecimento: Cirurgia

Validação da afirmação correta: Não estão indicadas mais intervenções no momento.
Este caso ilustra um caso de provável hemorragia diverticular com perda de sangue nas fezes que cessa espontaneamente na maioria dos casos e sem outras alterações analíticas. A colonoscopia exclui outro motivo para a hemorragia e, na presença de divertículos, é assumida presuntivamente como a causa de hemorragia.

Outras alíneas:

A - Enviar para cirurgia de resseção do sigmoide.
Comentário: Sem indicação para cirurgia de resseção do sigmóide visto que não tem nenhuma lesão que o justifique e visto que a hemorragia cessou espontaneamente.

B - Prescrever omeprazol.
Comentário: A prescrição de omeprazol teria indicação no caso de hemorragia de úlcera péptica que, raramente, se manifesta por hematoquézias, sendo que neste caso se associa a instabilidade hemodinâmica (não presente neste caso clínico).

C - Solicitar angioTC abdominal.
Comentário: O angioTC abdominal teria indicação no caso de não se identificar uma fonte provável para a hemorragia.

D - Solicitar enteroscopia por videocápsula.
Comentário: A enteroscopia por cápsula teria indicação no caso de não se identificar uma fonte provável para a hemorragia, principalmente se fosse visualizada a saída de sangue proveniente do íleo terminal.

PERGUNTA 135

Uma mulher de 53 anos vem ao serviço de urgência por dor intensa a nível lombar que irradia ao longo do membro inferior esquerdo com seis horas de evolução. Tem tido, por diversas vezes, esta dor a nível lombar, embora menos intensa e sem irradiação para o membro inferior. A toma de ibuprofeno habitualmente alivia a dor, mas hoje não sentiu melhoria. Neste momento classifica a dor como 10/10. Descreve-a como localizada na coxa, nádega e região posterior do membro inferior esquerdo. Refere retenção urinária desde o aparecimento da dor. Não se lembra de ter tido traumatismo. Trabalha num armazém onde tem de carregar pesos ligeiros durante todo o dia, mas refere que não caiu nem fez nenhum esforço. Ela não tem história de alergias. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência respiratória 18/min, frequência cardíaca 98/min e pressão arterial 144/72 mm Hg. Ela tem 170 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 26 kg/m^2. Ao exame físico aparenta estar desconfortável e apresenta distensão vesical. A coluna vertebral não apresenta alterações à inspeção. Não consegue realizar a flexão anterior do tronco, devido a espasmo dos músculos paravertebrais esquerdos. O exame retal revela tónus esfincteriano normal. Na flexão do membro inferior sobre a coxa surge dor radicular. O reflexo aquiliano está diminuído.

Qual dos seguintes achados melhor diferencia um problema cirúrgico agudo de um problema médico?

A. Diminuição do reflexo aquiliano.
B. Dor radicular.
C. Espasmo muscular paravertebral.
D. Fraqueza muscular.
E. Sintomas urinários.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correta: Sintomas Urinários

Mulher de 53 anos com lombalgia aguda recorrente com apresentação atual de lombociatalgia aguda com reflexo aquiliano diminuído e retenção urinária.
Nota: a descrição do sinal de Làsegue no enunciado está confusa e incorrecta.
O quadro clínico descreve uma lombalgia aguda recorrente com apresentação atual de lombociatalgia esquerda (dor lombar com irradiação para nádega, coxa e região posterior do membro inferior associado a sinal de Làsegue positivo – "dor radicular que surge na flexão do membro inferior sobre a coxa") aguda (6 horas) com reflexo aquiliano diminuído e retenção urinária. A lombociatalgia aguda apresenta um red flag para indicação cirúrgica, a retenção urinária. Na presença de lombalgia com radiculopatia existem 3 indicações para cirurgia: dor refratária a terapêutica médica após 8 semanas; fraqueza muscular progressiva; sinais de compressão medular ou síndrome da cauda equina (disfunção vesical ou rectal, diminuição da sensibilidade em sela, nível de sensibilidade no tronco e fraqueza muscular ou espasticidade dos membros inferiores). Este caso trata-se de uma provável síndrome da cauda equina (compressão das raízes lombossagradas dentro do canal vertebral distalmente à terminação da medula espinhal) secundária a doença discal lombossagrada com protusão do disco para o canal vertebral. Apenas referir que é uma situação urgente.

Restantes alíneas:

A - Diminuição do reflexo aquiliano
Comentário: A hipótese de diminuição do reflexo aquiliano trata-se de um sinal neurológico que pode acompanhar a síndrome da cauda equina. No entanto, sendo unilateral e no território da radiculopatia do nervo ciático é mais provável ser explicado pela radiculopatia e esta não constituir uma indicação cirúrgica.

B - Dor radicular
Comentário: A hipótese de dor radicular está incorrecta pois a presença de dor radicular numa lombalgia não confere gravidade. A radiculopatia lombar sem sinais de alarme (ver acima na justificação da alínea correcta) não necessita de exames complementares e tem um bom prognóstico, tendo indicação para terapêutica médica.

C - Espasmo muscular paravertebral
Comentário: A hipótese de espasmo muscular paravertebral está incorrecta. Este achado é altamente inespecífico e pode ocorrer perante uma dor lombar, independentemente da etiologia.

D - Fraqueza muscular
Comentário: A hipótese de fraqueza muscular é considerada um red flag na lombalgia e uma indicação para cirurgia na dor lombar com radiculopatia por suspeita de compressão medular ou síndrome da cauda equina (ver acima na justificação da alínea correcta). Esta hipótese está incorrecta pois não é referida na anamnese ou exame físico da doente.

PERGUNTA 136

Uma mulher de 59 anos vem ao consultório médico por dor e diminuição da sensibilidade do membro superior direito com agravamento nas últimas duas semanas. Ela tem tido dificuldade no uso do membro superior direito, especialmente quando se penteia. Ao exame físico apresenta fraqueza dos músculos do ombro direito e do bicípite direito. Ao exame neurológico os reflexos bicipitais e tricipitais direitos estão ausentes. Os movimentos da coluna cervical são normais.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

A. Espondilose cervical.
B. Rotura da coifa dos rotadores.
C. Rotura do bicípite.
D. Tendinite do bicípite.
E. Tendinite do supraespinhoso.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área do Conhecimento: Medicina (Reumatologia)

Validação da afirmação correcta: Espondilose Cervical

O caso clínico descreve um quadro de semanas de evolução no membro superior direito com dor, hiposensensibilidade, fraqueza muscular no ombro (deltoide) e bicípite e reflexos bicipital e tricipital ausentes.
As hipóteses para explicar esta clínica seriam patologias locais da medula espinhal, compressões das raízes nervosas cervicais, patologia do plexo cervical ou nervos cervicais. Assim dentro das alíneas apresentadas, a única que explica o quadro é a espondilose cervical que é a causa mais comum de compressão radicular cervical sobretudo em indivíduos a partir da meia idade. É importante referir que apesar dos quadros de compressão radicular manifestarem-se inicialmente com cervicobraquialgia e só mais tardiamente com sintomas neurológicos motores ou sensitivos, isto nem sempre acontece. Além disso, a mobilização da coluna cervical é frequentemente normal nestes casos, podendo, no entanto, despertar a sintomatologia. Por fim, realçar que tendo em conta os músculos afectados e os reflexos ausentes, as raízes cervicais provavelmente envolvidas são C5, C6 e C7.

Restantes alíneas:

B - Rotura da coifa dos rotadores
Comentário: este quadro geralmente origina dor e incapacidade na abdução do ombro com sinais do arco doloroso e drop arm test positivos.

C - Rotura do bicípite
Comentário: Este quadro geralmente origina dor e incapacidade na flexão do ombro com sinal de Popeye.

D - Tendinite do bicípite
Comentário: Este quadro geralmente origina dor e limitação na flexão do ombro com sinal de palm-up positivo.

E - Tendinite do supraespinhoso
Comentário: Este quadro geralmente origina dor e limitação na abdução do ombro com sinais do arco doloroso e Jobe positivos.

PERGUNTA 137

Uma mulher de 60 anos é trazida ao serviço de urgência pelo sobrinho, referindo "Acho que estou a ter uma trombose. O lado esquerdo da minha cara está a cair". Duas horas antes, ela notou alteração da sua aparência quando se viu ao espelho. Está agora incapaz de fechar o seu olho esquerdo. A história médica revela hipertensão arterial e enxaqueca. A medicação habitual inclui indapamida, aspirina e sumatriptano em SOS. Voluntariou-se recentemente num grupo que limpa trilhos pedonais. Teve consulta de vigilância no médico assistente há dois meses. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência respiratória 12/min, frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 160/78 mm Hg . Ao exame físico o lado esquerdo da fase está flácido, incluindo a testa. Os movimentos musculares extraoculares estão normais. A línguana linha média. A força e tónus dos braços e pernas estão normais, bilateralmente. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a evolução natural mais provável de acontecer no curso desta doença?

A. Formação de vesículas nas áreas afetadas, nas horas seguintes.
B. Progressão para envolvimento dos músculos da deglutição, nos dias seguintes.
C. Progressão para fraqueza do lado esquerdo do corpo, nas horas seguintes.
D. Progressão para uma doença do movimento ocular.
E. Resolução espontânea nos próximos meses.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do Conhecimento: Medicina (Neurologia)

Validação da afirmação correcta: Resolução espontânea nos próximos meses.

Na vinheta clínica, é descrita uma assimetria motora da face, com atingimento dos 3 andares faciais, sugerindo uma parésia facial periférica. A etiologia desta situação é habitualmente considerada idiopática, pensando-se estar em relação com reativação do HSV-1, resolvendo, em maior ou menor grau, com a passagem do tempo em semanas a meses. O tratamento com corticoides e a fisioterapia poderão acelerar a recuperação. HPIM20 p. 3169-3170

Restantes alíneas:

A - Formação de vesículas nas áreas afetadas, nas horas seguintes

Comentário: A reativação do Vírus Varicela-Zoster não é a primeira causa de paresia facial periférica. Além disso, a região mais frequentemente envolvida é apenas o canal auditivo externo e não "as áreas afetadas". O envolvimento de todos os dermátomos faciais sugeriria infeção do gânglio trigeminal e não do gânglio geniculado do facial. HPIM20 p. 1388; HPIM20 p. 3169-3170.

B - Progressão para envolvimento dos músculos da deglutição, nos dias seguintes

Comentário: Não existem dados na vinheta clínica que sugiram fatores de riscos para o envolvimento de pares cranianos baixos como por exemplo síndrome de Miller-Fisher (sem menção de alterações dos reflexos), Miastenia gravis (não se apresentaria como paresia facial), botulismo (deveria existir referência a alteração dos movimentos oculares e pupilares, assim como fator de risco e pródromo sistémico), ou neuroborreliose (sem referência a Eritema migrans, febre ou menção específica de região endémica). HPIM20 p. 1302. HPIM20 p. 3169-3170.

C - Progressão para fraqueza do lado esquerdo do corpo, nas horas seguintes

Comentário: Nenhum elemento da história clínica sugere evento vascular cerebral. Mesmo na possibilidade remota de isquemia do núcleo do nervo facial, a hemiparesia seria contralateral à paresia facial, e por isso direita.

D - Progressão para uma doença do movimento ocular

Comentário: Não existem dados na vinheta clínica que sugiram fatores de riscos para o envolvimento da oculomotricidade como por exemplo síndrome de Miller-Fisher (sem menção de alterações dos reflexos), Miastenia gravis (não se apresentaria como paresia facial), botulismo (deveria existir referência a alteração inicial dos movimentos oculares e pupilares, assim como fator de risco e pródromo sistémico), ou neuroborreliose (sem referência a Eritema migrans, febre ou menção específica de região endémica). HPIM20 p. 1302. HPIM20 p. 3169-3170.

PERGUNTA 138

Um homem de 60 anos vem ao serviço de urgência por dispneia de esforço com agravamento progressivo. Refere que aumentou 3 Kg no último mês e que nos últimos 10 dias tem apresentado dispneia após breves trajectos a caminhar. Nega dor torácica, dispneia ao despertar, tosse ou febre. A história médica revela diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e osteoartrose desde longa

data. Foi-lhe diagnosticada insuficiência cardíaca há dois anos. A medicação habitual inclui insulina, glibenclamida, captopril, furosemida (e naproxeno em automedicação). Andou a tomar chá de hipericão para alterações do humor. Na última consulta com o médico de família, há 4 meses, tinha 160/100 mmHg de pressão arterial, ureia e creatinina sérica dentro de valores normais, e hemoglobina glicada de 9,5%. Nessa altura foram prescritos insulina e captopril, foi interrompido o atenolol e a dose de furosemida foi aumentada. Hoje, os sinais vitais são temperatura 36,8ºC, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 80/min, regular, e pressão arterial 170/110 mmHg. A auscultação pulmonar revela crepitações inspiratórias em ambas as bases pulmonares. Apresenta edema dos membros inferiores (2+). O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.
Os resultados dos estudos analíticos revelam: Creatinina 2,7 mg/dL; Azoto ureico 50 mg/dL; Glucose 143 mg/dL; Colesterol total 235 mg/dl; Hemoglobina 13,2 g/dL; Hemoglobina glicada 7,2%; glucose (urina) 1+.
Qual das seguintes alternativas melhor explica o aumento da creatinina sérica, sugerindo possível estenose bilateral da artéria renal?

A. Aumento da dose de furosemida.
B. Interrupção do atenolol.
C. Início do captopril.
D. Início de insulina.
E. Início de chá de hipericão.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Medicina

Validação da afirmação correcta: Início do captopril.

Doentes com estenose bilateral da artéria renal têm de base um compromisso da pressão de perfusão glomerular que é compensada pela hiperatividade do sistema renina-angiotensina. A vasoconstrição eferente induzida pela angiotensina II é responsável por aumentar a pressão hidrostática nos capilares glomerulares e manter estável a taxa de filtração glomerular. O uso de fármacos inibidores deste sistema [i.e. iECAs ou ARAs] está descrita como causa de agravamento significativo da função renal destes doentes. Na vinheta descrita, há uma clara relação temporal com o uso destes fármacos, o que sustenta a base teórica deste agravamento.

Outras alíneas:

A - Aumento da dose de furosemida
Comentário: O uso de furosemida pode contribuir para o agravamento da função renal de doentes portadores de doença renal crónica por mecanismos de depleção de volume e alteração da pressão de perfusão glomerular; no entanto, o doente descrito não apresenta sinais de desidratação. Adicionalmente, os diuréticos de ansa não estão descritos como fármacos particularmente relacionados com o agravamento da função renal de doentes com estenose bilateral das artérias renais.

B - Interrupção do atenolol.
Comentário: A terapêutica beta-bloqueante pode influenciar a hemodinâmica glomerular por promover vasodilatação arteriolar aferente; no entanto, o mecanismo não está descrito como potencialmente nocivo para os portadores de estenose bilateral da artéria renal.

D - Início da insulina.
Comentário: A terapêutica com insulina não influencia diretamente a hemodinâmica glomerular, pelo que o agravamento da função renal não é expectável em doentes com estenose bilateral da artéria renal.

E - Início do chá de hipericão
Comentário: Não está descrito o agravamento da função renal de doentes com estenose bilateral das artérias renais com o uso de chá de hipericão.

PERGUNTA 139

Uma mulher de 45 anos recorre ao serviço de urgência por mal-estar geral, cansaço, dor abdominal e noção de diminuição do débito urinário desde há dois dias. Está medicada com azitromicina e ibuprofeno desde há cinco dias por amigdalite. A história médica revela litíase urinária e lúpus eritematoso sistémico, em remissão. A medicação habitual inclui hidroxicloroquina, metotrexato e omeprazol. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência respiratória 32/min, frequência cardíaca 89/min e pressão arterial 104/79 mm Hg. O débito urinário desde a admissão (há 18 horas) é de 230 mL. O exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar, encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos revelam: Creatinina 2,2 mg/dL, Azoto ureico 34 mg/dL, Sódio 138 mEq/L, Potássio 4,3 mEq/L, Hemoglobina 12,4 g/dL, Leucócitos 5 100/mm3, Plaquetas 150 × 109 /L.

A ecografia renal não mostra alterações estruturais.

Qual dos seguintes mecanismos melhor explica a oligoanúria?

A. Azotemia pós-renal.
B. Azotemia pré-renal.
C. Concentração elevada de agentes nefrotóxicos.
D. Diminuição da perfusão renal.
E. Glomerulonefrite por imunocomplexos.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área do conhecimento: Medicina (Nefrologia)

Validação da afirmação correta: Concentração elevada de agentes nefrotóxicos

Apresenta-se uma lesão renal aguda (Pcreat 2,2; oligúria) numa doente com lúpus eritematoso sistémico em remissão, atualmente com amigdalite, sob AINEs que apresentou dor abdominal e está ligeiramente hipotensa e polipneica. Tem ecografia renal normal e não nos é facultada análise de urina. O ibuprofeno pode apresentar nefrotoxicidade, sobretudo por mecanismos hemodinâmicos (ao inibir a produção de prostaglandinas e a vasodilatação da arteríola aferente) e mais raramente por toxicidade tubular direta e necrose papilar e medular. A incapacidade de vasodilatação da arteríola aferente é particularmente relevante em casos de hipoperfusão, momento em que o rim depende desse mecanismo de auto-regulação. Dos restantes: a azitromicina não é um nefrotóxico; a hidroxicloroquina não causa nefrotoxicidade aguda; o metotrexato pode ter nefrotoxicidade mas quando usado em doses muito elevadas (como em esquemas de quimioterapia), habitualmente não nas doses da Reumatologia, apesar de neste contexto a sua eliminação estar reduzida pela lesão renal; o omeprazol é mais associado a fenómenos idiossincráticos de hipersensibilidade com nefrite intersticial e não propriamente a nefrotoxicidade.

Outras alíneas:

A - Azotémia pós-renal.
Comentário: A ecografia renal não apresenta hidronefrose sugestiva de obstrução (nem sequer menciona a presença de litíase que sabemos ser um antecedente prévio da doente).

B - Azotémia pré-renal.
Comentário: Perante uma lesão renal aguda, como é o caso, parte-se para a abordagem diagnóstica ponderando causas pré-renais, renais e pós-renais. As

primeiras são formas reversíveis, decorrem de um compromisso da perfusão renal como a redução do volume circulante efetivo e hipotensão e podem ser agravadas por fatores que inibam os mecanismos de auto-regulação renal. Neste caso, há substrato para pensar que este mecanismo possa ter sido um contributo pois a doente tem amigdalite e dor abdominal suspeitando-se de uma deficiente ingesta hídrica neste contexto, além de taquipneia com aumento de perdas insensíveis, tensão arterial sistólica no limite inferior e nenhum sinal de hipervolémia. A razão BUN/creatinina é habitualmente mais elevada (>20) na LRA pré-renal, sendo este elemento menos compatível com que se trate apenas deste mecanismo.

D - Diminuição da perfusão renal.
Comentário: Apesar dos termos "lesão renal aguda pré renal" e "diminuição da perfusão renal" serem praticamente sinónimos, a hipotensão, baixa ingestão hídrica provável, bem como a inibição da auto-regulação renal pelos AINEs (com menor vasodilatação da arteríola aferente) limitam a perfusão renal. Considera-se que este mecanismo é um provável contributo para a lesão renal aguda, apesar de não ser a resposta eleita pela chave oficial.

E - Glomerulonefrite por imunocomplexos.
Comentário: Pode ser uma causa de lesão renal aguda intrínseca, mas neste cenário é-nos afirmado que o lúpus está em remissão e não são fornecidos dados do exame de urina que nos levem a suspeitar de patologia glomerular.

PERGUNTA 140

Uma menina de 3 anos é trazida ao serviço de urgência por claudicação da marcha com noção de limitação da anca esquerda nos últimos 2 dias, associado a febre (máximo 39ºC). O pai nega trauma recente e refere episódio de varicela há duas semanas. Ao exame físico apresenta-se colaborante, corada e hidratada, com várias lesões em crosta recentes em crosta dispersas, algumas nos membros inferiores com rubor perilesional e exsudato amarelo associado. As ancas não apresentam sinais inflamatórios e existe limitação à flexão ativa e passiva da anca esquerda. O restante exame físico, incluindo a auscultação cardíaca e pulmonar e o exame abdominal, encontra-se dentro da normalidade.

Qual dos agentes seguintes microbiológicos é a causa mais provável deste quadro clínico?

A. *Escherichia coli.*
B. *Kingella kingae.*
C. *Pseudomonas aeruginosa.*
D. *Staphylococcus aureus.*

E. Streptococcus agalactiae.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: *Staphylococcus aureus.*

Perante o exame clínico descrito temos de considerar a hipótese de uma artrite séptica da anca esquerda, dado o quadro de febre elevada e a limitação à flexão ativa e passiva da anca esquerda. A fonte mais provável de infeção será a disseminação hematogénea do agente que mais frequentemente causa sobreinfeção das lesões de varicela (até temos descrito no exame objetivo rubor perilesional e exsudato amarelado, o que ainda corroboram mais esta hipótese).

Outras alíneas:

A - Escherichia coli.

Dada a história prévia de varicela e a referência a sinais inflamatórios perilesionais, esta não é a hipótese mais provável, tanto mais que não é também um agente habitual de atrite da anca.

B - Kingella kingae.

Comentário: A Kingella Kingae tem sido um agente cada vez mais reconhecido como causa de artrite séptica em crianças pequenas, principalmente com menos de 2-3 anos, mas dada a história prévia de varicela e a referência a sinais inflamatórios perilesionais, não será a hipótese mais provável.

C - Pseudomonas aeruginosa.

Comentário: Dada a história prévia de varicela e a referência a sinais inflamatórios perilesionais, esta não é a hipótese mais provável, embora possa ser um agente de artrite da anca, a considerar principalmente em adultos com história de abuso iv de drogas.

D - Streptococcus agalactiae.

Comentário: A infeção de lesões de varicela é mais frequente a streptococus pyogenes (Grupo A) e não ao grupo B (agalactiae), que poderá ser relacionado com artrite no caso de crianças abaixo dos 3 meses de idade.

PERGUNTA 141

Um homem de 78 anos, reformado, é trazido pela vizinha ao serviço de urgência por tonturas intensas e desequilíbrio com cinco dias de evolução. Ele refere mal-estar geral e diz «fiquei deitado na cama, sem conseguir comer». O homem vive só. A vizinha, por não o avistar há três dias, foi a casa dele e encontrou-o prostrado e ligou para o 112. Ele nega antecedentes patológicos de relevo. A vizinha não sabe indicar a medicação habitual. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência respiratória 26/min, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 90/70 mmHg; SpO2 97% (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se prostrado, com as mucosas coradas e desidratadas. Responde a perguntas de forma orientada, mas com dificuldade, pelo facto de a língua estar muito seca. A urina é escassa desde a admissão, há duas horas, e é laranja escuro. O restante exame físico, incluindo auscultação cardíaca e pulmonar, palpação abdominal e exame da pele, encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é a mais adequada na avaliação inicial deste utente?

A. Ecocardiograma.
B. Ecografia renal.
C. Raio-X abdominal simples.
D. TC do crânio.
E. Toque retal.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Medicina

Validação da afirmação correta: Ecografia Renal

O caso clínico representa um possível caso de sépsis com provável ponto de partida urinário. Apresenta como dados a favor deste quadro a taquipneia (frequência respiratória de 26 cpm), taquicardia (frequência cardíaca de 110 bpm), hipotensão (pressão arterial sistólica inferior a 100 mmHg). O doente apresenta-se oligúrico, com provável lesão renal aguda de etiologia pré-renal e renal, inferível pelo quadro de desidratação com hipovolémia consequente e pela própria agressão gerada pelo quadro séptico. A urina de coloração laranja escuro é potencialmente explicada pelo quadro de desidratação, com aumento da densidade urinária, e pelo possível foco infecioso estar associado ao trato urinário. Neste contexto, a ecografia renal seria importante para investigação de

pielonefrite aguda e outras complicações (i.e. abcesso renal, pielonefrite enfisematosa, pionefrose, ureterohidronefrose). Mesmo não considerando um quadro séptico, o doente apresenta-se oligúrico, sendo relevante a realização de ecografia renal para exclusão de etiologia obstrutiva. Harrison 20ª edição, capítulo 297, 304, The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).

Outras alíneas:

A - Ecocardiograma.
Comentário: O ecocardiograma é um exame útil em doentes com sépsis documentada, nomeadamente no que concerne à sua monitorização (i.e. avaliação de débito cardíaco, disfunção ventricular, resposta a fluidoterapia), contudo, não deve ser o exame inicial a realizar neste doente.

C - Raio-x abdominal simples.
Comentário: O doente apresenta um exame físico abdominal sem alterações. Adicionalmente, trata-se de um exame pouco informativo, sem utilidade na explicação do quadro etiológico ou orientação terapêutica.

D - TC do crânio.
Comentário: O quadro de tonturas e desequilíbrio deve ser interpretado em contexto de intercorrência infeciosa, como a descrita na vinheta clínica. Contudo, se o exame neurológico sumário apontar para uma causa central e se os exames adicionais designadamente análises laboratoriais, incluindo exame de urina, radiografia do tórax bem como ecografia renal, excluíssem a suspeita clínica de sépsis de ponto de partida urinário, seria lícita a requisição de TC crânio para exclusão de evento isquémico/hemorrágico agudo, mas não como exame inicial. Salienta-se, no entanto, que perante a vinheta clínica, tal diagnóstico afigura-se pouco provável.

E - Toque retal.
Comentário: Trata-se de um exame sem aparente utilidade na explicação do quadro etiológico ou orientação terapêutica deste caso.

Comentário adicional:
Esta pergunta é passível de contestação por ausência de dados suficientes:

- *O caso clínico levanta a possibilidade da existência de um quadro séptico com provável ponto de partida urinário, contudo sem avaliação laboratorial que suporte esta opção (ex: leucocitose, elevação da PCR) ou exame sumário de urina que aponte para tal hipótese. Além disso, o doente pode apresentar um quadro séptico por outro foco não explorado, uma vez que se trata de um indivíduo idoso, faixa etária em que nem sempre temos manifestações clínicas óbvias reveladoras de foco. Como*

tal, a avaliação inicial mais adequada seria a realização de análises laboratoriais, urina II, radiografia do tórax, exames culturais. Além de exclusão de foco respiratório e urinário, era necessário excluir outros focos, nomeadamente SNC, daí ser importante termos acesso ao exame físico completo, nomeadamente neurológico.

- *Mesmo considerando a avaliação de um doente oligúrico, antes de se realizar uma ecografia renal, é necessário solicitar análises laboratoriais e urina II.*
- *Relativamente ao quadro neurológico primário não é referido o resultado do exame neurológico sumário, pelo que não é possível excluir garantidamente que o doente não tenha tido um evento isquémico/hemorrágico agudo, nomeadamente do território vertebro-basilar. A segunda parte do caso clínico retrata um doente desidratado, por ter reduzido aporte hídrico durante vários dias, podendo apresentar uma lesão renal aguda de etiologia pré-renal por consequente hipovolémia.*
- *Seria importante considerar a possibilidade de quadro inaugural de diabetes mellitus tipo II cursando com desidratação, recusa alimentar e lesão renal aguda em contexto de acidose metabólica. Neste contexto, seria relevante conhecer o valor de glicémia.*

PERGUNTA 142

Um casal, com ambos os elementos de 24 anos, vem ao consultório médico para aconselhamento por não conseguirem engravidar desde há três anos, apesar de manterem atividade sexual regular sem contraceção. A mulher refere vigilância ginecológica anual sem alterações e tem ciclos menstruais regulares. Ambos referem ser saudáveis e que não têm dificuldades no ato sexual. Negam hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas ilícitas. Ambos estão empregados e exercem trabalho administrativo. Nenhum tem antecedentes familiares de relevo.

Qual das seguintes alternativas é o passo inicial mais adequado?

A. Medir a concentração sérica da hormona folículo estimulante e da hormona luteinizante na mulher.
B. Realizar o exame físico completo ao marido.
C. Recomendar à mulher o registo diário da sua temperatura corporal e a anotação da data e horários da atividade sexual do casal.
D. Referenciar a mulher para um especialista em infertilidade.
E. Solicitar um teste pós-coital.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Realizar o exame físico completo ao marido.

Um casal com vida sexual regular e desprotegida há mais de 12 meses (em mulher com idade inferior a 35 anos) tem indicação para estudo adicional. Uma primeira abordagem passa por uma história clínica detalhada e exame físico completo de ambos os elementos do casal. O exame completo do marido é fundamental, pois permitirá identificar potenciais causas de infertilidade. Deverão ser analisados parâmetros ponderais e pesquisados sinais de deficiência androgénica e de outras endocrinopatias (nomeadamente patologia tiroideia ou síndrome de Cushing).

Outras alíneas:

A - Medir a concentração sérica da hormona folículo estimulante e da hormona luteinizante na mulher.
Comentário: Previamente ao estudo analítico é fundamental a realização prévia de história clínica e exame objetivo detalhado do casal. Posteriormente deverá então ser realizado estudo básico, no qual está incluída a avaliação da reserva ovárica por doseamento de FSH, LH e Estradiol na primeira fase do ciclo.

C - Recomendar à mulher o registo diário da sua temperatura corporal e a anotação da data e horário da atividade sexual do casal
Comentário: A libertação da progesterona pelo corpo lúteo, promove a elevação da temperatura corporal por estimulação hipotalâmica. Num ciclo normal, a elevação da temperatura (0.3 a 0.5ºC) tem início um a dois dias após o pico de LH e persiste durante pelo menos 10 dias. As alterações termostáticas são suficientes para detetar retrospetivamente uma ovulação, mas estes resultados são tardios para levar a uma programação adequada do coito, é por isto um pouco reprodutivo. No âmbito do caso clínico apresentado, não seria o próximo passo mais adequado.

D - Referenciar a mulher para um especialista em infertilidade.
Comentário: Previamente à referenciação é fundamental o estudo básico do casal, pois poderão ser identificadas causas passiveis de tratamento, evitando deste modo consultas de especialidade desnecessárias.

E - Solicitar um teste pós-coital.
Comentário: O teste pós-coital é considerado um estudo com utilidade clínica limitada, tendo um valor preditivo baixo, pela ausência de consenso relativamente ao que é considerado como normal e pela elevada variabilidade de

interpretação inter e intraobservador. Não faz parte do estudo básico do casal infértil, pelo que não seria o próximo passo mais adequado.

PERGUNTA 143

Um homem de 80 anos é admitido no hospital para intervenção cirúrgica a fratura da anca. O filho do doente, que o acompanha, diz que o pai vive só e cozinha os alimentos que consome. Manifesta preocupação porque lhe parece que o pai não se alimenta adequadamente e raramente come fruta fresca ou vegetais. O doente não vai ao médico há 15 anos. Tem várias feridas que diz não cicatrizarem. Ao exame físico as gengivas estão friáveis e edemaciadas e sangram facilmente. Os dentes têm muita mobilidade.

Qual das seguintes alterações ao exame físico é mais provável encontrar neste doente?

A. Hemorragias perifoliculares.
B. Hiperpigmentação cutânea.
C. Lábios secos com fissuras.
D. Nistagmo horizontal.
E. Rosário raquítico no tórax.

Proposta Academia: A

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Hemorragias perifoliculares.

O caso clínico retrata um caso de défice de vitamina C, designado clinicamente de escorbuto. Constituem dados a favor deste diagnóstico os hábitos alimentares deficitários no que concerne ao consumo adequado de frutas e vegetais, fontes de vitamina C. Ao exame objetivo destacam-se como dados compatíveis lesões não cicatriciais na pele e gengivite hemorrágica. As hemorragias perifoliculares, resultantes de alterações da formação do tecido conjuntivo são típicas desta patologia. Harrison 20ª edição, páginas 2313.

Outras alíneas:

B - Hiperpigmentação cutânea.
Comentário: Esta alteração é típica de casos de défice de niacina, designado clinicamente de pelagra. Além desta, manifesta-se sobretudo por diarreia, língua

com coloração avermelhada, apatia, perdas de memória e desorientação. Harrison 20ª edição, páginas 2310-2312.

C - Lábios secos com fissuras.
Comentário: Esta alteração é típica de casos de défice de rivoflavina. Além desta, manifesta-se sobretudo por estomatite angular, seborreia, língua magenta e vascularização da córnea. Harrison 20ª edição, páginas 2310.

D - Nistagmo horizontal.
Comentário: Esta alteração é típica de casos de défice de tiamina, sobretudo em fases avançadas. Numa fase inicial manifesta-se por anorexia, irritabilidade, perda de memória. Perante quadros prolongados causa bebiberi, podendo ocorrer neuropatia periférica, hiporeflexia e, se associado a consumo alcoólicos marcados, nistagmo horizontal, oftalmoplegia, ataxia cerebelar e défice cognitivo. Harrison 20ª edição, páginas 2309-2310.

E - Rosário raquítico no tórax.
Comentário: Esta alteração é típica de casos de défice de vitamina D, designado clinicamente de raquitismo. Além desta, manifesta-se sobretudo por deformações ósseas, pernas arqueadas e osteomalácia. Harrison 20ª edição, páginas 2316.

PERGUNTA 144

Um recém-nascido de 4 dias de vida é trazido ao consultório médico pela mãe. Ela diz «Os olhos dele parecem infetados». A mãe notou o aparecimento dos sintomas ontem e refere progressão rápida das secreções oculares, sem outras queixas associadas. A gravidez não foi vigiada e o parto ocorreu por via vaginal, cerca de 24h após rotura de membranas. Ao exame físico apresenta injeção conjuntival bilateral com exsudado esverdeado abundante.

Qual das seguintes alternativas é o exame de diagnóstico inicial mais adequado?

A. Coloração Giemsa do raspado conjuntival.
B. Coloração Gram do exsudado ocular.
C. Observação da córnea em lâmpada de fenda.
D. Serologias maternas do grupo TORCH.
E. Teste Tzanck do exsudado.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correta: Coloração Gram do exsudado ocular.

Este caso de conjuntivite neonatal num recém-nascido que nasceu de uma gravidez não vigiada, com um quadro clínico exuberante (hiperemia conjuntival e exsudado abundante bilateralmente) de aparecimento precoce (antes dos 6 dias de vida) é muito sugestivo de conjuntivite neonatal por Neisseria gonorrhoeae. Assim, o exame de diagnóstico mais adequado dos listados seria uma coloração Gram do exsudado ocular. Deve também ser feita cultura.

Outras alíneas:

A - Coloração Giemsa do raspado conjuntival.

Comentário: A coloração de Giemsa do raspado conjuntival pode ser útil nos casos de conjuntivite neonatal por Chlamydia. Uma vez que a Chlamydia é uma bactéria intracelular obrigatória, a amostra tem de conter células epiteliais e não só exsudado. O teste mais adequado para a deteção de Chlamydia é por PCR do raspado conjuntival.

C - Observação da córnea em lâmpada de fenda.

Comentário: A observação com lâmpada de fenda não tem indicação na avaliação diagnóstica da conjuntivite neonatal, contudo poderia ser útil posteriormente caso se suspeitasse de complicações da conjuntivite gonocócica que podem surgir na ausência de tratamento, nomeadamente invasão e ulceração da córnea.

D - Serologias maternas do grupo TORCH.

Comentário: Perante a suspeita de um diagnóstico no recém-nascido que se trata de uma infeção sexualmente transmissível, está indicado pesquisar outras infeções sexualmente transmissíveis quer no recém-nascido, quer na mãe (e em possíveis parceiros sexuais), como sífilis ou VIH, mas não todas as que estão incluídas no grupo TORCH.

E - Teste Tzanck do esxudado.

Comentário: O teste de Tzanck é um teste citológico, que implica a visualização de células, pelo que não seria útil realizá-lo no exsudado. Adicionalmente, apesar de ter caído em desuso devido ao surgimento de técnicas mais modernas, a sua principal utilidade seria no diagnóstico de infeções herpéticas e implica a colheita do epitélio de vesículas cutâneas, que não é a principal hipótese neste caso.

PERGUNTA 145

Uma mulher de 42 anos vem ao consultório médico por aumento indolor do volume abdominal desde há cinco dias. A história médica revela cirrose hepática desde há três anos. Os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O exame físico sugere ascite.

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

A. Cintigrafia hepática e esplénica com radionuclídeo.
B. Ecografia abdominal.
C. Raio-X abdominal em pé.
D. RM abdominal.
E. TC abdominal.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Medicina (Gastroenterologia)

Validação da afirmação correta: Ecografia abdominal.

Em doente com cirrose hepática e aumento do perímetro abdominal, a ecografia abdominal é o exame imagiológico de primeira linha pois permite excluir complicações de cirrose que cursem com agravamento de ascite.

PERGUNTA 146

Um homem de 49 anos vem à consulta de Oncologia para seguimento de carcinoma epidermóide da cavidade oral, tratado com cirurgia e quimiorradioterapia adjuvante há 12 meses. Trabalhou como pintor anteriormente, mas está desempregado desde há 10 anos. É fumador de 50UMA e era consumidor de bebidas alcoólicas (129 g/dia) até há um ano. Tem ainda antecedentes de abuso de heroína e cocaína fumadas até há cinco anos.

Qual das seguintes alternativas é o efeito adverso secundário à radioterapia mais provável de encontrar neste doente?

A. Alopécia.
B. Mucosite.
C. Parestesias.
D. Sialorreia.
E. Xerostomia.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área do conhecimento: Oncologia

Validação da afirmação correta: Xerostomia

Xerostomia é dos efeitos adversos mais frequentes após radioterapia da cabeça e pescoço e pode levar semanas-meses a resolver ou deixar sequelas permanentes.

Outras alíneas:

A - Alopécia.

Comentário: Alopécia é o efeito adverso mais comum após quimioterapia e não após radioterapia com irradiação da cavidade oral.

B - Mucosite.

Comentário: Mucosite é o efeito adverso mais frequente após radioterapia da cabeça e pescoço, contudo é mais precoce e raramente persiste tanto tempo.

C - Parestesias.

Comentário: Podem ocorrer parestesias após radioterapia, no entanto este não é um efeito adverso frequente.

D - Sialorreia.

Comentário: A alteração das glândulas salivares mais frequente no contexto de radioterapia é xerostomia e não a sialorreia.

PERGUNTA 147

Uma primigesta de 23 anos vem ao consultório médico, às 8 semanas de gestação, para a 2ª consulta de vigilância pré-natal. Os resultados das análises laboratoriais ao sangue, solicitados na consulta anterior de há 4 semanas, são normais, exceto para o antigénio de superfície da hepatite B, que é positivo.

Qual dos seguintes é o passo mais adequado para a prevenção da hepatite nesse feto?

A. Administrar imunoglobulina à mãe, neste momento.
B. Administrar imunoglobulina e vacina contra a hepatite B ao recém-nascido, na altura do parto.

C. Iniciar o programa de vacinação contra a hepatite B à mãe, neste momento.
D. Não fazer nada; não é necessário nenhum tratamento porque a mãe tem anticorpos.
E. Recomendar não fazer aleitamento materno a este recém-nascido.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Administrar imunoglobulina e vacina contra a hepatite B ao recém-nascido, na altura do parto.

Perante a presença de antigénio de superfície da hepatite B (AgHBs), é feito o diagnóstico de hepatite B. No entanto, não sabemos se é uma infeção aguda ou crónica – isto só nos é dito pelo estudo dos anticorpos.
Este é o único procedimento preventivo da transmissão vertical em grávidas com o diagnóstico de infeção VHB (embora não tenha 100% de eficácia). Esta administração deve ser feita nas primeiras 12h de vida. Dependendo da carga viral, pode ser necessário fazer terapêutica antiviral pré e pós parto.

Outras alíneas:

A - Administrar imunoglobulina à mãe, neste momento.

Comentário: A administração de imunoglobulina à mãe pode prevenir a transmissão vertical se for utilizada como profilaxia pós exposição nas primeiras 24h após o contacto de risco. Neste caso, temos uma grávida com infeção VHB de duração desconhecida, pelo que a imunoglobulina já não é útil.

C - Iniciar o programa de vacinação contra a hepatite B à mãe, neste momento.

Comentário: A vacinação para a hepatite B é segura na gravidez. No entanto, o objetivo é a prevenção primária – ou seja, prevenir a infeção da mãe. Neste caso, perante uma mãe já infetada, já não faz sentido fazer vacinação. Poderia ser utilizada como parte da profilaxia pós exposição nas primeiras 24h pós exposição – neste caso, temos uma grávida com infeção VHB de duração desconhecida, pelo que a vacinação já não é útil.

D - Não fazer nada; não é necessário nenhum tratamento porque a mãe tem anticorpos.

Comentário: Perante o diagnóstico de infeção por VHB está sempre indicada profilaxia da transmissão vertical.

E - Recomendar não fazer aleitamento materno a este recém-nascido.

Comentário: A amamentação não está contraindicada na infeção por hepatite B materna, desde que o recém-nascido tenha recebido profilaxia com imunoglobulina + vacinação.

PERGUNTA 148

Uma mulher de 55 anos vem ao consultório médico, acompanhada pelo marido, por apresentar tendência crescente para se isolar ao longo das últimas seis semanas. A doente foi submetida a tumorectomia com esvaziamento axilar e radioterapia, por cancro da mama localizado (estadio I), diagnosticado há três meses. Ela não consegue deixar de se preocupar com o futuro e refere «qualquer pessoa a lutar contra um cancro vai sentir-se desta maneira». O marido diz que a doente parece triste a maior parte do tempo. Passa cada vez mais tempo na cama e não retomou os passatempos que tinha anteriormente. Tem tido dificuldade em concentrar-se, diminuição de energia e de apetite. Não apresenta pensamentos significativos de menos-valia ou de culpa. Nega intenção ou plano de suicídio, mas admite que, por vezes, deseja não acordar. A medicação habitual inclui tamoxifeno. Ao exame físico a ferida cirúrgica está integralmente cicatrizada e não é causa de qualquer tipo de desconforto.

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para o sofrimento emocional da doente?

A. Depressão induzida por fármacos.
B. Episódio depressivo major.
C. Perturbação de adaptação com humor deprimido.
D. Perturbação de ansiedade generalizada.
E. Tiroidite induzida por radiação.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Episódio Depressivo Major.

A vinheta descreve um caso clínico de uma mulher de 55 anos com queixas de isolamento social, preocupações em relação ao futuro, humor depressivo,

diminuição de energia, diminuição de apetite, dificuldades de concentração, e ainda pensamentos suicidários (passivos), com pelo menos seis semanas de evolução. Trata-se de uma mulher submetida a exérese cirúrgica de cancro da mama localizado, diagnosticado há 3 meses. A pergunta é acerca da explicação mais provável para o sofrimento emocional da doente, sendo listados quatro diagnósticos psiquiátricos diferentes.

A informação fornecida na vinheta clínica é suficiente para permitir um diagnóstico de perturbação depressiva major, de acordo com os critérios diagnósticos, tanto da DSM-5, como da CID-10 (os critérios podem ser consultados no Shorter, na página 194). O quadro clínico depressivo é evidente e está descrito de forma muito completa. Cumprem-se quer os critérios sintomáticos, quer o critério temporal (de pelo menos duas semanas), estando também documentado o impacto marcado no funcionamento habitual da doente. Esta parece-me ser a resposta mais provável, e, portanto, a resposta correta.

Outras alíneas:

A - Depressão induzida por fármacos.

Comentário: O quadro clínico não parece ser passível de ser atribuído aos efeitos de uma substância ou de um fármaco, neste caso do tamoxifeno. Esta resposta não é a mais provável, face à resposta correta. Não existe informação suficiente para estabelecer um critério de causalidade, necessário para este diagnóstico. No entanto, pela leitura da vinheta clínica depreende-se que a exposição ao tamoxifeno é anterior à instalação do quadro depressivo, e, como é sabido, o tamoxifeno apresenta um risco de despoletar ou agravar sintomas depressivos (como resultante da sua atividade anti-estrogénica). É aliás uma boa prática clínica a monitorização de sintomas depressivos em doentes a realizar tamoxifeno. Penso que pode haver uma linha de contestação nesta alínea.

C - Perturbação de adaptação com humor deprimido.

Comentário: O quadro clínico depressivo surge temporalmente no contexto de um potencial evento gerador de stress – o diagnóstico de neoplasia e intervenção cirúrgica. A própria doente estabelece uma certa relação quando refere que "qualquer pessoa a lutar contra um cancro vai sentir-se desta maneira" ("desta maneira" – leia-se a fenomenologia depressiva tão bem descrita). Trata-se de uma mulher de 55 anos que não terá, tanto quanto se saiba, antecedentes psiquiátricos e que desenvolve um quadro de perturbação depressiva major, quase concomitante ao diagnóstico de cancro da mama, pelo que hipotetizar uma relação etiológica entre os dois eventos é no mínimo tentador! Visto que é relativamente frequente o aparecimento de quadros de perturbação depressiva major em doentes que se encontram a viver situações potencialmente geradoras de stress (como o diagnóstico recente de neoplasia),

urge distinguir uma perturbação depressiva major numa mulher diagnosticada recentemente com neoplasia, de uma perturbação de adaptação numa mulher diagnosticada recentemente com neoplasia. Pode existir um "overlap" sintomático entre as duas condições, e o impacto no funcionamento psicossocial não é um critério 100% fidedigno, já que algumas perturbações de adaptação podem ter tanto ou mais impacto funcional que algumas perturbações depressivas. Por convenção nosológica, estabeleceu-se que sempre que existem critérios para perturbação depressiva major, esse deve ser o diagnóstico em detrimento do diagnóstico da perturbação de adaptação (o diagnóstico da perturbação de humor pela maior gravidade clínica assume preponderância em relação ao diagnóstico de perturbação e adaptação). A justificação na bibliografia do exame surge na página 203: "Adjustment disorders following a stressor often present with depressed mood, together with tearfulness and feelings of hopelessness. However, the full diagnostic criteria for major depression are not met." Leia-se no manual DSM-5, página 168: "Adjustment disorder with depressed mood. A major depressive episode that occurs in response to a psychosocial stressor is distinguished from adjustment disorder with depressed mood by the fact that the full criteria for a major depressive episode are not met in adjustment disorder." E de facto, diga-se em defesa do examinador que este teve a bondade de descrever ao pormenor o quadro clínico sintomático, para que não restassem dúvidas acerca da possibilidade de diagnosticar esta mulher com uma perturbação depressiva major. Teve também o cuidado de não pormenorizar ou dar um grande relevo à adaptação à doença oncológica (não domina em termos de conteúdo a vinheta clínica). Ainda assim, penso que existe algum espaço de argumentação e contestação para os examinandos que responderam esta opção. Ainda para mais, o examinador nem pergunta o diagnóstico mais provável da doente, mas sim a explicação mais provável para o sofrimento emocional da doente. Pode considerar-se que, independentemente da severidade do quadro clínico, é uma resposta psicopatológica ao diagnóstico de neoplasia (e tudo o que este implica) que melhor explica o sofrimento emocional da doente.

D - Perturbação de ansiedade generalizada.

Comentário: estamos diante de uma perturbação de humor, e não de uma perturbação de ansiedade.

E - Tiroidite induzida por radiação.

Comentário: Mesmo admitindo esse quadro iatrogénico, não explica o sofrimento da doente. Na descrição da vinheta clínica não existem sinais ou sintomas sugestivos de disfunção tiroideia que pudessem justificar um quadro depressivo por hipotiroidismo, por exemplo.

PERGUNTA 149

Uma mulher de 45 anos vem à consulta para «saber se tem diabetes». Não tem queixas. A história médica revela dislipidemia medicada com atorvastatina. A mãe e a irmã têm diabetes mellitus tipo 2 com complicações oftalmológicas múltiplas, o que tem causado receio de também desenvolver doença. Os sinais vitais são frequência cardíaca 86/min e pressão arterial 130/70 mm Hg. Ela mede 160 cm de altura e pesa 85 kg; IMC 33 kg/m2 . O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Tendo em conta a preocupação desta mulher, qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

A. Manter apenas vigilância clínica.
B. Realizar teste de glicemia capilar duas horas após a refeição.
C. Recomendar restrição de hidratos de carbono.
D. Requisitar glicemia em jejum.
E. Requisitar prova de tolerância oral à glucose.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área do conhecimento: Medicina (Endocrinologia)

Validação da afirmação correta: Requisitar glicemia em jejum.

O diagnóstico de diabetes é feito com glicemia em jejum, hemoglobina glicada ou prova de tolerância oral à glicose. Atendendo à necessidade de ingestão de glicose e realização de nova colheita analítica 2 horas após, a prova de tolerância oral à glicose tende a ser menos utilizada para fins de rastreio.

Outras alíneas:

A - Manter apenas vigilância clínica.

Comentário: Inadequado por não permitir identificar o desenvolvimento de diabetes.

B - Realizar teste de glicemia capilar duas horas após a refeição.

Comentário: Sem validade para diagnóstico/rastreio de diabetes.

C - Recomendar restrição de hidratos de carbono.

Comentário: Não está indicado como intervenção isolada para prevenção de diabetes.

E - Requisitar prova de tolerância oral à glucose.

Comentário: Pode ser utilizada para fins de diagnóstico/rastreio de diabetes. Atendendo a ser menos prática a sua realização tende a ser menos utilizada para este fim. Não seria uma resposta errada, mas seria "menos correta" que requisitar glicemia em jejum.

PERGUNTA 150

Uma mulher de 18 anos, caucasiana, vem ao centro de saúde para consulta de vigilância. Ela esteve a viver com a família em Angola, desde os 5 anos de idade, e regressou a Portugal há seis meses. A história médica revela amigadalectomia aos 8 anos. Os antecedentes ginecológicos incluem menarca aos 12 anos, ciclos irregulares (28-35 dias) e cataménios de 6 dias. A coitarca ocorreu há 6 meses e utiliza o preservativo como método contracetivo. Mantém o mesmo parceiro sexual desde essa altura. Não tem antecedentes familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,8 ºC, frequência respiratória 14/min, frequência cardíaca 65/min e pressão arterial 102/60 mmHg. Ela mede 163 cm e pesa 58 kg; IMC 22 kg/m2. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Qual das seguintes medidas preventivas é a mais adequada nesta mulher?

A. Realizar colheita para citologia cervicovaginal.
B. Confirmar a toma da vacina contra o papilomavírus humano (HPV).
C. Sugerir a realização de autopalpação mamária mensalmente.
D. Solicitar teste de rastreio não treponémico (VDRL).
E. Solicitar doseamento da triiodotironina sérica.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área do conhecimento: Ginecologia e Obstetrícia

Validação da afirmação correta: Confirmar a toma da vacina contra o papilomavírus humano (HPV).

De acordo com o PNV 2020, a vacinação às mulheres contra o HPV é recomendada aos 10 anos – duas doses, separadas de 6 meses. Segundo a DGS: primeira dose administrada ≥10 e <18 anos de idade. Se a vacinação for iniciada ≥ 15 e < 18 anos: esquema recomendado de 3 doses, a completar < 27 anos. A idade máxima para iniciar o esquema de vacinação é aos 17 anos (até ao último dia em que se verificam 17 anos); a idade máxima para terminar o esquema de vacinação é aos 26 anos (até ao último dia em que se verificam os 26 anos). Perante a vinheta clínica, não nos é possível saber se a mulher fez alguma toma da vacina; se tiver feito uma primeira toma, poderia completar o esquema; se nunca tivesse feito nenhuma toma, já não poderia iniciar. No entanto, seria boa prática do médico assistente confirmar se foi, ou não, realizada a toma da vacina contra o HPV, pelo que a alínea está correta. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx

Outras alíneas:

A - Realizar colheita para citologia cervicovaginal.

Comentário: A citologia cervicovaginal apenas está recomendada após os 25 anos de idade. Lê-se na norma da DGS: "Deve ser assegurado o rastreio do cancro do colo do útero regularmente, de acordo com o tipo de exame, a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade, que não o tenham ainda realizado."
https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182012-de-21122012-png.aspx

C- Sugerir a realização de autopalpação mamária mensalmente.

Comentário: Estamos perante uma mulher de 18 anos saudável e sem antecedentes familiares de relevo – insere-se numa população de baixo risco de cancro da mama e, portanto, na sua faixa etária, não está preconizada a realização de nenhum tipo de vigilância relativa a este cancro. A autopalpação mamária é controversa, e muitos autores defendem que não tem utilidade, mesmo em mulheres mais velhas.

D - Solicitar teste de rastreio não treponémico (VDRL).

Comentário: Numa mulher sem fatores de risco e não grávida não está indicado o rastreio de sífilis.

E - Solicitar doseamento da triiodotironina sérica.

Comentário: Tendo em conta que o caso clínico não sugere alterações tiroideias, não está preconizado rastreio destas patologias.