

Parte I - Versão B

PERGUNTA 1

Um homem de 19 anos de idade, estudante de arte, é trazido ao serviço de urgência pela equipa de emergência extra-hospitalar, após um acidente de viação por embate da sua viatura na traseira de uma pick-up a uma velocidade de 45 km/h. Ele afirma "o meu joelho bateu no painel dianteiro da viatura, ficou deslocado, mas voltou ao normal". Quando questionado, referiu melhoria da dor após a redução espontânea, mas mantém dor intensa. O exame físico revela tumefação importante e dor no joelho direito.

No exame físico, qual dos seguintes é o passo inicial mais adequado?

- A. Avaliar a presença de instabilidade ligamentar do joelho.
- B. Avaliar a pressão intracompartimental do membro inferior.
- C. Determinar o estado vascular do membro inferior.
- D. Excluir lesão associada da articulação coxofemoral.
- E. Realizar exame neurológico do membro inferior.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Trauma

Validação da afirmação correcta: Perante a suspeita de luxação do joelho propriamente dita, isto é, femuro-tibial (não confundir com luxação da rótula, a qual é muito menos grave) tem que se avaliar o estado vascular distalmente ao joelho, uma vez que a lesão vascular da artéria poplítea na luxação é frequente. Uma luxação do joelho exige sempre pedido de avaliação por cirurgia vascular e tratamento urgente.

Restantes alíneas:

A - A avaliação da presença de instabilidade ligamentar no joelho deve ser realizada mas não é urgente e, se presente, o tratamento é electivo.

B - Avaliar a pressão intracompartimental do membro inferior é mandatária se existirem sinais de síndrome compartimental, nomeadamente dor intensa nos corpos musculares que agrava na mobilização passiva (não justificada pelas alterações presentes ao exame objectivo) - sinal precoce - e tensão elevada à palpação desses corpos musculares. As alterações de perda de sensibilidade e diminuição dos pulsos são sinais mais tardios de síndrome compartimental. Neste caso, a dor é mais no joelho e não propriamente nos corpos musculares, o que não aponta para síndrome compartimental.

D - Deve excluir-se lesão associada da articulação coxofemoral, porque o mecanismo descrito de traumatismo pelo tablier do carro dá tipicamente lesões no joelho e na anca, causando luxação e/ou fractura de acetábulo ou fémur proximal, mas não é tão urgente como uma possível lesão vascular.

E - Deve realizar-se exame neurológico do membro inferior para excluir quer lesões directas dos nervos, quer lesões secundárias a fracturas, síndrome compartimental ou lesão vascular. Contudo, não é tão urgente como a exclusão de lesão vascular.

PERGUNTA 2

Um homem de 45 anos de idade recorre ao serviço de urgência por colúria e diarreia desde há uma semana. Adicionalmente, refere ter dores epigástricas de predomínio pós-prandial com 13 meses de evolução. É fumador desde os 20 anos de idade (30 UMA) e tem hábitos alcoólicos marcados. Tem história de diabetes *mellitus* sob insulino-terapia. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 18/min e pressão arterial 140/85 mmHg; SpO₂ 97% (ar ambiente). Ele tem 172 cm de altura e pesa 50 kg; IMC 17 kg/m². Ao exame físico observa-se icterícia das escleróticas e edemas depressíveis dos membros inferiores. O exame do abdómen desperta dor à palpação profunda do epigastro; não são palpáveis massas ou organomegalias. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Sangue

Hemoglobina	13 g/dL
Leucócitos	11 300/mm ³
Neutrófilos, segmentados	56%
Linfócitos	28%
Plaquetas	70x10 ⁹ /L
Protrombina (taxa)	50%

Gases

PO ₂	86 mmHg
PCO ₂	37 mmHg
pH	7,5
Bicarbonato	27 mEq/L
Lactatos	1,1 mmol/L

Soro

Creatinina	1,2 mg/dL
Glucose	110 mg/dL
AST	60 U/L
ALT	70 U/L
GGT	220 U/L
Fosfatase alcalina	200 U/L
Bilirrubina total	4 mg/dL
Amilase	113 U/L
Troponina I	0,01 ng/mL
Proteína C reativa	6 mg/dL
Albumina	2 g/dL
Sódio	141 mEq/L
Potássio	3,7 mEq/L

Qual das seguintes alterações ecográficas é a mais sugestiva da etiologia deste caso clínico?

- A. Ectasia do canal de Wirsung.
- B. Estratificação da parede vesicular.
- C. Esplenomegalia.
- D. Litíase vesicular.
- E. Nódulo hepático.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correcta: Doentes com fatores de risco para pancreatite crónica: álcool e tabaco. Quadro clínico compatível com dor epigástrica crónica, de agravamento pós-prandial, esteatorreia, perda de peso (50kg) e diabetes mellitus. Quadro coleostático (aumento da FA e hiperbilirrubinémia) em consequência das alterações inflamatórias/fibróticas locais. Entre os achados possíveis de encontrar neste quadro está a dilatação do canal Wirsung.

Restantes alíneas:

B - A estratificação da parede vesicular é um achado característico da colecistite aguda. O quadro clínico típico da colecistite cursa com febre, aumento dos parâmetros inflamatórios e dor no hipocôndrio direito. Apesar do aumento ligeiro dos parâmetros inflamatórios que o doente apresenta, a presença de um quadro crónico (duração de 12 meses) exclui esta possibilidade.

C - O exame clínico apresentado exclui a presença de organomegalias. Acresce o facto da restante sintomatologia apresentada não se enquadrar neste contexto.

D - A litíase vesicular tende a manifestar-se com quadro de cólica biliar caracterizada por dor a nível do hipocôndrio direito por tempo limitado (duração máxima de 6 horas). No entanto, não se caracteriza por colúria e diarreia, nem será responsável pela perda de peso e diabetes apresentadas.

E - O hepatocarcinoma, que se pode manifestar como um nódulo hepático, pode cursar com quadro de icterícia associada a insuficiência hepática manifestada com hipoalbuminémia. No entanto, tende a surgir no contexto de cirrose cujos achados ao exame físico seriam evidentes: presença de circulação colateral, hepatomegalia, esplenomegalia. No exame físico descrito, não são referidos estes mesmos achados, sendo ainda negada a presença de organomegalias.

PERGUNTA 3

Faz uma visita a uma mulher de 74 anos de idade, que está num lar desde há 10 meses, com história de doze horas de dispneia, de agravamento progressivo, associada a tosse, produção de expectoração amarela-esverdeada e sibilância discreta. A doente tem história de doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes *mellitus* tipo 2 e doença articular degenerativa. Está medicada com salbutamol, metformina, enalapril e paracetamol. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência cardíaca 88/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 140/78 mmHg; SpO₂ 93% (ar ambiente). Ao exame físico não apresenta sinais de utilização dos músculos acessórios para respirar. A auscultação pulmonar revela diminuição dos sons respiratórios, roncos dispersos e sibilos difusos tele-expiratórios. Solicitou raio-X de tórax, hemograma e ionograma sérico.

Os resultados da gasometria arterial revelam:

PO ₂	83 mmHg
PCO ₂	66 mmHg
pH	7,37

Adicionalmente à antibioterapia, qual das seguintes terapêuticas é a mais adequada neste momento?

- A. Montelucaste via oral.
- B. Oxigénio por cânula nasal.
- C. Prednisolona via oral.
- D. Salbutamol via nebulizador.
- E. Teofilina via oral.

Proposta Academia: D/C

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pneumologia

Validação da afirmação correcta: A indicação (GOLD 2019) para o tratamento da DPOC exacerbada é o uso de corticóide iv ou oral juntamente com β agonista inalado/nebulizado de curta ação.

Restantes alíneas:

A - Não está indicado na exacerbação de DPOC.

B - Os doentes DPOC com hipoxemia devem fazer oxigénio para atingir saturações periféricas 88-92%, idealmente. Esta doente apresenta SpO₂ 93% e PO₂ 83 mmHg, portanto, não apresenta hipoxemia e não necessita de oxigenoterapia.

E - O uso da teofilina não tem indicação formal na DPOC (GOLD 2019).

PERGUNTA 4

Um homem de 44 anos de idade vem ao consultório médico por retorragias e tenesmo desde há dois meses. Os antecedentes pessoais e familiares não identificaram patologias de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência cardíaca 66/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 127/75 mmHg; SpO₂ 97% (ar ambiente). Ao exame físico o doente apresenta-se orientado no tempo e espaço. Observam-se mucosas coradas e hidratadas. O abdómen não apresenta alterações à palpação ou auscultação. O toque retal não evidenciou massas endoluminais palpáveis, revelou um bom tónus esfíncteriano e a luva apresentava fezes com sangue vivo.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro		Sangue	
Creatinina	0,9 mg/dL	Hemoglobina	10 g/dL
Glucose	110 mg/dL	VGM	78 fL
AST	23 U/L	Leucócitos	9100/mm ³
ALT	32 U/L	Neutrófilos, segmentados	54%
GGT	39 U/L	Linfócitos	26%
Fosfatase alcalina	60 U/L	Plaquetas	250x10 ⁹ /L

A colonoscopia com biópsia revelou adenocarcinoma do reto a 8 cm da margem anal. A neoplasia foi estadiada, por TC toraco-abdominal e RM pélvica, como cT₂N₀M₀. Os marcadores biológicos revelaram CEA de 30 ng/mL (normal <0,5ng/mL).

Qual das seguintes alternativas constitui o tratamento mais adequado?

- A. Amputação abdominoperineal.
- B. Excisão local.
- C. Quimiorradioterapia esquema longo e ressecção anterior do reto.
- D. Radioterapia esquema curto e ressecção anterior do reto.
- E. Ressecção anterior do reto.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: Indicado para neoplasias do reto proximal. No caso apresentado o estadiamento cT₂N₀M₀ requer apenas ressecção cirúrgica sem necessidade de terapêutica adicional.

Restantes alíneas:

A - Indicado para neoplasias do reto distal.

B - Indicada em doentes com estadiamento T1 ou em doentes idosos e/ou com alto risco cirúrgico.

C - A QRT pós-operatória, em doentes com cT₂N₀M₀, deve ser considerada se sinais de mau prognóstico no resultado histológico.

D - A QRT pós-operatória, em doentes com cT₂N₀M₀, deve ser considerada se sinais de mau prognóstico no resultado histológico.

PERGUNTA 5

Um homem de 37 anos de idade, solteiro, técnico de informática, recorre ao seu médico assistente solicitando ajuda por se sentir permanentemente preocupado e tenso, apesar de não encontrar justificação para tal. Refere ainda dificuldades na atenção, concentração e memória, dores musculares diárias e sono fragmentado. "Não consigo estar tranquilo... Agora ouvir os meus colegas de trabalho irrita-me tanto que só me apetece bater-lhes... O meu chefe já me chamou à atenção por ter cometido muitos erros em programas básicos." Apura-se que as queixas persistem há mais de seis meses e que o doente não tem outros antecedentes médicos. Na consulta está pálido, evidenciando sudorese abundante da face e palmas das mãos; treme e mexe-se frequentemente para mudar de posição.

Qual dos seguintes mecanismos melhor explica este quadro clínico?

- A. Aumento de libertação de dopamina no estriado.
- B. Condicionamento clássico pelo medo.
- C. Hiporreatividade do sistema nervoso autónomo.
- D. Níveis elevados de emoção expressa.
- E. Viés cognitivo para estímulos ameaçadores.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um caso clínico de perturbação de ansiedade generalizada com 6 meses de evolução e impacto funcional relevante. A clínica fenomenológica do doente é típica: tem a experiência subjetiva de preocupação/apreensão constante e pervasiva (em vários *settings*); os sintomas cognitivos são também característicos - dificuldades de atenção, concentração e queixas mnésicas; manifestações comportamentais de ansiedade - sudorese, tremor (que são sintomas somáticos de ansiedade) e desregulação do sono (insónia). A descrição do quadro clínico pode ser encontrado na pág. 164 do Oxford (bibliografia recomendada).

A pergunta é acerca dos modelos etiopatogénicos da perturbação de ansiedade generalizada, sendo que existem vários modelos explicativos (uns mais psicológicos e focados nas cognições; outros mais fisiológicos e focados, por exemplo, na disfunção e sobreativação do sistema nervoso autónomo).

A resposta correta é a E (viés cognitivo para estímulos ameaçadores). Estes doentes apresentam tipicamente vieses cognitivos em que sobre-estimam o potencial perigo de estímulos neutros ou pouco ameaçadores (um exemplo de um viés cognitivo é a catastrofização). A resposta pode ser encontrada na página 167 do Oxford: "Such individuals may also demonstrate trait-like cognitive biases in the form of increased attention to potentially threatening stimuli, overestimation of environmental threat, and enhanced memory of threatening material".

Restantes alíneas:

A - A disfunção dopaminérgica está principalmente implicada na esquizofrenia e nas doenças do movimento (doença de Parkinson).

B - Embora a resposta B não esteja completamente errada, já que existem fenómenos de condicionamento clássico e operante na perturbação de ansiedade generalizada (ver o artigo de Lissek et al. 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24001473>), esta resposta não "explica tão bem o presente quadro clínico".

C - Nas perturbações de ansiedade existe uma hiperreatividade do sistema nervoso autónomo.

D - Os níveis elevados de emoção expressa são um fator de descompensação de algumas perturbações mentais (como a esquizofrenia), mas não explicam este quadro clínico.

PERGUNTA 6

Uma mulher de 73 anos de idade é trazida ao serviço de urgência de ambulância vinte minutos após o marido a ter encontrado não reativa em casa. A equipa de emergência extra-hospitalar iniciou oxigenoterapia suplementar e fluidoterapia endovenosa com NaCl 0,9%. O marido reporta que a doente apresenta, desde há três dias, tosse produtiva em agravamento, sudorese e febre - temperatura máxima 38,9°C. A toma de paracetamol não aliviava a febre. A doente tem sido ativa e independente para as atividades da vida diária até o início destes sintomas. Tem antecedentes de hipertensão arterial e de neoplasia da mama tratada com quimioterapia e mastectomia 12 anos antes. A sua medicação habitual inclui hidroclorotiazida, lisinopril e aspirina 100mg/dia. Ela não tem

alergias conhecidas. Os sinais vitais são temperatura 39,6°C, frequência cardíaca 120/min, frequência respiratória 30/min e pressão arterial sistólica 80 mmHg; SpO₂ 84% (máscara de Venturi a 60% de oxigénio). Ao exame físico a doente está minimamente responsiva. A pele apresenta-se fria e húmida. Não se observam edemas periféricos. A auscultação pulmonar revela redução dos sons respiratórios no hemitórax esquerdo, campos médio e inferior. A auscultação cardíaca revela taquicardia, S₁ e S₂ normais. Os sons intestinais estão normais.

Os resultados dos estudos analíticos são os seguintes:

Soro		Sangue	
Azoto ureico	32 mg/dL	Hematócrito	40%
Creatinina	2,1 mg/dL	Hemoglobina	12,5 g/dL
Sódio	140 mEq/L	Leucócitos	19 000/mm ³
Potássio	5,0 mEq/L		
Cloro	103 mEq/L		
Bicarbonato	18 mEq/L		

O eletrocardiograma não mostra sinais de isquemia. A fluidoterapia endovenosa com NaCl 0,9% foi continuada com intensificação do débito.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Alterar fluidoterapia para solução lactato de Ringer.
- B. Inserir um cateter de Swan-Ganz.
- C. Proceder a algaliação vesical.
- D. Proceder a intubação orotraqueal.
- E. Realizar raio-X do tórax.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Medicina Interna/Pneumologia

Validação da afirmação correcta: Na abordagem do doente em choque séptico com depressão do estado de consciência e insuficiência respiratória grave deverá ser efetuada proteção da via aérea. Este procedimento fará ainda com que seja reduzido o esforço respiratório responsável por um elevado consumo energético.

Restantes alíneas:

A - Existe alguma evidência (muito) recente de superioridade na utilização de lactato de ringer. Contudo a alteração desta terapêutica não trará benefícios superiores aos da EOT.

B - A utilização de cateter de Swan-Ganz é importante no esclarecimento etiológico do choque. Neste caso pela história clínica atribui-se à infeção a responsabilidade do choque, pelo que é dispensada a utilização deste cateter.

C - A algaliação é um passo fundamental na monitorização da resposta ao choque, contudo não é um passo prioritário na abordagem precoce ao choque como a descrita neste caso e, muito menos, deve ser priorizada relativamente à gestão da via aérea.

E - A realização da radiografia do tórax poderá ser importante para estabelecer o diagnóstico da causa da sépsis, bem como para exclusão de complicações, no entanto, poderá ser diferido.

PERGUNTA 7

Um rapaz de 3 anos de idade é trazido ao consultório médico por exantema pruriginoso, caracterizado por pápulas, vesículas e pústulas com base eritematosa, dispersas em todo o corpo, com aparecimento nesse dia, associado a febre e rinorreia com dois dias de evolução.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Herpes simplex.
- B. Molusco contagioso.
- C. Sarampo.
- D. Varicela.
- E. Zona.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: O quadro clínico descrito é sugestivo de varicela – esta caracteriza-se por um exantema que envolve todo o tegumento, incluindo mucosas, com pápulas eritematosas que rapidamente progridem para vesículas de base eritematosa; o conteúdo passa de líquido claro a acinzentado (pústulas); as vesículas ulceram, transformam-se em crosta e curam. Verifica-se

a presença de lesões em várias fases e o prurido associado é muito marcado. Também é precedido de um período prodrômico de 1-2 dias de mal estar, febre, faringite, astenia e anorexia.

Restantes alíneas:

A - As lesões acima descritas não são compatíveis com esta etiologia. As infeções cutâneas por HSV caracterizam-se pela presença de vesículas pequenas, com base eritematosa, que evoluem para úlceras superficiais. Ao contrário das lesões labiais, que costumam ser lesões únicas, estas são múltiplas, mas com uma distribuição regional, podendo ter associado linfadenopatias, embora os sintomas sistémicos sejam raros.

B - As lesões apresentadas neste quadro clínico não são compatíveis com este diagnóstico. O molusco contagioso caracteriza-se por pápulas discretas, cor pérola, bem delimitadas, entre 1-5 mm, que podem ter associada uma base eritematosa discreta ou zonas de dermatite/eczematosas. Tendem a surgir em aglomerados, em qualquer região corporal, mas a face, pálpebras, pescoço, axilas e coxas são os locais de eleição.

C - O sarampo apresenta caracteristicamente um exantema maculopapular e não vesicular. Também apresenta um período prodrômico com sintomas sistémicos (febre, mal-estar, anorexia, conjuntivite com fotofobia e lacrimejo, rinorreia, odinofagia e tosse seca) mas que, em regra, dura cerca de 2-3 dias antes do aparecimento do exantema.

E - Esta manifesta-se como lesões vesiculares agrupadas ao longo de 1 ou 2 dermatómos no máximo, não correspondendo assim ao descrito no caso clínico acima.

PERGUNTA 8

Um homem de 69 anos de idade, previamente assintomático encontra-se internado para estudo de metástases hepáticas observadas acidentalmente em ecografia solicitada para estudo renal. Ele tem antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 desde há 15 anos, sob insulino-terapia. O doente tem retinopatia e está em vigilância de nefropatia por albuminúria (KDIGO G1-A3) e hipertensão arterial. Está medicado com clorotalidona, lisinopril, metformina, ácido acetilsalicílico e insulina. Mantém a sua medicação habitual no internamento.

No primeiro dia de internamento realizou TC toraco-abdomino-pélvico com contraste e análises cujos resultados revelaram:

Soro

Creatinina	1,1 mg/dL
Azoto ureico	21 mg/dL
Glucose	112 mg/dL
ALT	154 U/L
AST	149 U/L
Sódio	132 mEq/L
Potássio	4,8 mEq/L
Cloro	101 mEq/L

O médico assistente é chamado no terceiro dia de internamento por registo de redução progressiva da diurese (250ml nas últimas 24 horas). O doente refere ter náuseas ligeiras, sem outras queixas nomeadamente sem dor lombar, alterações da pele, polaquiúria, disúria ou queixas cardíacas ou respiratórias. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência cardíaca 78/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 139/87 mmHg de pé; Observam-se mucosas normalmente coradas e hidratadas e anictéricas. Quando se posiciona o doente a 90° não apresenta turgescência venosa jugular. A auscultação cardíaca revela S₁ e S₂ presentes, com som galope S₃. A auscultação pulmonar revela crepitações em ambas as bases. O doente apresenta edemas maleolares ligeiros bilateralmente.

Os resultados estudos analíticos revelam:

Soro

Creatinina	2,4 mg/dL
Azoto ureico	54 mg/dL
Glucose	110 mg/dL
ALT	173 U/L
AST	156 U/L
Fosfatase alcalina	122 U/L
Proteína C reativa	1,3 mg/dL
Sódio	134 mEq/L
Potássio	5,3 mEq/L
Cloro	101 mEq/L

Gases

pO ₂	76 mmHg
pCO ₂	30 mmHg
pH	7,31
Lactatos	1,9 mmol/dL

Sangue

Hemoglobina	11,5 g/dL
VGM	86 fL
HCM	27 pg/célula
Leucócitos	4 900/mm ³
Neutrófilos, segmentados	61%
Linfócitos	26%
Eosinófilos	1%
Plaquetas	165 x 10 ⁹ /L

Urina

Cilindros granulares	Presentes (+++)
Eritrócitos	Ausentes
Leucócitos	Ausentes
Eosinófilos	Ausentes
Albumina	Presente (+++)
Nitritos	Ausentes

Qual das seguintes alternativas é o mecanismo mais provável do quadro clínico que motivou a chamada do médico assistente?

- A. Doença ateroembólica.
- B. Isquemia.
- C. Nefrite.
- D. Nefrotoxina.
- E. Vasculite.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Nefrologia

Validação da afirmação correcta: O caso refere-se a uma possível nefropatia por contraste num doente com vários fatores de risco (diabetes, doença renal crónica, lisinopril) 3 dias após exposição a contraste iodado. A apresentação é como lesão renal aguda em que o exame sumário de urina identifica apenas a proteinúria existente no contexto da nefropatia diabética conhecida. O contraste iodado é considerado uma nefrotoxina cujo mecanismo pode incluir hipóxia da medula renal externa, toxicidade tubular direta por stress oxidativo e obstrução tubular transitória por precipitação de material do contraste.

Restantes alíneas:

A - A ateroembolia habitualmente surge após um fator desencadeante que pode ser um cateterismo, trombólise ou início de hipocoagulação. Não seria de esperar esta relação cronológica com a administração de contraste.

B - Isquemia exige hipoperfusão num doente com diminuição do volume circulante efetivo. Neste caso, o doente foi submetido a um estudo programado, não teve nenhuma alteração súbita na sua situação, não tem história de desidratação, está normotenso, pelo que é improvável.

C - Em caso de nefrite, esperar-se-ia que esta se acompanhasse de alterações na análise de urina como eritroleucocitúria.

E - A vasculite causa glomerulonefrite com alterações da análise de urina e habitualmente acompanha-se de um quadro constitucional arrastado.

PERGUNTA 9

Uma grávida de 41 anos, primigesta, com 37 semanas de gestação, recorre ao centro de saúde por dores abdominais e lombares, rítmicas, a cada sete minutos, desde há quatro horas. Refere perda de líquido claro pela vagina há seis horas. A gravidez não foi vigiada até às 32 semanas, altura em que se detetou hipertensão gestacional. Nessa altura foi medicada com nifedipina que foi eficaz no controlo tensional. Não tem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 116/62 mmHg. A frequência cardíaca fetal é 140/min. Ao exame físico observa-se exteriorização de líquido amniótico claro e sem cheiro. O toque vaginal revela colo com 6 cm de dilatação, 100% extinto (apagado), apresentação cefálica de vértice. O centro de saúde está localizado numa zona rural a duas horas de distância de uma urgência hospitalar. Não está equipado com monitor para avaliação contínua da frequência cardíaca fetal (cardiotocógrafo) mas tem um cardioscópio (com doppler) funcional. O médico assistente solicita transporte que se estima demorar uma hora a chegar ao centro de saúde.

Enquanto aguarda o transporte, qual dos seguintes é o intervalo mínimo mais adequado à monitorização intermitente do bem-estar fetal?

- A. Cinco minutos.
- B. Dez minutos.
- C. Quinze minutos.
- D. Vinte minutos.
- E. Trinta minutos.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Obstetrícia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma grávida de alto risco – gravidez mal vigiada, idade materna avançada (41 anos) e complicada por hipertensão gestacional. A grávida está em trabalho de parto, na fase ativa do I estadio do trabalho de parto (I estadio é desde o início do trabalho de parto até se atingirem os 10 cm, altura em que se inicia o II estadio, também chamado de período expulsivo ou dilatação completa). Nestes casos, a auscultação intermitente deve ser feita de 15 em 15 minutos no I estadio e de 5 em 5 minutos no II estadio.

BECKMANN, Capítulo 8 – Intrapartum Care

“The first stage of labor is the interval between the onset of labor and full cervical dilation (10 cm). The first stage is further divided into two phases: 1) The latent phase of labor encompasses cervical effacement and early dilation and 2) the active phase of labor, during which more rapid cervical dilation occurs, usually beginning at approximately 5 to 6 cm.

In the presence of risk factors, fetal surveillance should be performed using either intermittent auscultation or continuous fetal monitoring using the following methods: During the active first stage of labor, auscultation should be performed every 15 minutes, preferably before, during, or after a contraction, and continuous monitoring should be evaluated at least every 15 minutes. During the second stage of labor, the fetal heart rate should be monitored every 5 minutes using either the intermittent or continuous procedure.”

FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation (October 2015)

“Interval: Every 15 minutes in the active phase of the first stage of labor. Every five minutes in the second stage of labor.”

PERGUNTA 10

Uma mulher de 50 anos de idade, asiática, 4 gesta, 3 para, 1 abortamento, é observada na consulta pela primeira vez desde que se mudou para Portugal há um mês. Refere afrontamentos (fogachos) e suores noturnos nos últimos meses. A doente deseja fazer terapia hormonal de substituição. Tem sido sempre saudável e não faz qualquer medicação. Nega hábitos tabágicos, referindo hábitos alcoólicos ocasionais.

Para a decisão do tipo de terapêutica hormonal mais adequada para esta paciente, qual das seguintes informações é a mais determinante obter?

- A. História de doença benigna da mama.
- B. História de histerectomia.
- C. História de tumores do ovário.
- D. História familiar de demência, tipo Alzheimer.
- E. Intensidade dos sintomas.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correcta: A terapêutica hormonal de substituição pode ser simples (apenas estrogénios) ou combinada (estrogénios e progesterona). O alívio dos sintomas é secundário à administração de estrogénios, embora nas mulheres que têm útero, o progestagénios sejam fundamentais para proteção em relação a hiperplasia endometrial e neoplasia do endométrio. Por outro lado, os progestagénios acarretam um aumento do risco da terapêutica hormonal. Assim, se as mulheres não têm útero (e portanto não têm vantagem em fazer progestativos), é boa prática clínica a decisão de iniciar terapêutica apenas com estrogénio.

Restantes alíneas:

A- A terapêutica hormonal (TH) não está associada ao aumento de risco de doença benigna da mama, pelo que a história pessoal da mesma não interfere em decisões relativas à substituição hormonal.

C- A TH não influencia o risco de cancro do ovário, pelo que a sua história não é relevante.

D- Os estudos disponíveis não mostram impacto da TH na prevenção da síndrome demencial, pelo que este não é um fator decisivo.

E- A intensidade de sintomas não está relacionada com o tipo de terapêutica hormonal de substituição, embora possa estar relacionada com a dose de administração (que deve ser sempre a dose mínima eficaz). Além disso, as características dos sintomas (vasomotores ou genitourinários) também têm impacto na decisão da via de administração, mas não no tipo de terapêutica hormonal administrada.

PERGUNTA 11

Um homem de 65 anos de idade é internado por pneumonia adquirida na comunidade e agudização da sua doença pulmonar obstrutiva crónica. Tem também antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva NYHA classe I e hipertensão arterial. Está medicado cronicamente com furosemida 20mg/dia, ramipril 5mg/dia e terapêutica inalada com formoterol e budesonida. No

internamento a terapêutica foi modificada para furosemida 20mg duas vezes por dia por via intravenosa, prednisolona 20 mg/dia (via intravenosa), omeprazole 40 mg/dia (via intravenosa) e levofloxacina 750 mg/dia (via intravenosa). Adicionalmente faz O₂ suplementar a 1L/min, por cânula nasal, desde a admissão para objectivo de SatO₂ > 88%. Ao 3º dia de internamento o doente apresenta melhoria da tosse, mas mantém a dispneia apresentada inicialmente. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C (sem paracetamol administrado nas últimas 24 horas), frequência cardíaca 89/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 110/85 mmHg; SpO₂ 94% (cânula nasal a 1L/min cumprido apenas à noite). A auscultação pulmonar revela crepitações em ambas as bases e diminuição dos sons respiratórios no hemitórax esquerdo com aumento da transmissão vocal e egofonia. A auscultação cardíaca revela ritmo de galope S₃. Observam-se ligeiros edemas periféricos.

Na perspetiva de programar a alta nos dias seguintes foi realizada gasometria arterial e confrontada com a da admissão cujos resultados são:

Admissão		Programar alta	
FiO ₂	35%	FiO ₂	21%
PaO ₂	61 mmHg	PaO ₂	81 mmHg
PaCO ₂	48 mmHg	PaCO ₂	51 mmHg
pH	7,35	pH	7,65
Bicarbonato	26 mEq/L	Bicarbonato	36 mEq/L
Potássio	3,5 mEq/L	Potássio	2,9 mEq/L

Qual dos seguintes alternativas melhor explica as alterações de novo na gasometria arterial deste doente?

- A. Furosemida.
- B. Levofloxacina.
- C. Omeprazole.
- D. Paracetamol.
- E. Prednisolona.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina Interna

Validação da afirmação correcta: A gasimetria expõe efeitos laterais da terapêutica com diurético de ansa (hipocalémia e alcalose metabólica provavelmente secundária a hipovolémia/sobreterapêutica). As principais causas de alcalose metabólica incluem a perda de secreções gástricas, a ingestão de anti-ácidos não-absorvíveis, as tiazidas e os diuréticos de ansa. Os diuréticos

causam alcalose metabólica por depleção de iões cloreto e aumento de iões sódio no tubo coletor, aumentando a secreção de iões potássio e hidrogénio.

Restantes alíneas:

B - Em raros casos, a levofloxacina pode associar-se a alterações da glicémia, hipercaliémia e alterações da função hepática, mas não a alcalose metabólica.

C - Em raros casos, o omeprazol pode associar-se a nefrite intersticial e hepatotoxicidade, mas não a alcalose metabólica.

D - O efeito adverso mais significativo do paracetamol é a hepatotoxicidade.

E - A prednisolona poderá ser causadora de alterações semelhantes, embora em doses mais elevadas ou terapêuticas crónicas (S. Cushing).

PERGUNTA 12

Uma mulher de 72 anos de idade é trazida ao serviço de urgência, pela sua irmã, por obstipação e confusão desde há cinco dias. Ela tem neoplasia mamária com metástases sob tratamento com tamoxifeno e hipertensão arterial tratada com amlodipina. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 62/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 134/87 mmHg. Ao exame físico observa-se uma mulher vigil, mas confusa. As mucosas estão coradas, mas desidratadas. Sem sinais neurológicos focais. As auscultações cardíaca e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. O restante exame físico não apresenta alterações patológicas. A mulher colhe sangue para análises bioquímicas.

A alteração de qual dos seguintes parâmetros serológicos mais provavelmente explica o quadro clínico desta mulher?

- A. Ca²⁺.
- B. Cl⁻.
- C. K⁺.
- D. Mg²⁺.
- E. pH.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Endocrinologia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma apresentação clássica de hipercalcemia com sintomas neurológicos (confusão), gastrointestinais (obstipação) e desidratação. A presença de neoplasia metastizada sugere que possa ser uma hipercalcemia da malignidade.

Restantes alíneas:

B - Não explica qualquer sintomatologia.

C - Não se associa a obstipação.

D - Não explica obstipação e dificilmente explica confusão.

E - Não explica obstipação.

PERGUNTA 13

Uma mulher de 25 anos de idade, solteira, vem à consulta de psiquiatria sozinha por ter receio de ter «doença bipolar». Conta que sempre foi saudável, embora refira que, desde há três meses tem alguns dias em que se sente «mais triste e abatida», situação que relaciona com alguma conflitualidade na relação com o namorado. Nega quaisquer outros sintomas. A sua maior preocupação prende-se com a sua história familiar. O pai e dois tios paternos têm o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar; um primo direito (também do lado paterno) e o avô paterno suicidaram-se. Adicionalmente, um sobrinho, filho do irmão mais velho, tem o diagnóstico de esquizofrenia. Ela pergunta se poderá fazer algum teste para perceber se irá ter a doença.

Qual das seguintes alternativas é a recomendação mais adequada?

- A. Dado que a história familiar inclui apenas elementos do sexo masculino, e a transmissão muito provavelmente dependerá do cromossoma Y, o risco de ter perturbação afetiva bipolar é baixo.
- B. Informar que a genética da perturbação afetiva bipolar é complexa, não sendo possível determinar concretamente o risco individual com base na análise genética.
- C. Propor a pesquisa de mutações do gene CACNA1C, por ser o gene mais vezes associado à perturbação afetiva bipolar, para determinação mais rigorosa do risco.

- D. Propor o estudo do eixo hipófise-hipotálamo-suprarrenal, para encontrar o padrão biológico subjacente e assim informar corretamente o risco.
- E. Referenciar para uma consulta de genética médica para pesquisa de mutações dos genes relacionados com a síntese e metabolismo das monoaminas, para se avaliar adequadamente o risco genético.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Para além da hereditariedade da Doença Bipolar ser do tipo poligénica, os factores ambientais têm um peso muito importante, pelo que não é possível avaliar o risco individual através da análise genética.

Restantes alíneas:

A - O risco de hereditariedade da Doença Bipolar parece ser conferido por milhares de genes, com pequeno efeito individual, não estando apontado nenhum papel de relevo ao cromossoma y.

C - Apesar de o gene CACNA1c ter mostrado uma associação significativa à doença bipolar, não há indicação para pesquisa da mutação, uma vez que para além deste gene, muitos outros parecem ter um papel (hereditariedade poligénica). Por outro lado, como dito anteriormente, os factores ambientais também apresentam um peso muito importante, não sendo possível estimar o risco de doença bipolar através da análise genética.

D - Apesar de nos doentes com Doença Bipolar poder haver disfunção do eixo hipófise-hipotálamo-suprarrenal com hipersecreção de cortisol, não há indicação para estudo do mesmo para avaliação do risco (não é um marcador específico nem sensível, podendo estar presente noutras patologias).

E - Dada a escassa informação que a avaliação genética poderá fornecer em relação ao risco individual do doente para doença bipolar, não está preconizada a avaliação do mesmo pela consulta de genética.

PERGUNTA 14

Um homem de 25 anos de idade vem ao consultório médico por sensação de queimadura ao urinar desde há três dias. Nega urgência urinária, aumento de frequência urinária ou corrimento uretral espontâneo. É sexualmente ativo com a sua mulher, mas ao ser questionado admitiu ter tido relações sexuais com uma mulher que conheceu duas semanas antes, durante uma conferência noutra cidade. Foi-lhe prescrito terapêutica com ceftriaxone e doxiciclina e o doente volta seis semanas depois. Ele diz que inicialmente os seus sintomas melhoraram, mas a dor ao urinar recorreu e que notou um corrimento uretral.

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para a recorrência dos seus sintomas?

- A. Estirpe resistente de *Chlamydia trachomatis*.
- B. Não adesão à terapêutica com ceftriaxone.
- C. Não adesão à terapêutica com doxiciclina.
- D. Reinfecção.
- E. Uretrite causada por agente resistente ao ceftriaxona e doxiciclina.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Infeciologia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um homem heterossexual com quadro de uretrite não purulenta, o que é mais frequentemente associado a infecção por *Chlamydia trachomatis*. O facto de ter sido medicado e apenas regressar a nova consulta 6 semanas depois, com um quadro diferente (uretrite purulenta, mais típica da gonorreia), sugere nova exposição com nova infecção.

Restantes alíneas:

*A - A doxiciclina é a opção de tratamento para as estirpes de *Chlamydia* resistentes aos macrólidos, sendo esta situação ainda rara, pelo que esta não será uma opção provável. Além disso, os sintomas simplesmente não resolveriam e persistiriam ou agravariam mesmo sob tratamento.*

B e C - A possibilidade de não adesão à terapêutica também é de considerar, embora nesse caso fosse mais provável a ausência de melhoria clínica.

*E - As infecções por agentes resistentes aos antimicrobianos usados, nomeadamente por *Mycoplasma genitalium*, são raras, geralmente assintomáticas, e muito mais associadas a relações homossexuais entre homens.*

PERGUNTA 15

Uma mulher caucasiana de 29 anos de idade, nuligesta, é observada na consulta de infertilidade. Os ciclos menstruais foram sempre irregulares e ocorrem em intervalos de 45 a 60 dias. A data da última da menstruação foi há seis semanas. Não tem antecedentes médicos de relevo e não toma medicação habitual. Não tem hábitos tabágicos nem de consumo de bebidas alcoólicas. Refere dificuldade em controlar o peso, apesar de praticar exercício físico diariamente e de ter cuidado com a alimentação. Tem 160 cm de altura e pesa 75 kg; IMC 30 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência cardíaca 64/min, frequência respiratória 22/min e pressão arterial 120/78 mmHg. O exame físico, incluindo o exame ginecológico, não revela qualquer alteração patológica. A histerossalpingografia efectuada há cinco semanas demonstrou permeabilidade bilateral das trompas uterinas.

Os resultados dos estudos laboratoriais são:

Soro

FSH (hormona foliculo-estimulante)	6 mU/mL
LH (hormona luteinizante)	18 mU/mL
TSH	2,2 mU/L
Prolactina	9 ng/mL (N 1,9-25 ng/mL)

A ecografia pélvica realizada hoje mostra ovários micropoliquísticos, bilateralmente. O marido da doente realizou espermograma há duas semanas e o resultado foi normal.

A doente deve ser alertada que tem um maior risco para qual das seguintes situações?

- A. Anomalias cromossómicas do feto.
- B. Cancro colorretal.
- C. Cancro do ovário.
- D. Endometriose.
- E. Insulinorresistência.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correcta: Estamos perante um caso típico de Síndrome de Ovário Policístico. Uma paciente com infertilidade, oligomenorreia (que sugere fortemente oligoovulação), obesa e com conformação policística. Além disso, o estudo analítico revela uma aumento da relação LH/FSH (uma LH muito elevada em relação à FSH), o que é característico do SOP. O SOP é uma disfunção endócrina, fortemente associada a insulinoresistência.

BECKMANN, Cap 40 – Hirsutism and virilization

"Symptoms of PCOS include oligomenorrhea or amenorrhea, acne, hirsutism, and infertility"

"To establish the diagnosis, the patient should have two of the following criteria:

- *Oligo-ovulation or anovulation usually marked by irregular menstrual cycles;*
- *Biochemical or clinical evidence of hyperandrogenism;*
- *Polycystic-appearing ovaries on ultrasonography".*

"The typical woman with PCOS has many of the signs of metabolic syndrome (syndrome X), which is defined by the presence of at least three of the following components:

- *Waist circumference 35 inches or greater;*
- *Triglyceride level 150 mg/dL or higher;*
- *High-density lipoprotein cholesterol <50 mg/dL;*
- *Blood pressure 130/85 mm Hg or higher;*
- *Fasting glucose level 100 mg/dL or higher.*

Approximately 40% of patients with PCOS have impaired glucose tolerance, and 8% have overt type 2 diabetes mellitus. These patients should be screened for diabetes."

"In many women with PCOS, obesity seems to be the common factor..."

"Hormonal studies in women with PCOS show the following: (1) increased LH:FSH (follicle-stimulating hormone) ratio"

Restantes alíneas:

A - Não há feto nem nunca existiu gravidez (infertilidade primária).

B - Não há relação entre a clínica da paciente e esta neoplasia.

C - Não há relação entre a clínica da paciente e esta neoplasia.

D - A endometriose é uma causa de infertilidade, mas não há mais nada no caso clínico que aponte para esta hipótese (dismenorreia, dispareunia, massas anexiais, nódulos dolorosos, etc.). A endometriose não tem relação com SOP.

PERGUNTA 16

Um homem de 45 anos de idade, de origem africana, bombeiro de profissão, vem ao serviço de urgência por dor torácica intensa, profunda e lancinante, que irradia para a região dorsal e para a omoplata esquerda. Tem antecedentes conhecidos de hipertensão arterial desde há 15 anos. Está medicado com amlodipina. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência cardíaca 80/min, regular, frequência respiratória 22/min e pressão arterial 160/96 mmHg. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Realiza raio-X do tórax que revela alargamento do mediastino e presença de derrame pleural à esquerda de volume moderado.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar labetalol (intravenoso).
- B. Administrar nitroglicerina (intravenoso).
- C. Iniciar heparina e ácido acetilsalicílico.
- D. Obter doseamento de marcadores cardíacos.
- E. Realizar ecocardiograma transesofágico.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Cardiologia

Validação da afirmação correcta: O quadro clínico é altamente sugestivo de síndrome aórtico agudo, provavelmente uma disseção da aorta, por vários motivos. Por um lado, a dor torácica intensa, lancinante, é uma forma comum de apresentação desta patologia (o mais típico é a dor ser descrita como um rasgão, mas é comum a dor ter estas características de muita intensidade). A sua irradiação para a região dorsal e omoplata também é sugestiva de um síndrome aórtico agudo (o mais sugestivo é a irradiação para a zona interescapular, mas admite-se alguma variabilidade). Também o facto de ter antecedentes de hipertensão arterial, principal fator de risco para estes síndromes, aumenta a probabilidade de este ser o diagnóstico correto. Pela sua fisiopatologia, com comprometimento da integridade da *mediavascular*, é provável que se assista a um aumento do diâmetro do vaso, provocado pelo falso lúmen. Esta alteração pode se observada na radiografia de tórax como pelo

alargamento do mediastino. Finalmente, também é possível existir derrame pleural associado a esta patologia. Perante esta alta suspeita diagnóstica, o ideal seria confirmar com recurso a um método de imagem, de preferência angioTC. Em termos de tratamento, no final irá passar provavelmente por correção cirúrgica, mas as terapêuticas anti-impulso e analgésica são fundamentais numa fase inicial para diminuir a progressão da doença e para conforto do doente, respetivamente (tendo também em conta que o doente se encontra hipertenso). Para alcançar o primeiro objetivo, a diminuição da contractilidade cardíaca e da pressão arterial, com conseqüente redução do stress de cisalhamento na parede do vaso, são essenciais. Para esse efeito, o labetalol é uma boa escolha dado que consegue atuar tanto no inotropismo, como na pressão arterial, pois é um bloqueador beta não seletivo e um bloqueador alfa 1, permitindo modificar ambos os mecanismos com um só fármaco.

Restantes alíneas:

B - Apesar de ser vasodilatadora, a nitroglicerina é preferencialmente dilatadora da rede vascular venosa, sendo o objetivo principal nesta patologia a dilatação arterial. Seria mais adequado escolher outro fármaco, p.e. o nitroprussiato.

C - Esta terapêutica estaria indicada caso a suspeita fosse de síndrome coronário agudo, o que não é o caso.

D - Têm utilidade no manuseamento dos síndromes coronários agudos. Neste contexto, apenas seriam relevantes caso se tratasse de uma disseção do tipo A com eventual disseção de uma artéria coronária associada.

E - O ecocardiograma transesofágico, embora permita uma visualização mais adequada da aorta descendente comparativamente ao ecocardiograma transtorácico (presumindo que a disseção poderia estar neste local da aorta pela irradiação da dor), é um exame de imagem moroso e menos disponível do que o exame de imagem ideal para o diagnóstico desta patologia, o angioTC torácico, o qual é bastante mais sensível e específico para o diagnóstico.

PERGUNTA 17

Um rapaz de 7 anos de idade recorre ao consultório médico por quadro de lesões cutâneas pruriginosas com cinco dias de evolução. No início do quadro apresentou rinorreia e febre baixa por um período de dois dias, tendo ficado apirético. A mãe está preocupada porque reiniciou febre hoje. Os sinais vitais são temperatura 38,7°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 102/57 mmHg. Ao exame físico apresenta um bom estado

geral. Ao exame da orofaringe verifica-se a presença de vesículas no palato e enantema. Apresenta lesões papulares e vesiculares em número moderado no tronco, membros superiores, couro cabeludo e períneo, algumas das quais em crosta. No antebraço esquerdo apresenta múltiplas lesões exsudativas, com área de eritema e calor circundante. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O restante exame físico não apresenta alterações.

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

- A. Aciclovir oral.
- B. Clotrimazol tópico.
- C. Dimetindeno tópico.
- D. Flucloxacilina oral.
- E. Hidrocortisona + ácido fusídico tópico.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: O quadro clínico desta criança é compatível com uma varicela, com uma das complicações mais frequentes neste contexto, que é a sobreinfecção das lesões. Para além dos sinais clínicos de uma sobreinfecção bacteriana (as lesões exsudativas, com sinais inflamatórios circundantes), reiniciou febre, o que poderá estar em relação com este contexto. Assim sendo, a opção mais correta seria iniciar antibioterapia, sendo a flucloxacilina de primeira linha no caso das infeções cutâneas.

Restantes alíneas:

A - O aciclovir oral não tem interesse nesta situação (criança saudável, com 5 dias de evolução de varicela).

B - O uso de um antifúngico não está indicado.

C - O dimetindeno é um anti-histamínico, não tendo indicação de aplicação tópica.

E - Usar um corticóide como a hidrocortisona numa situação de suspeita de infeção bacteriana é desadequado.

PERGUNTA 18

Um homem de 39 anos de idade é internado no hospital por derrame pleural bilateral três semanas após ter completado curso de quimioterapia para doença de Hodgkin. A toracocentese da cavidade pleural à esquerda drena 1120 mL de líquido turvo. O exame microscópico desse líquido evidenciou numerosos linfócitos, alguns dos quais atípicos.

Qual das seguintes alternativas é a explicação mais provável para estes achados?

- A. Extensão do linfoma aos vasos linfáticos do pulmão.
- B. Infecção por citomegalovírus com envolvimento pulmonar e da pleura.
- C. Insuficiência cardíaca congestiva causada por miocardite tóxica.
- D. Obstrução do ducto torácico pelo linfoma.
- E. Pneumonite de hipersensibilidade causada pela quimioterapia.

Proposta Academia: A/B

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Hematologia/Pneumologia

Validação da afirmação correcta: Relativamente à opção A, a infiltração linfomatosa dos vasos pulmonares é uma evolução possível neste quadro clínico, dando origem a um derrame pleural do tipo exsudado, rico em células inflamatórias. O linfoma de Hodgkin associa-se a um infiltrado inflamatório exuberante, não neoplásico. Relativamente à opção B, a infecção por CMV é rara, mas mais provável em doentes francamente imunocomprometidos, suscetíveis a infecções por agentes oportunistas. A primo-infecção por CMV pode apresentar-se com serosite e derrame, mas seria acompanhada de um quadro sistémico mais exuberante. Já a reativação de uma infecção latente por CMV está sobretudo associada a pneumonite intersticial e alveolar. Portanto em nenhum dos casos estas apresentações raras correspondem exatamente ao quadro clínico descrito, sendo difícil enquadrar a presença de linfócitos atípicos.

Restantes alíneas:

C - Esperaríamos um transudado, e não há clínica sugestiva de insuficiência cardíaca congestiva.

D - Relaciona-se com derrames pleurais quilosos.

E - Geralmente não está associada a derrame pleural.

PERGUNTA 19

Um homem de 73 anos de idade, de origem africana, engenheiro químico reformado, recorre ao serviço de urgência 36 horas após ter sido submetido a ressecção transuretral da próstata. Refere "ainda aparece sangue na urina e julgo que o cateter está a ficar bloqueado". Questionado refere ainda que a quantidade de sangue na urina não aumentou desde a cirurgia. Ele refere que sente vontade permanente de urinar e notou que a quantidade de urina no saco coletor tem vindo a diminuir. A hemoglobina e o hematócrito estão dentro dos parâmetros da normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar uma unidade de concentrado de eritrócitos.
- B. Instilação de uroquinase pelo cateter.
- C. Lavagem do cateter com soro fisiológico.
- D. Realizar cistostomia suprapúbica.
- E. Substituição de cateter vesical.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Urologia/Nefrologia

Validação da afirmação correcta: O caso refere-se a uma algália entupida por coágulos após uma prostatectomia, isto é, uma obstrução urinária baixa. A situação resolve-se com lavagens com soro fisiológico. Pode igualmente usar-se uma algália de 3 vias para melhorar o fluxo de soro fisiológico e evitar a formação de novos coágulos. No enunciado não nos é dito que tipo de algália é que o doente tem.

Restantes alíneas:

A - A transfusão não se justifica pois comporta riscos e não houve queda do hematócrito.

B - O uso de uroquinase não tem utilização prática neste contexto.

D - A cistostomia está reservada para situações em que a algália uretral não é viável. Neste caso, em que o doente tem coágulos na bexiga, a colocação de uma cistostomia apresenta os mesmos riscos de obstrução que a algália.

E - Antes de substituir a algália deve tentar-se a desobstrução da algália atual. Caso a algália atual não seja de 3 vias, a próxima deve sê-lo, para permitir a lavagem vesical com fluxo de soro contínuo.

PERGUNTA 20

Uma mulher de 21 anos de idade, estudante universitária, vem ao consultório médico por dores menstruais intensas, cíclicas, com agravamento desde há um ano, que se iniciam cinco dias antes do cataménio e duram em média oito dias, com ligeiro alívio com a toma de ibuprofeno 600 mg via oral. A dor impede as suas atividades diárias. Desde há seis meses sem atividade sexual por dispareunia profunda. Ela tem antecedentes de asma medicada com corticóide inalatório diário, infeções urinárias baixas de repetição, crises de pânico esporádicas desde os 16 anos e apendicectomia aos 14 anos. Teve a menarca aos 12 anos; ciclos regulares de 26 dias, com cataménios de 6 dias associado a dismenorreia intensa, que motivou medicação com estroprogestativo via oral aos 15 anos e que melhorou o quadro. A coitarca ocorreu aos 17 anos; teve dois parceiros sexuais até ao momento. Os sinais são temperatura 37,1°C, pulso 72/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 112/70 mmHg. Ela tem 165 cm de altura e pesa 48 kg; IMC 17,6 kg/m². O exame físico revela dor à palpação bimanual dos fundos de saco vaginais. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável nesta doente?

- A. Aderências pélvicas.
- B. Cistite intersticial.
- C. Doença inflamatória pélvica.
- D. Endometriose.
- E. Perturbação somatoforme.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correcta: O caso clínico parece referir-se a um caso de endometriose. A endometriose é a presença de glândulas e estroma

endometrial em qualquer localização extra-uterina. Ocorre geralmente em mulheres em idade reprodutiva (caso clínico – 21 anos). Os sintomas clássicos incluem dismenorreia progressiva (++) dor que se inicia 1 ou 2 dias antes do cataménio e que persiste alguns dias após o mesmo) e dispareunia profunda (presentes no caso). Este diagnóstico deve ser considerado com mais relevância se a dismenorreia não ceder à terapêutica com AINEs ou contraceptivos orais (no caso clínico – alívio parcial com ibuprofeno 600 mg). Ao exame físico, um exame ginecológico doloroso ou dor à palpação dos fundos de saco vaginais, pode representar um dos achados clínicos (presente no caso).

Restantes alíneas:

A - A doente tem antecedentes de uma apendicectomia aos 14 anos. No entanto, a doente não apresenta antecedentes cirúrgicos "pesados", nem múltiplos episódios de processos inflamatórios/infeciosos pélvicos. Para além disso, a doente refere uma dor cíclica, não apresentando sintomas sugestivos de um eventual quadro oclusivo (náuseas, vômitos, distensão abdominal).

B - Corresponde a uma inflamação crónica da bexiga, apresentando-se clinicamente com desconforto no enchimento vesical e alívio na micção. Os doentes apresentam ainda dor pélvica, urgência urinária, podendo ainda cursar com dispareunia. No caso clínico, a doente não apresenta sintomas urinários.

C - Infecção do trato genital superior por infecção ascendente (geralmente situação aguda ou sub-aguda). Os sintomas podem incluir dor abdominal ou leucorreia anormal (por exemplo com cheiro). Os sinais ao exame objetivo incluem: febre, corrimento purulento ou com cheiro, dor à mobilização uterina ou à palpação da região anexial. A nível laboratorial cursa com aumento dos parâmetros inflamatórios, como leucocitose e aumento da proteína C reativa. A doente em questão apresenta dor crónica, sem referência a leucorreia anormal e encontrava-se apirética.

E - Estes doentes apresentam sintomas somáticos (1 ou 2) associados a pensamentos, comportamentos ou sentimentos excessivos, relacionados com os sintomas somáticos, causando disfunção no indivíduo. Estes não parecem estar representados no caso clínico.

PERGUNTA 21

Um homem de 49 anos de idade recorre ao centro de saúde para obter aconselhamento sobre uma viagem de avião de longo curso que fará para o Japão, em trabalho. Preocupa-o o enjoo e vômitos associado ao movimento,

sobretudo de avião e comboio, que o tem impedido de viajar. Tem antecedentes de epilepsia e hiperplasia benigna da próstata e está medicado cronicamente com levetiracetam e tansulosina. O homem nega ter queixas de disfagia, pirose, ardor retroesternal ou dor abdominal. Ele nega alteração da acuidade auditiva, vertigens ou zumbidos. Adicionalmente, na revisão de sintomas, refere queixas frustradas de perda de força do jato de urina e nictúria que o doente relaciona com a doença prostática, menos intensas desde que iniciou terapêutica. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 119/80 mmHg; SpO2 99% (ar ambiente). Ele tem 175 cm de altura e pesa 60 kg; IMC 19,6 kg/m². Ao exame físico o doente aparenta bom estado geral. A palpação do pescoço não releva gânglios palpáveis nas cadeias cervicais, supraclaviculares ou axilares. As auscultações cardíaca e pulmonar não apresentam alterações patológicas. O exame do abdómen não revela alterações patológicas. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. O médico assistente decide medicar o doente para prevenir os sintomas.

Qual dos seguintes fármacos é o mais adequado prescrever?

- A. Amitriptilina.
- B. Butilescopolamina.
- C. Dimenidrinato.
- D. Domperidona.
- E. Metoclopramida.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: ORL

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um anti-histamínico eficaz na profilaxia do enjoo do movimento.

Restantes alíneas:

A - Antidepressivo tricíclico, pode ser utilizado na profilaxia da enxaqueca vestibular.

B - Anti-colinérgico, eficaz no enjoo de movimento mas, dado os sintomas urológicos mal esclarecidos, não se coloca como primeira linha.

D - Anti-emético, remove a náusea, não é profilático do enjoo de movimento.

E - Anti-emético, remove a náusea, não é profilático do enjoo de movimento.

PERGUNTA 22

Um homem de 59 anos de idade vem ao consultório médico por queixas de cansaço fácil, dispneia para pequenos a médios esforços, tosse crónica, por vezes com expectoração mucosa ou mucopurulenta e opressão precordial nos últimos quatro anos e com agravamento progressivo. Nega febre, palpitações ou edemas periféricos. É trabalhador numa mina de carvão desde os 20 anos de idade. Os antecedentes médicos incluem infeções respiratórias de repetição e doença osteoarticular degenerativa. A medicação habitual inclui diclofenac em SOS. Ele nega ter hábitos tabágicos ou alcoólicos. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 143/79 mmHg; SpO₂ 96% (ar ambiente). Ele tem 170 cm de altura e pesa 76 kg; IMC 26,3 kg/m². O doente apresenta turgescência venosa jugular de 1cm na posição sentado. Ao exame físico observa-se razoável estado geral. Observam-se mucosas coradas e hidratadas. Apresenta discreta cianose labial; está eupneico, sem tiragem intercostal. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios presentes, ensurdecidos globalmente, sem assimetrias e sem alterações dos tempos respiratórios. A auscultação cardíaca encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O restante exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade. O raio-X do tórax revela alterações reticulonodulares difusas em ambos os campos pulmonares. O médico assistente solicita estudo de espirometria.

Qual das seguintes alternativas é mais provável encontrar na espirometria deste doente?

- A. Curva débito-volume com ansa expiratória convexa.
- B. FVC 92%.
- C. FEV₁ 60%.
- D. FEV₁/FVC 60%.
- E. Δ da FEV₁/FVC pós-broncodilatação 18%.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Pneumologia

Validação da afirmação correcta: Estamos perante uma provável pneumoconiose do trabalhador de carvão (história pessoal, clínica e imagiologia sugestivas), cujo padrão mais comum é o restritivo. A curva débito volume do padrão restritivo aparece semelhante à do padrão normal, desviada no sentido

de volumes totais menores. No entanto pode-se considerar-se também a alínea C verdadeira, dependendo da gravidade da doença.

Restantes alíneas:

B - A FVC deve estar diminuída.

C - O FEV1 pode estar normal ou diminuído.

D - Geralmente ocorre diminuição simétrica do FEV1 e FVC, pelo que a sua razão se mantém normal.

E - Este fenómeno funcional ocorre tipicamente na asma.

PERGUNTA 23

Um homem de 72 anos de idade recorre ao serviço de urgência por dor lancinante episódica na hemiface direita desde há seis horas. Descreve que os episódios duram três segundos, ocorrem a cada minuto e a dor tem uma intensidade de 10 pontos numa escala de 10 pontos. Tem antecedentes de hipertensão arterial. Está medicado com felodipina e hidroclorotiazida. Sem história de consumo de tabaco. Tem consumo moderado de bebidas alcoólicas. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 146/84 mmHg; SpO2 98% (ar ambiente). Ao exame físico apresenta-se alerta e com discurso preservado. Pele sem alterações. Força muscular sem alterações a nível da face. O toque na hemiface direita desperta a dor lancinante descrita. As artérias temporais estão aparentemente normais e sem endurecimento. A avaliação da acuidade auditiva não revela alterações. O exame da cavidade oral não revela lesões dentárias aparentes. O exame neurológico não revela alterações adicionais.

Qual dos seguintes fármacos é o mais adequado a prescrever para alta?

- A. Carbamazepina.
- B. Clonazepam.
- C. Ibuprofeno.
- D. Morfina.
- E. Prednisolona.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correcta: O doente, idoso, apresenta dor facial unilateral, paroxística, despertada pelo toque. O exame geral e neurológico é normal e não existem sinais disautonómicos descritos. Apesar do intervalo curto entre os episódios, o doente, cumpre critérios de diagnóstico para nevralgia do trigémio clássica/idiopática. Nesta patologia, a terapêutica de primeira linha são os inibidores de canais de sódio, na tentativa de limitar a condução efática responsável pela dor. O fármaco mais frequentemente utilizado é a carbamazepina que é eficaz em até 75% dos pacientes. (cf. HPIM19 p.2646, HPIM20 p.3167-8)

Restantes alíneas:

B - Embora existam pequenos estudos a testar o uso do clonazepam (p. ex. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1976 Mar;39(3):297-9), este não faz parte das opções terapêuticas habitualmente utilizadas como primeira linha. Além disso, a utilização de benzodiazepinas em conjunto com álcool não é recomendada pelo risco de depressão adicional do sistema nervoso central. Alternativas à carbamazepina incluiriam a oxcarbazepina, lamotrigina, fenitoína, gabapentina, pregabalina e baclofeno. (cf. HPIM19 p.2646, HPIM20 p.3167-8, ACCEM9 p. 1000)

C - Os anti-inflamatórios não fazem parte do tratamento da nevralgia do trigémio. (cf. HPIM19 p.2646, HPIM20 p.3167-8, ACCEM9 p. 1000)

D - Os opióides, de forma isolada, não fazem parte do tratamento da nevralgia do trigémio. (cf. HPIM19 p.2646, HPIM20 p.3167-8, ACCEM9 p. 1000)

E - Os anti-inflamatórios não fazem parte do tratamento da nevralgia do trigémio. (cf. HPIM19 p.2646, HPIM20 p.3167-8, ACCEM9 p. 1000)

PERGUNTA 24

Uma menina de 5 anos de idade é trazida ao consultório médico pelos pais por apresentar dificuldade em falar português fluentemente na escola. Os pais são de origem venezuelana e em casa fala-se castelhano. Desde que iniciou pré-escola há seis meses, a professora refere que a criança repete frequentemente os sons duas ou três vezes, fazendo pausas a meio das palavras e repetindo palavras inteiras como "Eu", três ou quatro vezes quando inicia uma frase. A criança fica muito envergonhada porque os colegas se riem dela e agora recusa

ir à escola. Realizou recentemente um exame audiológico que foi normal. Tem sido uma criança saudável e o programa de vacinação está atualizado. Os pais referem que apenas consegue ter discurso fluente, em ambas as línguas (português e castelhano), quando canta ou brinca com as bonecas. Ao exame físico observa-se desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal dentro dos parâmetros de normalidade. A via aérea está desobstruída e o padrão de respiração é normal. O restante exame físico não apresenta alterações patológicas.

Os pais devem ser informados que o padrão de linguagem desta criança é mais característico de qual dos seguintes?

- A. Discurso normal para a idade.
- B. Gaguez.
- C. Início de aprendizagem de português como segunda língua.
- D. Mutismo seletivo.
- E. Perturbação do espectro do autismo.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Esta criança apresenta todas as características de uma gaguez. A gaguez é uma alteração da fluência, caracterizada pela repetição de sílabas, sons e por vezes frases, com alteração do ritmo, como é manifestado por esta menina. Para além disso, atenua-se quando canta ou está distraída.

Restantes alíneas:

A - Claramente não tem um discurso normal para a idade e tem já repercussão do ponto de vista social, pois recusa ir à escola.

C - Não é de esperar que as alterações sejam consequentes de uma aprendizagem da língua portuguesa.

D - O mutismo seletivo tem outras características, sendo que neste a criança apresenta um discurso normal no contexto familiar ou perante ambientes familiares, mas recusa o discurso em determinadas situações (por exemplo na escola ou na consulta médica).

E - Esta criança também não cumpre critérios de perturbação do espectro do autismo e tem um desenvolvimento psicomotor adequado à idade.

PERGUNTA 25

Uma mulher de 30 anos de idade, primigesta, grávida de 28 semanas, vem ao consultório médico para consulta de vigilância pré-natal. Refere ser vegetariana restrita desde há vários anos. Reforça em todas as consultas de vigilância pré-natal que se alimenta de forma adequada. Contudo, aumentou somente 0,9kg durante a gravidez e o seu peso antes de engravidar era de 54 kg. Tem 165 cm de altura. IMC 19,9 kg/m², antes de engravidar. A grávida refere cumprir a toma de vitaminas e ferro conforme prescritos. Mantém a prática de exercício físico regular, embora tenha reduzido a sua atividade física nas últimas quatro semanas por se sentir “muito cansada”. Os sinais vitais são frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 110/60 mmHg.

Os resultados dos estudos analíticos observados nesta consulta são:

Sangue

Hematócrito	25%
Hemoglobina	7,5g/dL
Leucócitos	3500/mm ³
Volume globular médio	105 μ m ³
Plaquetas	119 x 10 ⁹ /L

Qual das seguintes alternativas melhor explica os resultados laboratoriais encontrados nesta doente?

- A. Deficiência de ferro.
- B. Deficiência de folato.
- C. Deficiência de glucose-6-fosfato desidrogenase.
- D. Deficiência de vitamina B12 (cianocobalamina).
- E. Trombocitopenia autoimune.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Hematologia

Validação da afirmação correcta: A doente apresenta uma dieta restritiva há vários anos, sendo este um factor de risco sobretudo para défice de cianocobalamina. Para além disso apresenta-se com anemia macrocítica, trombocitopenia e leucopenia.

Restantes alíneas:

A - Hipótese menos provável, pois apresenta pancitopenia ligeira, com VGM aumentado.

B - É menos frequente que o défice de cianocobalamina nos indivíduos vegetarianos estritos. A habitual suplementação na gravidez torna esta hipótese menos provável.

C - Provoca uma anemia hemolítica, com leucócitos e plaquetas normais. Além disso, trata-se de uma doença ligada ao X e estamos perante uma mulher, sem factor desencadeador.

E - A PTI cursa com trombocitopenia e habitualmente não está associada a anemia. Não altera VGM nem leucócitos.

PERGUNTA 26

Uma mulher de 43 anos recorre ao serviço de urgência por dor no hipocôndrio direito, de início súbito e com seis horas de evolução. Teve disúria e polaquiúria na semana anterior que regrediram com hidratação oral. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência cardíaca 92/min, frequência respiratória 18/min e pressão arterial 100/50 mmHg; SpO₂ 94% (ar ambiente). Apresenta dor à palpação bimanual do flanco direito e dor à percussão do ângulo costovertebral. A ecografia abdominal revelou hidroureteronefrose com imagem de *stop* no ureter lombar direito. O médico assistente administrou antibiótico endovenoso e petidina. A dor aliviou ao fim de quinze minutos.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar bloqueador de recetores alfa-adrenérgicos.
- B. Colocar cateter ureteral.
- C. Prescrever anti-inflamatório não esteroide oral e dar alta.
- D. Realizar cistostomia suprapúbica percutânea.
- E. Realizar litotricia extracorporal por ondas de choque.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Urologia

Validação da afirmação correcta: O caso refere-se a uma mulher com uma pielonefrite obstrutiva. A doente tem febre, frequência cardíaca elevada, tensão arterial baixa e saturação de O₂ inferior ao esperado para uma mulher jovem, portanto, trata-se de uma urossépsis com critérios de gravidade. Além do antibiótico e fluidoterapia, tem indicação para desobstrução/derivação urgente. Tal deverá fazer-se com um cateter ureteral (conhecido como cateter duplo J), o qual permitirá superar a obstrução (provavelmente devida a um cálculo) e reverter a obstrução coletada. O tratamento definitivo do cálculo (através do recurso a algumas das restantes opções mencionadas) deve esperar pela resolução da sépsis.

Restantes alíneas:

A - Refere-se ao uso de bloqueadores alfa como relaxantes musculares para cálculos em que há expectativa de eliminação espontânea, em situações em que não existe infeção.

C - Os anti-inflamatórios são úteis na analgesia da cólica renal, embora não resolvam a infeção.

D - A cistostomia refere-se a uma derivação de uma obstrução baixa/bilateral em que não seja possível colocar cateter uretral (algália).

E - Litotricia refere-se à eliminação eletiva/não urgente de cálculos, abordagem que não se aplica durante uma sépsis.

PERGUNTA 27

Um homem de 56 anos de idade, construtor civil de profissão, recorre ao centro de saúde por febre alta e mialgias acompanhadas de sudorese profusa e quebra do estado geral, desde há dois dias. Refere adicionalmente ter dores abdominais de características inespecíficas. Os antecedentes médicos não revelam patologias. Refere ter regressado de Angola na semana anterior, em viagem de trabalho. Nega hábitos tabágicos. Consome bebidas alcoólicas regularmente (3-4 bebidas por dia). Não faz qualquer medicação. Refere cumprimento do plano nacional de vacinação e fez as vacinas recomendadas na consulta do viajante previamente à sua viagem para Angola, onde esteve três meses. Durante esse tempo, nunca fez profilaxia para a malária. Os sinais vitais são temperatura 39,5°C, frequência cardíaca 112/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 110/70 mmHg. A pesquisa de sinais meníngeos foi negativa. As auscultações cardíaca e pulmonar não revelam alterações patológicas. O exame

do abdómen não revela alterações patológicas. O médico assistente enviou o doente de imediato ao serviço de urgência, onde fez a pesquisa de malária através do teste de gota espessa que confirmou presença de parasita. Solicitaram-se estudos adicionais.

Qual das seguintes alternativas é a farmacoterapia mais adequada neste momento?

- A. Artesunato.
- B. Atovaquona-proguanil.
- C. Clindamicina.
- D. Doxiciclina.
- E. Quinina.

Proposta Academia: A

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Infecçiology

Validação da afirmação correcta: Apesar de no enunciado não estar explícito nenhum critério de gravidade, estamos perante uma malária confirmada num doente sem imunidade prévia e com elevado risco de infecção por *Plasmodium falciparum*, dois fatores que elevam consideravelmente a possibilidade de o doente evoluir para doença grave. As orientações da OMS (*WHO, Guidelines for the treatment of malária, 3rd ed, ISBN 9789241549127*) recomendam iniciar tratamento até às 48h e este doente já apresentava dois dias de clínica. O artesunato é o fármaco de primeira linha para malária grave e, em todas as situações de infecção por *Plasmodium falciparum* provável ou confirmada, os regimes com artemisininas devem ser vistos como opções preferenciais (ver Guidelines OMS e Guidelines Reino Unido).

Restantes alíneas:

Todos os outros fármacos referidos são fármacos alternativos (p.e. opção C, clindamicina e opção E, quinina), para serem usados em combinação e nunca em monoterapia (p.e. opção D, doxiciclina, e opção E, quinina) ou aprovados para quimioprofilaxia (p.e. opção B, atovaquona-proguanilo e opção D, doxiciclina). A opção B (atovaquona-proguanilo) só deve ser usada na ausência confirmada de critérios de gravidade (sem análises ou determinação do grau de parasitemia não podemos assumir isso, sobretudo num primeiro episódio).

PERGUNTA 28

Uma mulher de 58 anos de idade recorre ao centro de saúde para obter renovação de receituário. Ela descreve ter insónia inicial, agravada desde há dois meses quando soube que o filho se iria divorciar. Está a tomar lorazepam 2,5 mg ao deitar desde há quatro semanas, por aconselhamento de uma amiga. Refere dormir muito melhor com este medicamento e pede o seu aconselhamento sobre este fármaco.

Qual das seguintes alternativas é a recomendação mais adequada neste momento?

- A. Estabelecer plano de interrupção gradual do fármaco.
- B. Interromper nesse dia a toma do fármaco.
- C. Manter a toma, mas apenas em recurso (SOS).
- D. Manter o fármaco enquanto tiver efeito.
- E. Substituir por diazepam 5 mg.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um quadro clínico de uma insónia psicofisiológica com evolução de 2 meses, aparentemente no contexto ou reativa a stressor psicossocial (divórcio do filho). Assistiu-se a uma remissão sintomática total com o tratamento com lorazepam 2.5 mg. Porém, o tratamento com benzodiazepinas está preconizado apenas pelo tempo mínimo necessário, pelo risco (entre outros) de desenvolvimento de dependência. As NOCS do tratamento sintomático da ansiedade com benzodiazepinas DGS reforçam bastante esta preocupação. Esse parece ser o objetivo educacional da pergunta. Assim, a resposta mais correta é a resposta A. Deverá ser estabelecido um plano de redução gradual do fármaco, diminuindo a probabilidade de síndrome de abstinência (maior no caso de uma descontinuação abrupta como a preconizada pela resposta B) ou de recorrência da insónia.

A segunda resposta mais correta é a resposta E. O desenvolvimento de dependência de benzodiazepinas depende muito do perfil individual do doente, embora com quatro semanas de tratamento pode-se pressupor que existe (hipoteticamente) uma dependência severa da substância. Nesse entendimento, pode-se optar por, em vez de diminuir a dose de lorazepam, realizar um switch (desmame) gradual com uma benzodiazepina de semi-vida mais longa (o diazepam e o clonazepam são os mais usados nesse âmbito) para facilitar o

processo (e depois ir reduzindo a dose de diazepam). O problema desta resposta é que não existe um compromisso em retirar o diazepam (estaria mais correto: "Substituir por diazepam 5 mg e descontinuar gradualmente"), e, por outro lado, as benzodiazepinas têm diferentes perfis farmacológicos: diferem sobretudo no seu perfil hipnótico versus ansiolítico e no tempo de semi-vida. O lorazepam é uma benzodiazepina com um bom perfil hipnótico, sendo que o diazepam tem principalmente um perfil ansiolítico.

PERGUNTA 29

Um homem de 55 anos de idade, piloto de aviação, vem ao consultório médico dizendo: "Ultimamente estou a perder a memória." Descreve também perda da visão num dos olhos durante diversas horas, há uma semana e, ocasionalmente, vê a dobrar. Não tem antecedentes médicos conhecidos e não toma qualquer medicamento. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 120/70 mmHg. O exame físico revela acuidade visual normal e ausência de sopros carotídeos audíveis. O exame neurológico não revela défices. O eletrocardiograma não apresenta alterações patológicas.

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

- A. Angiografia cerebral.
- B. Ecocardiograma.
- C. Eletroencefalografia.
- D. Holter de 24 horas.
- E. RM cerebral.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correcta: É descrito um quadro de um doente com: queixas mnésicas, alteração visual transitória – várias horas - e diplopia ocasional. As alterações mnésicas podem refletir patologia neurológica central, mas não apresentam valor propriamente localizador. A alteração visual transitória é de longa duração, o que seria atípico para amaurose fugaz – teria de existir enfarte retiniano. Pode-se então considerar patologia vascular com hipoperfusão retiniana, patologia compressiva/desmielinizante do nervo óptico ou hipertensão intracraniana. A diplopia poderia corresponder a isquemia transitória do tronco cerebral, patologia compressiva/desmielinizante dos nervos

da oculomotricidade, hipertensão intracraniana, disfunção da junção neuromuscular ou miopatia orbitária. Juntando os 3 pontos da história, parece mais provável a existência de patologia central com envolvimento do nervo óptico e nervo da oculomotricidade, bem como afeção secundária de funções nervosas superiores, pelo que se justificaria a realização de RM cerebral. (HPIM19 440e-1, HPIM20 p. 3030/tab 415-2)

Restantes alíneas:

A - A angiografia cerebral é um exame invasivo que não se coaduna com uma investigação de 1ª linha, conforme é perguntado. O doente não apresenta clínica suficientemente sugestiva de patologia aneurismática, vasculítica ou malformativa vascular. Mesmo que fosse esse o caso, o seu rastreio com exames de imagem não invasivos seria o primeiro passo. (HPIM19 440e-10, HPIM20 p. 3038)

B - A perda visual é de duração excessiva para ser considerado o diagnóstico de amaurose fugaz, pelo que a realização de estudo vascular seria relegada para segundo plano. Caso fosse decidido iniciar essa investigação, o ecocardiograma e o Holter de 24h teriam a mesma importância, já que o ECG não exclui FA paroxística.

C - O doente não descreve alterações compatíveis com crises epiléticas. Não há perda de consciência ou sintomas neurológicos estereotipados com consciência preservada. A perda visual, em caso de epilepsia, teria um padrão central (quadrantanópsia/hemianopsia); a diplopia virtualmente nunca ocorre.

D - A perda visual é de duração excessiva para ser considerado o diagnóstico de amaurose fugaz, pelo que a realização de estudo vascular seria relegada para segundo plano. Caso fosse decidido iniciar essa investigação, o ecocardiograma e o Holter de 24h teriam a mesma importância, já que o ECG não exclui FA paroxística.

PERGUNTA 30

Uma grávida de 31 anos de idade, primigesta de 35 semanas, vem ao serviço de urgência por hemorragia vaginal espontânea, moderada, de início súbito, há cerca de vinte minutos, acompanhada de dor abdominal intensa e com sensação de "barriga dura". É uma gravidez desejada, planeada e vigiada desde as oito semanas. Os exames de vigilância da gravidez não revelaram alterações. A grávida tem antecedentes de hipertensão arterial crónica medicada, desde a 12ª semana de gravidez, com metildopa e ácido acetilsalicílico. Os antecedentes

familiares não identificam patologias de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência cardíaca 102/min, frequência respiratória 18/min e pressão arterial 140/85 mmHg; SpO₂ 98% (ar ambiente). Ao exame físico observa-se palidez das mucosas e perda hemática genital de sangue vermelho escuro em quantidade escassa. À palpação abdominal apresenta hipertonia uterina. O toque vaginal revela colo inteiro (formado) e fechado. A frequência cardíaca fetal é 96/min. O restante exame físico é normal.

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

- A. Cesariana emergente.
- B. Indução do trabalho de parto.
- C. Maturação pulmonar fetal com corticoterapia.
- D. Posicionar em decúbito lateral esquerdo e reavaliar.
- E. Prescrever sulfato de magnésio.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correcta: O enunciado descreve o caso de uma grávida do terceiro trimestre que apresenta uma hemorragia vaginal associada a contractilidade dolorosa. Estas queixas são muito sugestivas de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI). Destaca-se ainda que a grávida tem um fator de risco (hipertensão arterial crónica) para este evento. Associado a tal, está presente um sinal de sofrimento fetal (bradicardia fetal – FC 96/min). Neste contexto de emergência e tendo em conta que a grávida não está em trabalho de parto (colo inteiro e fechado), a única atitude que pode salvar a vida materna e fetal é a cesariana emergente.

Restantes alíneas:

B - O diagnóstico de DPPNI é uma emergência obstétrica (há sofrimento fetal e risco de choque hemorrágico materno), pelo que não é possível a indução de trabalho de parto (um processo lento e que acarreta risco de agravar o DPPNI).

C - Apesar de se tratar de um feto pré-termo (35 semanas), trata-se de uma situação emergente que terá de ser resolvida em poucos minutos, pelo que a corticoterapia para maturação, ainda que administrada, não teria tempo para ser eficaz. É ainda de destacar que a maturação pulmonar entre as 35 e as 37 semanas é controversa e não se realiza em todos os hospitais.

D - Esta poderia ser uma opção caso não se verificasse sofrimento fetal (visível no enunciado através da bradicardia fetal). Uma vez que este se verifica, pode-se assumir que se trata de uma DPPNI major (> 50%), pelo que a única opção é a cesariana emergente. Qualquer atraso nesta decisão poderá ser fatal para grávida e feto.

E - O sulfato de magnésio poderia ser importante para neuroproteção fetal (indicado para fetos com menos 32 semanas) ou na profilaxia de convulsões maternas na pré-eclâmpsia (que esta grávida, apesar da elevação ligeira da TA decorrente da sua patologia de base, não tem evidência de ter). Não estamos perante nenhuma dessas situações.

PERGUNTA 31

Um menino de 18 meses de idade, com antecedentes de anemia de células falciformes, recorre ao hospital por febre e tosse com doze horas de evolução. Ao exame físico apresenta-se com aspeto gravemente doente e temperatura de 40°C. Apresenta tiragem global. A auscultação pulmonar revela diminuição de sons respiratórios na base pulmonar direita. Apresenta pulsos filiformes e tempo de preenchimento capilar de seis segundos. Cerca de seis horas após a admissão, entra em paragem cardiorrespiratória, não tendo sido possível recuperação com manobras de ressuscitação.

Qual dos seguintes agentes é a causa mais provável do quadro descrito?

- A. *Klebsiella pneumoniae*.
- B. *Legionella pneumophila*.
- C. *Mycoplasma pneumoniae*.
- D. *Staphylococcus aureus*.
- E. *Streptococcus pneumoniae*.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: O aparecimento de febre numa criança com doença das células falciformes é uma emergência médica, requerendo uma avaliação e intervenção imediata, com administração de antibióticos, pelo risco aumentado de infeções bacterianas com elevada taxa de mortalidade. As crianças com drepanocitose têm uma alteração do sistema imune, condicionada pela afeção do baço; vão sofrendo enfartes esplénicos sucessivos desde os 6M,

atingindo, aos 5A, o estado de asplenia funcional. Independentemente da idade, estes doentes têm um maior risco de infeção e morte por infeções bacterianas desencadeadas por organismos encapsulados, nomeadamente *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* e *Neisseria Meningitidis*.

PERGUNTA 32

Uma menina de 9 anos de idade é internada no hospital por febre com dois dias de evolução, associada a vómitos, cefaleias e rigidez da nuca. O exame físico não apresenta alterações, com exceção de ligeira rigidez da nuca, e a temperatura é de 38,3°C. O estudo do líquido cefalorraquidiano revela 270 células/mm³ (12 polimorfonucleares/mm³, 258 linfócitos/mm³), proteínas 45 mg/dL, glucose 74 mg/dL.

Qual das seguintes é a causa mais provável da situação descrita?

- A. Meningite bacteriana.
- B. Meningite fúngica.
- C. Meningite vírica.
- D. Meningoencefalite bacteriana.
- E. Meningoencefalite vírica.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Esta criança apresenta febre associada a sinais meníngeos (rigidez da nuca), o que constitui, até prova em contrário, uma meningite. As características do LCR, nomeadamente do citoquímico, são compatíveis com uma etiologia viral – a glicorráquia está dentro dos valores considerados normais (apesar de não termos uma comparação com a glicose sérica, assumimos normalidade entre 40-80 mg/dL), e tem uma discreta proteinorráquia (considerando-se a normalidade entre 5-40 mg/dL). Tem ainda células no LCR, com claro destaque para os linfócitos, compatível também com a etiologia viral.

Restantes alíneas:

Não existem dados que suportem uma hipótese de meningite fúngica, a qual constitui uma etiologia rara e mais associada a fatores predisponentes, nomeadamente a presença de dispositivos de drenagem do líquido. Da mesma forma, não há referência a manifestações clínicas que suportem o diagnóstico de meningoencefalite, pois não existe referência a alteração do estado de consciência, convulsões, ou outras alterações neurológicas, nomeadamente focais.

PERGUNTA 33

Um homem de 18 anos de idade é levado ao consultório médico pelo pai por apresentar recentemente comportamentos estranhos. A última vez que o doente foi observado foi há seis meses em consulta de vigilância de saúde juvenil. O doente está medicado com inalador de salbutamol que utiliza quando necessário para asma induzida por exercício. O pai refere: "Estou preocupado que o meu filho tenha esquizofrenia como o meu pai. O meu pai viveu a maior parte da vida num hospital psiquiátrico." O pai do doente descreve que nas últimas seis semanas este não tem dormido bem, recusa alimentar-se com a família, deixou de jogar futebol na escola, falta às aulas e que o ouve a chorar e a falar sozinho no seu quarto. O doente está taciturno, sentado na mesa de observação. O contacto ocular é pobre e responde de forma breve e com voz monótona às questões que lhe são colocadas. Afirma sentir-se triste e sem esperança em relação ao mundo. Neste momento, os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 110/70 mmHg. O exame físico não mostra alterações patológicas exceto má higiene e roupa suja.

O próximo passo mais adequado consiste na avaliação de qual dos seguintes?

- A. Abuso de substâncias.
- B. *Delirium*.
- C. Ideação autorreferencial.
- D. Ideação suicida.
- E. Psicose.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: No presente caso existem vários pontos a favor de um quadro de humor depressivo: isolamento social, abandono de actividade, labilidade emocional, anorexia, insónia, tristeza e sintomas de desesperança. Desta forma, seria necessário caracterizar o quadro de humor investigando o risco de suicídio.

Restantes alíneas:

A - Algumas substâncias de abuso, como por exemplo a cocaína, podem cursar com humor deprimido como consequência da abstinência. Por outro lado, no presente caso, podem estar presentes alterações de ordem psicótica que não foram apuradas na vinheta clínica e que podem ser secundárias ao consumo de tóxicos (nomeadamente de canabinóides). Apesar de tudo, antes de partir para o diagnóstico diferencial é essencial esclarecer o quadro sindromático.

B - Várias patologias orgânicas podem cursar com alterações do comportamento, contudo, a idade do doente, o tempo longo de evolução e a ausência de queixas ou achados ao exame físico são pontos contra o diagnóstico. De qualquer das formas, antes de partir para o diagnóstico diferencial, é essencial esclarecer o quadro sindromático.

C - A alínea E compreende esta alínea, dado que a ideação autorreferencial é um sintoma de ordem psicótica (ver justificação da alínea E).

E - Existem alguns pontos neste caso clínico que nos poderiam colocar na pista de sintomas de ordem psicótica: isolamento social, história familiar, provável presença de AAV ("fala sozinho"). Desta forma seria fundamental pesquisar a presença de sintomas desta ordem para o diagnóstico diferencial. Contudo, o caso apresenta fortes indicadores clínicos de humor deprimido, pelo que em primeiro lugar seria crucial caracterizar o episódio depressivo, nomeadamente o risco de suicídio.

PERGUNTA 34

Uma mulher de 35 anos de idade vem a consulta de seguimento para conhecimento dos resultados do estudo analítico obtido duas semanas antes durante uma avaliação de saúde de rotina. Tem sido saudável, exceto com aumento de frequência urinária nas últimas quatro semanas. Não toma contraceptivo oral. A doente tem 175 cm de altura e pesa 136 kg; IMC 44 kg/m². Os sinais vitais de hoje são temperatura 37°C, frequência cardíaca 78/min e pressão arterial 142/86 mmHg. O exame físico não revela alterações exceto obesidade.

Os resultados dos estudos analíticos obtidos há duas semanas são:

Soro

ALT	48 U/L;
AST	34 U/L;
Colesterol	
Total	189 mg/dL;
HDL	48 mg/dL;
LDL	95 mg/dL;
Azoto ureico	15 mg/dL;
Creatinina	0,9 mg/dL;
Glucose (jejum)	150 mg/dL;

Sangue

Hemoglobina	15,5 g/dL;
Hemoglobina A _{1c}	6,5%;
Leucócitos	5800/mm ³
(diferencial normal);	
Plaquetas	189×10 ⁹ /L.

A doente foi aconselhada a iniciar dieta com restrição calórica e iniciar programa de exercício. A doente pergunta quanto peso necessita perder para conseguir manter uma concentração sérica de glucose normal.

Qual das seguintes alternativas é a recomendação mais adequada?

- A. Deve perder peso até deixar de ter micções frequentes.
- B. Deve tentar perder 23 kg de peso antes de esperar uma concentração sérica normal de glucose.
- C. É improvável que consiga atingir concentrações normais de glucose sérica sem medicação.
- D. É provável que consiga melhorar o controlo de glucose sérica após perder algum peso como 5 kg.
- E. Se praticar exercício quatro a cinco dias por semana, não precisa de perder peso para atingir um valor sérico de glucose normal.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Endocrinologia

Validação da afirmação correcta: Com perda de algum peso, como 5 kg, é provável que o doente apresente melhoria do controlo glicémico. De salientar que nesta opção não é dito que a glicemia irá ficar normal sem medicação (apenas melhorar) e também não exclui a hipótese de o doente iniciar medicação em paralelo.

Restantes alíneas:

A - A perda de peso não deve ser regulada pela sintomatologia do doente.

B - Uma perda de 23 kg é um alvo irrealista pelo que não será a recomendação mais adequada a dar ao doente.

C - Esta não é uma recomendação adequada por desmotivar a perda de peso por parte do doente (apesar de ser provável que o doente não apresente uma normalização da glicemia sem medicação).

E - A perda de peso é um elemento importante de melhoria do perfil glicémico na diabetes tipo 2. É importante ainda salientar que esta alínea refere "atingir um valor sérico de glucose normal" o que é pouco provável, por oposição à formulação da alínea D "consiga melhorar o controlo da glucose sérica", o que é expectável com medidas de estilo de vida.

PERGUNTA 35

Uma mulher de 62 anos de idade recorre ao serviço de urgência por febre com dois dias de evolução (39°C), tosse e expectoração purulenta. Nega dispneia ou outra sintomatologia associada. A doente tem antecedentes de gonartrose direita sob tratamento com glucosamina e carcinoma da mama direita invasor, grau 3, com recetores de estrogénio 70 %, recetores de progesterona 40 %, HER 2 negativo e Ki 67 30 % tratado com cirurgia (pT2 N1) e atualmente sob quimioterapia adjuvante; realizou o último ciclo de paclitaxel há nove dias. Os sinais vitais são temperatura axilar 38,8°C, frequência cardíaca 108/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 145/84 mmHg; SpO₂ 99% (ar ambiente). A doente tem 156 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 27,9 kg/m². Pontua a dor com 0 pontos numa escala de 10 pontos. Ao exame físico aparenta excelente estado geral, está consciente e colaborante. Status funcional ECOG 1. Observa-se alopecia, mucosas normalmente coradas e hidratadas. Observa-se estomatite. Observam-se cicatrizes cirúrgicas de mastectomia direita e esvaziamento ganglionar ipsilateral sem deiscência ou sinais inflamatórios. Sem alterações locais relacionadas com o cateter venoso central totalmente implantado. Aparentemente sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios diminuídos na base do hemitórax esquerdo. A auscultação cardíaca revela S₁ e S₂ presentes, rítmicos, taquicardia, sem sopros. A palpação do abdómen está indolor, sem organomegalias, sem defesa nem outros sinais de irritação peritoneal. Sem défices neurológicos.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Sangue		Soro	
Hemoglobina	8,7 g/dL;	Creatinina	0,8 mg/dL;
Leucócitos	1100/mm ³	Azoto ureico	50 mg/dL;
Neutrófilos	31%;	Glucose	132 mg/dL;
Linfócitos	27%;	Proteína C reativa	189 mg/dL;
Plaquetas	105x10 ⁹ /L	Sódio	138 mEq/L;
		Potássio	4,3 mEq/L;
		Cloro	105 mEq/L.

O raio-X do tórax revelou infiltrado no lobo inferior esquerdo.

Qual das seguintes alternativas é a abordagem inicial mais adequada?

- A. Iniciar antibioterapia.
- B. Iniciar fatores de estimulação de colónias de granulócitos.
- C. Iniciar fluidoterapia.
- D. Internar com isolamento de contacto.
- E. Monitorizar a pressão arterial direta (invasiva).

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Infeciologia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma doente sem antecedentes de relevo, à exceção da neoplasia maligna sólida, que se apresenta com um quadro de pneumonia associada a neutropenia secundária à quimioterapia. Apesar do quadro de neutropenia febril, não apresenta disfunções associadas nem critérios de gravidade, pontuando um MASCC de 22, o que lhe confere um baixo risco de complicações e possibilidade de realizar antibioterapia oral em ambulatório (Freifeld AG et al. Clin Infect Dis. 2011 Feb 15;52(4):e56-93).

Sendo assim, a doente necessitará sempre de antibioterapia, mas que poderá, pelo menos uma fase inicial, ser gerida em ambulatório. Não se encontra descrito o grau de estomatite, apesar de esta não constituir um impedimento à autonomia alimentar ou à toma de medicação oral.

Restantes alíneas:

B - Numa fase inicial, não existe indicação para iniciar factor de crescimento. Este encontra-se preconizado em situações persistentes ou de maior gravidade.

C - A doente está normotensa e sem disfunção renal, pelo que não necessitará de fluidoterapia endovenosa de momento.

D - O internamento em isolamento de contacto constitui uma alternativa válida se existirem critérios de maior gravidade ou na impossibilidade de gerir o quadro em ambulatório.

E - A doente está hemodinamicamente estável e sem fatores de descompensação imediata, pelo que não necessitará de monitorização hemodinâmica invasiva.

PERGUNTA 36

Um homem de 74 anos de idade vem ao consultório médico por quadro de dor na região escapular direita, com dois meses de evolução, a que se associa irradiação para a região axilar ipsilateral desde há duas semanas. Tem tomado paracetamol que aliviou parcialmente a dor, mas sem alívio desde há dois dias. O doente refere, adicionalmente, ter astenia, anorexia e perda ponderal de 6 kg nos últimos três meses. Não alterou os seus padrões de alimentação. Os antecedentes médicos incluem hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* e bronquite crónica. A medicação habitual inclui lisinopril, sitagliptina, rosuvastatina, omeprazol e indacaterol+glicopirrónio inalado. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 74/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 165/78 mmHg; SpO₂ 94% (ar ambiente). Ele tem 175 cm de altura e pesa 64 kg; IMC 21 kg/m². Ao exame físico observa-se um homem emagrecido, com mucosas coradas e hidratadas. Observa-se pupila miótica e ptose à direita; sem outras alterações da força a nível da face. Não se observam edemas periféricos. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios diminuídos na porção superior do hemitórax direito e roncos dispersos bilateralmente. A auscultação cardíaca revela S₁ e S₂ rítmicos, sem sopros ou galopes.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado para estabelecer o diagnóstico?

- A. Broncoscopia.
- B. Ecodoppler carotídeo.
- C. PET *scan*.
- D. Raio-X do tórax.
- E. TC cerebral.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Medicina Interna

Validação da afirmação correcta: O caso descreve um doente de 74 anos com fatores de risco para neoplasia do pulmão. Esta apresenta-se com sintomas constitucionais como sugerido pelo quadro de emagrecimento. Simultaneamente, apresenta manifestações compatíveis com um síndrome de Horner (“pupila miótica e ptose à direita”). Por esse motivo deve ser obtido uma radiografia do tórax para estudo de neoplasia do pulmão que esteja a causar o síndrome de Horner.

Restantes alíneas:

A - A utilização de broncoscopia no contexto de estudo de neoplasia deve ser precedida de um estudo imagiológico do tórax.

B - Os défices apresentados pelo doente não apresentam características de patologia vascular (p.e. surgimento súbito), pelo que a utilização de ecodoppler carotídeo não será de primeira linha na marcha diagnóstica.

C - O PET scan é um estudo inespecífico, dispendioso e moroso. Poderá ser relevante no estudo de neoplasia metastática ou de origem oculta, apresentando contudo um papel limitado neste caso clínico.

E - A obtenção de TC cerebral poderá ser utilizada posteriormente para estudo de doença oncológica metastática ou para diagnóstico diferencial de défices neurológicos, se todo o estudo prévio for negativo

PERGUNTA 37

Uma menina de 18 meses de idade é observada no centro de saúde por otalgia à direita com três dias de evolução. Inicialmente apresentou febre (temperatura timpânica auricular máxima de 38,7°C), rinorreia mucopurulenta e obstrução nasal. Tem feito paracetamol com melhoria parcial/transitória das queixas. Os sinais vitais são temperatura retal 37,4°C, frequência cardíaca 100/min e frequência respiratória 22/min. Ao exame físico observa-se uma criança com bom estado geral. A otoscopia revela abaulamento e eritema da membrana timpânica e derrame no ouvido médio à direita; o ouvido esquerdo com eritema timpânico ligeiro.

Para além de ajustar o esquema analgésico, qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Observação e reavaliação às 48 horas.
- B. Prescrever amoxicilina oral.
- C. Prescrever amoxicilina/ácido clavulânico oral.
- D. Prescrever fenilefrina nasal.
- E. Prescrever ofloxacina auricular.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: ORL/Pediatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma criança com uma otite média aguda não supurada (abaulamento e eritema da membrana timpânica) - a primeira linha de tratamento, segundo as NOCs é amoxicilina ORAL.

Restantes alíneas:

A - Esta atitude será preconizada perante uma criança com otalgia e febre mas sem alterações no exame objetivo.

C - O uso de amoxicilina/ácido clavulânico oral deverá ser contemplado apenas perante ausência de resposta a tomas prévias de amoxicilina ou em otites recorrentes.

D - A fenilefrina atua enquanto vasoconstritor nasal. Esta constitui uma terapêutica a ser usada durante 3-4 dias na situação de hipertrofia dos cornetos no contexto de obstrução nasal. Neste caso, o uso deste vasoconstritor não resolveria o foco principal (otite).

E - O uso de ofloxacina auricular encontra-se preconizado na otite média aguda supurada (quando a membrana está rompida, com otorreia no canal auditivo externo) geralmente em associação com antibioterapia oral. Poderá igualmente ser contemplado em contexto de otites externas, o que não corresponde ao presente caso clínico.

PERGUNTA 38

Um homem de 64 anos de idade vem ao consultório médico por febre e sentir-se doente desde há um dia. Inicialmente teve tosse, mal-estar e febre. A tosse é cada vez mais produtiva. Os sinais vitais são temperatura 39,1°C, frequência

cardíaca 98/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 148/80 mmHg. Ao exame físico a auscultação pulmonar revela crepitações e roncosp na metade inferior do hemitórax direito e macicez à percussão; a auscultação cardíaca revela S₁ e S₂ presentes e um sopro sistólico de ejeção grau 2/6. Efetua raio-X do tórax que revela condensação heterogénea do lobo inferior direito.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Influenza.
- B. Pneumonia mista ou por anaeróbios.
- C. Pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*.
- D. Pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*.
- E. Tromboembolismo pulmonar.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pneumologia

Validação da afirmação correcta: O quadro clínico, com febre alta e início abrupto, e imagiológico, com aparente consolidação lobar, é sugestivo de pneumonia de provável etiologia bacteriana. Atendendo à origem deste doente e sem menção a contacto hospitalar recente, poderemos assumir uma pneumonia adquirida na comunidade. Neste contexto, o agente mais comum da pneumonia adquirida na comunidade é o *Streptococcus pneumoniae*.

PERGUNTA 39

Uma mulher de 72 anos de idade com polimialgia reumática regressa à consulta por dor e rigidez nos ombros e ancas durante os últimos dois meses. Ela refere "Sinto-me mesmo rígida após estar sentada durante um bocado". Teve também febre baixa sem sudorese noturna durante este período e cefaleia temporal direita maçadora durante as últimas semanas. A doente tomou prednisolona em baixa dose por mais de um ano e atualmente toma prednisolona 2,5 mg em dias alternados. Tem 165 cm de altura e pesa 49,5 kg, tendo perdido 2 kg desde a sua última avaliação há dois meses; IMC 18 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência cardíaca 88/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 170/92 mmHg. A doente está alerta, mas aparenta estar caquética. Ao exame físico a auscultação pulmonar não revela alterações patológicas. A auscultação cardíaca evidencia um sopro grau 5/6 no bordo esternal superior esquerdo. A avaliação das extremidades não revela alterações.

A velocidade de sedimentação eritrocitária obtida nesta visita é 102 mm/1ª hora.

Qual dos seguintes achados nesta paciente é o mais preocupante?

- A. Cefaleia temporal de novo.
- B. Perda de peso.
- C. Rigidez após inatividade prolongada.
- D. Temperatura de 37,3°C.
- E. Velocidade de sedimentação eritrocitária 102 mm/1ª hora.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Reumatologia

Validação da afirmação correcta: Perante uma doente com polimialgia reumática, que surge com queixas de agravamento da dor e rigidez das cinturas apesar da medicação, associada a cefaleia temporal de novo e febre baixa, a hipótese de vasculite de grandes vasos (arterite de células gigantes temporais) deverá ser colocada. A arterite de células gigantes temporais pode manifestar-se em cerca de 15% dos doentes com polimialgia reumática, e manifesta-se habitualmente sob a forma de cefaleias ou alterações visuais de novo, claudicação mastigatória ou alodinia do couro cabeludo. Este diagnóstico é uma emergência reumatológica, no sentido em que se não for diagnosticada e tratada rapidamente (Prednisolona 1mg/kg/dia) poderá levar a cegueira irreversível. Assim, perante o contexto clínico apresentado, o achado mais preocupante é a cefaleia temporal de novo.

Restantes alíneas:

B - Neste contexto de doença aguda grave faz parte do quadro clínico habitual, e portanto não é tão preocupante como a cefaleia.

C - É uma característica da polimialgia reumática, mas também da osteoartrose, doença igualmente prevalente em mulheres idosas como nesta vinheta clínica; neste âmbito, a perda de peso não será tão preocupante quanto a cefaleia.

D - Este padrão de rigidez é relativamente inespecífica, fazendo muitas vezes parte da apresentação inicial das doenças reumatológicas; como tal, esta alteração não é tão preocupante com a cefaleia de novo.

E - Um valor elevado de velocidade de sedimentação sugere um quadro de inflamação sistémica grave. No entanto, este achado laboratorial é relativamente

inespecífico, estando associado a doença infecciosa ou não-infecciosa. Por conseguinte, apesar de preocupante, neste contexto clínico não é tão preocupante com a cefaleia, não se correlacionando com as complicações supramencionadas em relação à cefaleia de novo.

PERGUNTA 40

Uma mulher de 64 anos de idade, previamente tratada por si, é trazida ao serviço de urgência por febre, arrepios e vômitos. Acabou de completar um curso de quimioterapia, em regime de internamento, por um linfoma não-Hodgkin (NHL) abdominal. Está na terceira recorrência de NHL em cinco anos. Ela não é candidata a transplante de medula óssea e o prognóstico a longo prazo é mau. Os sinais vitais são temperatura 38,3°C, frequência cardíaca 110/min, frequência respiratória 25/min e pressão arterial 110/65 mmHg. Ao exame físico apresenta-se pálida e caquética. Tem alopecia, mucosas secas e eritema faríngeo. O pescoço não apresenta alterações patológicas. A auscultação pulmonar não revela alterações patológicas. A auscultação cardíaca revela batimento cardíaco rítmico e regular com sopro sistólico grau 1/6. O exame abdominal revela massa firme, irregular, tamanho 15 cm x 20 cm, nos quadrantes inferiores. Sem hipocratismo digital, cianose ou edemas periféricos. Os estudos analíticos revelam leucócitos <1000/mm³ com 10% de neutrófilos segmentados e hemoglobina 7 g/dL. Colheu sangue e urina para cultura.

Qual dos seguintes é o passo mais importante no tratamento desta doente, ainda no serviço de urgência?

- A. Administrar corticosteroides por via intravenosa.
- B. Administrar fator de estimulação das colónias de granulócitos.
- C. Consulta com o seu oncologista.
- D. Iniciar antibióticos de largo espectro por via intravenosa.
- E. Realizar raio-X de tórax e abdómen.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Oncologia

Validação da afirmação correcta: No tratamento da neutropenia febril devem ser usados esquemas de antibióticos de largo espectro de acção. Apesar de não estarmos na posse de todos os elementos para calcular o score MASCC de risco de neutropenia febril, o internamento recente aumenta a suspeição de infeção

associada a cuidados de saúde, pelo que se adequa a utilização de antibióticos de largo espectro por via intravenosa nesta situação.

Restantes alíneas:

A - Na neutropenia febril não está preconizada a utilização de corticosteroides como tratamento de primeira linha.

B - Na neutropenia febril, a utilização de fatores de crescimento hematopoiéticos não é consensual e o seu uso deve ser considerado apenas em situações de neutropenia severa e prolongada (de acordo com o descrito no capítulo 70 do Harrison 20th edition, em consonância com as recomendações da generalidade das sociedades científicas). A presente vinheta não apresenta critérios compatíveis com um quadro mais prolongado.

C - O caso clínico descrito obriga a um início precoce de tratamento dirigido, pelo que a observação em ambulatório pelo Oncologista não seria adequada.

E - A realização de meios complementares de diagnóstico adicionais deve ser guiada pela sintomatologia do doente, a qual não aponta para um foco respiratório ou abdominal claro. Pese embora poderem ser realizados estes exames, os mesmos não são absolutamente essenciais nem se devem sobrepor ao início de antibioterapia como passo seguinte mais adequado.

PERGUNTA 41

Um homem de 75 anos de idade, de origem africana, trabalhador mineiro reformado, é trazido ao serviço de urgência pela sua neta, por confusão. A neta visita o doente uma vez por semana. Hoje, ela diz "o meu avô tem vindo a ficar cada vez mais fraco no último mês. Não tem tido o apetite habitual. Ultimamente tem estado obstipado. E também tem vindo a molhar a cama à noite. Hoje, tem estado tão confuso que não me reconheceu." O doente toma hidroclorotiazida por hipertensão arterial. Fuma um maço de cigarros diariamente (50 UMA). Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 18/min e pressão arterial 110/70 mmHg. O exame físico revela um homem magro que aparenta estar cansado, fraco e desorientado. Os sons respiratórios estão diminuídos ao longo de ambos os campos pulmonares, sem prolongamento do tempo expiratório. Pele com diminuição do turgor. O eletrocardiograma revela encurtamento do intervalo QT.

Estes achados são mais consistentes com qual das seguintes alternativas?

- A. Hipercalcemia.
- B. Hipercaliemia.
- C. Hipocalcemia.
- D. Hipocaliemia.
- E. Hiponatremia.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Endocrinologia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma apresentação clássica de hipercalcemia com sintomas neurológicos (confusão), musculares (fadiga), gastrointestinais (obstipação) e desidratação (diminuição do turgor). O encurtamento do QT é também explicado pela hipercalcemia. A hidroclorotiazida pode contribuir para hipercalcemia.

Restantes alíneas:

B - Este distúrbio não explica a maioria da sintomatologia.

C - Este distúrbio apresentará sintomatologia distinta, nomeadamente com prolongamento do intervalo QT (será o distúrbio oposto).

D - Este distúrbio condiciona um prolongamento do intervalo QT.

E - O quadro apresentado não se enquadra na sua totalidade em alterações de sódio.

PERGUNTA 42

Um homem de 36 anos de idade vem ao consultório médico por história de cefaleias recorrentes, que são mais intensas a meio da manhã e que melhoram com paracetamol, com dois meses de evolução. O doente veio morar para esta área há quatro meses e desde aí apresenta espirros, garganta irritada, congestão sinusal e tosse ocasional. Ele não tem história prévia de espirros, congestão facial ou rinorreia posterior. Um exame de rotina oftalmológico realizado há quatro semanas não revelou anomalias. Tem história de valores de pressão arterial elevada em ambos os braços enquanto sentado, em duas consultas médicas. Está medicado com metoprolol. Tem 175 cm de altura e pesa 73 kg; IMC 24 kg/m². Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência

cardíaca 80/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 135/90 mmHg. O exame físico revela hipertrofia dos cornetos nasais e edema da mucosa nasal com discreta quantidade de secreções mucosas. Não são palpáveis adenopatias. O restante exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento mais adequado?

- A. Exercício ao ar livre (30 minutos por dia).
- B. Terapêutica com ceftriaxone.
- C. Terapêutica com fexofenadina.
- D. Terapêutica com montelucaste.
- E. Terapêutica com pseudoefedrina.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: ORL

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma provável rinite alérgica num doente hipertenso - de todas as hipóteses a mais correcta é dar anti-histamínico (fexofenadina).

Restantes alíneas:

A - O quadro de rinite alérgica associar-se-á provavelmente a algum componente ambiental (do local para onde foi viver). Por conseguinte, a prática de exercício ao ar livre poderá agravar a sua situação.

B - A vinheta apresenta um doente hemodinamicamente estável, apirético, sem critérios de infeção ativa. Por conseguinte, não existem indicações para antibioterapia.

D - Não se encontram descritas outras manifestações de atopia, nomeadamente um quadro respiratório compatível com asma. Como tal, não estaria indicado nesta fase iniciar montelucaste.

E - Trata-se de um doente hipertenso não controlado. A pseudoefredina associa-se a um potencial agravamento do quadro hipertensivo, bem como taquicardia.

PERGUNTA 43

Um lactente de 1 mês e 15 dias de idade é trazido ao serviço de urgência por alteração da coloração das fezes nas últimas três semanas. O menino nasceu de parto eutócico, às 39 semanas de gestação. Esteve no hospital até ao 3º dia de vida para realizar fototerapia por hiperbilirrubinemia. A mãe refere que as fezes são claras e que a pele tem coloração amarela, semelhante à que tinha apresentado após o nascimento. A criança tem 60 cm de comprimento (percentil 85-97) e pesa 6 kg (percentil 85-97). Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência cardíaca 139/min, frequência respiratória 34/min e pressão arterial média 50 mmHg. Ao exame físico observa-se icterícia da pele e escleróticas. O bordo hepático é palpável. A observação das fraldas revela fezes de coloração pálida.

Os resultados dos estudos analíticos são:

Soro

Gama-glutamil transferase (GGT)	605 U/L (N=12-43);
Bilirrubina conjugada	4,3 mg/dL (N=0-0,2);
Bilirrubina não conjugada	0,9 mg/dL (N=0-1,0).

A ecografia abdominal mostra uma vesícula biliar pequena, sem dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Atrésia das vias biliares.
- B. Défice de glucose-6-fosfato.
- C. Doença de Gilbert.
- D. Icterícia do leite materno.
- E. Isoimunização por incompatibilidade ABO.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se da causa mais frequente de hiperbilirrubinemia conjugada, com aparecimento de acolia, após a 2ª semana de vida.

Restantes alíneas:

B – Este défice enzimático condiciona essencialmente hiperbilirrubinémia não conjugada ou indireta, que não se verifica neste caso. Apenas perante situações de hemólise muito significativa se associa a um aumento da bilirrubina conjugada, manifestando-se nessas situações nas primeiras horas de vida.

C – Esta é causa de hiperbilirrubinemia indireta e não direta como demonstrado anteriormente.

D - Constitui outra causa de hiperbilirrubinémia, mas à custa da bilirrubina indireta ou não conjugada. Normalmente tem início após 3-5 dias de vida e resolve geralmente entre as 3-12 semanas.

E – Pela hemólise que condiciona, condicionaria um aumento da bilirrubina indireta e não da conjugada, como no caso clínico apresentado. A ocorrência de hemólise neste tipo de isoimunização não é tão exuberante, pelo que não levaria ao aumento da fração conjugada.

PERGUNTA 44

Uma mulher de 23 anos de idade esteve envolvida num acidente de viação há três dias. Não teve traumatismo craniano nem perda de conhecimento. Foi observada no serviço de urgência após o acidente devido a cervicalgia tendo efetuado raio-X da coluna cervical que não revelou alterações. Teve alta para o domicílio medicada com ibuprofeno para alívio sintomático. Vem hoje à consulta de medicina geral e familiar por persistência da cervicalgia. Ela diz “a minha dor de no pescoço é permanente e é forte. Não tenho conseguido dormir e também tenho dores na parte de trás da cabeça. Ela apresenta-se incomodada e ansiosa. O exame físico revela rigidez muscular moderada, espasmo e dor à palpação do bordo externo do trapézio e dos músculos paravertebrais cervicais. O exame neurológico não revela alterações.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado para estabelecer o diagnóstico neste momento?

- A. Repetir raio-X da coluna cervical.
- B. RM da coluna cervical.
- C. TC da coluna cervical.
- D. TC do crânio.
- E. Nenhum estudo está indicado.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento:Ortopedia

Validação da afirmação correcta: Toda a história e exame físico apontam como diagnóstico mais provável traumatismo muscular decorrente do traumatismo cervical indireto provocado no acidente de viação com flexão e extensão (*whiplash injury*). Dados como o tipo de veículo e a cinética do acidente são fundamentais na averiguação deste tipo de lesões.

A avaliação inicial com exames complementares não é custo-efetiva neste tipo de lesão e os sintomas podem durar semanas ou meses (pág 120 e 121 Harrisons 19ed - «Up to 50% of persons reporting whiplash injury acutely have persistent neck pain 1 year later»; «Imaging of the cervical spine is not cost-effective acutely but is useful to detect disk herniations when symptoms persist for >6 weeks following the injury.»)

Restantes alíneas:

A e B - Assumimos que a radiografia simples já foi realizada e terá sido interpretada por especialistas diferenciados em trauma, com exclusão de lesões do ráquis. Em doentes com persistência de sintomas e com radiografia normal podem ser realizadas radiografias cervicais dinâmicas (em contexto hospitalar e sob supervisão de especialista) para exclusão de lesões puramente ligamentares. Da mesma forma, a RM pode ser usada neste contexto quando disponível no serviço de urgência (página 197 Schwartzs Principles of Surgery 11th ed; páginas 140-141 ATLS 10ª edição).

C - A TC é atualmente considerada o Gold Standard na avaliação inicial do traumatismo cervical quando disponível. Como tal, numa avaliação primária para exclusão de fractura ou desalinhamento vertebral cervical, poderia ser o exame de escolha (página 195 Schwartzs Principles of Surgery 11th ed). Neste contexto, de avaliação em cuidados primários, assumimos que este tipo de lesões já foi excluído.

D - Na ausência de TCE, ou sinais de alarme neurológicos respetivos, a TC crânio não trará qualquer vantagem diagnóstica.

PERGUNTA 45

Uma mulher de 85 anos de idade é trazida ao serviço de urgência por prostração. Tem antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia, medicada com sitagliptina e sinvastatina. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 96/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 85/50 mmHg; SpO₂ 90% (ar ambiente). Ao exame físico observa-se pele e mucosas coradas e ligeiramente desidratadas. A escala de coma de Glasgow é Olhos 3 Verbal 5 Motor 6. As auscultações cardíaca e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está depressível, ligeiramente doloroso à palpação profunda, sem defesa; sinal de Blumberg duvidoso. A auscultação do abdómen revela ruídos peristálticos de timbre normal.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Sangue		Soro	
Hemoglobina	15 g/dL;	Creatinina	2 mg/dL;
Leucócitos	16 100/mm ³ ;	Glucose	110 mg/dL;
Plaquetas	230 x 10 ⁹ /L.	AST	402 U/L;
		ALT	380 U/L;
		GGT	502 U/L;
		Bilirrubina total	3 mg/dL;
		Bilirrubina direta	2 mg/dL;
		Fosfatase alcalina	517 U/L;
		Amilase	126 U/L;
		Proteína C reativa	16 mg/dL;
		Sódio	149 mEq/L;
		Potássio	4,7 mEq/L.

O raio-X simples do abdómen não revela alterações patológicas. A ecografia abdominal evidência litíase vesicular e discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas; via biliar principal não visualizada por interposição gasosa.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Colangiocarcinoma.
- B. Colangite esclerosante primária.
- C. Quisto da via biliar tipo V.
- D. Litíase da via biliar principal.
- E. Pancreatite aguda.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento:Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: O caso é muito sugestivo de litíase da via biliar principal (VBP), complicado de infeção (com colangite). A apresentação com prostração, instabilidade hemodinâmica (hipotensão) com hipoxemia e, analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios, elevação das transaminases, fosfatase alcalina, GGT e hiperbilirrubinemia são muito sugestivos do diagnóstico de colangite aguda em doente idosa com litíase vesicular. Assim a litíase da VBP é o diagnóstico mais provável.

Restantes alíneas:

A - Este não é o diagnóstico mais provável. Apesar da idade avançada, normalmente manifesta-se com um quadro consumptivo crónico, e não agudo, com dor abdominal, icterícia, anorexia.

B - Surge habitualmente em doentes jovens, do sexo masculino e associada à doença inflamatória intestinal. Pode apresentar-se como colangite. Dado a idade, sexo e antecedentes da doente, não é o diagnóstico mais provável.

C - Também conhecido como doença de Caroli, trata-se de uma doença congénita rara que se caracteriza pela dilatação quística dos ductos biliares intrahepáticos. Pode manifestar-se com dor abdominal, icterícia, febre ou hepatomegalia, no entanto manifesta-se geralmente na infância. No caso apresentado a doente não tem antecedentes de doença biliar ou hepática e dada a idade, não é o diagnóstico mais provável.

E - Apesar da litíase vesicular constituir um factor de risco para pancreatite aguda litiásica, a doente não apresenta critérios de diagnóstico para pancreatite aguda, nomeadamente: dor abdominal com irradiação dorsal, amilase ou lipase > 3 LSN, achados sugestivos em métodos de imagem.

PERGUNTA 46

Uma mulher de 28 anos de idade vem ao consultório médico por dor e ardor vaginal desde há um dia. Refere ainda dor e ardor ao urinar. Está grávida de 28 semanas e o seu médico assistente está fora da cidade. A doente refere que “esta última noite estive desconfortável e acordada a maior parte do tempo”. Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência cardíaca 92/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 110/68 mmHg. O exame físico revela altura uterina de 28 cm. A frequência cardíaca fetal é 140/min e são detetados

movimentos fetais. A apresentação é cefálica. Apresenta abdómen mole, depressível e indolor à palpação ou à descompressão. Ao exame pélvico apresenta lábios vulvares eritematosos, com duas lesões planas, tipo úlcera. Uma das lesões tem pequenas vesículas. O exame das lesões provoca dor. Ao exame vaginal com espéculo o colo está fechado e não há presença de sangue ou de lesões na cavidade vaginal.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado nesta doente?

- A. Amniocentese para avaliação da maturidade pulmonar fetal.
- B. Biópsia das lesões.
- C. Exame cultural das lesões.
- D. Exame da vulva e do períneo com luz de Wood.
- E. Toque vaginal para avaliar a dilatação do colo.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Ginecologia

Validação da afirmação correcta: "Estamos perante um quadro de Herpes Genital. Esta infeção sexualmente transmissível manifesta-se com vesículas dolorosas que aparecem na vulva, vagina, colo do útero, períneo e região perianal. A lise das vesículas progride para úlceras planas dolorosas, de bordos vermelhos (no caso clínico – lesões planas tipo úlcera, dolorosas, uma delas com vesículas). As lesões podem causar disúria.

Os testes laboratoriais mais frequentemente utilizados são a cultura viral e a PCR. O exame cultural das lesões é altamente específico, mas não muito sensível, tendo a PCR maior especificidade e sensibilidade (método mais caro) .

Beckmann:

"Confirmation is by identification of the virus in cell culture, with most positive results reported within 72 hours. Polymerase chain reaction (PCR) testing is commercially available and is more sensitive than culture."

Na suspeita forte de herpes vaginal, o tratamento é empírico com antivíricos.

Consensos de Infecções Vulvovaginais (SPG):

2.4.1. COLHEITAS NO LOCAL DA LESÃO

É aconselhável, sempre que possível, fazer:

- Colheita de exsudado do fundo da úlcera para PCR (HSV)
 - Zaragatoa em tubo seco (quando possível – sem limite de tempo)

A resposta correta é exame cultural das lesões (embora na literatura a cultura será algo em desuso, sendo o método atualmente mais utilizado a PCR).

Restantes alíneas:

A - A grávida não apresenta sinais de ameaça de parto pré-termo que justifiquem esta abordagem.

B - A biópsia de uma lesão ulcerada está indicada se lesão persistente ou se suspeita de malignidade.

D - A luz de Wood é uma luz UV e é útil na avaliação de lesões com alteração do pigmento. Utilizada na caracterização de dermatofitoses, vitiligo, melasma, entre outros. Não aplicável neste caso clínico.

E - A grávida tem 28 semanas, não apresenta sintomatologia de trabalho de parto e a avaliação ao espéculo mostra um colo uterino fechado, sem evidência de perda hemática vaginal.

PERGUNTA 47

Uma mulher de 76 anos de idade vem ao consultório médico por quadro de fadiga com três semanas de evolução e de agravamento progressivo. Neste período apresenta também dispneia e períodos de diaforese aquando das atividades domésticas. Relata "Tive de pedir ao meu marido para começar a aspirar a casa por causa dos meus sintomas". Tem antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 controlada com a dieta e osteoartrite das mãos e joelhos. Não tem hábitos tabágicos nem de consumo de bebidas alcoólicas. A doente está medicada habitualmente com complexo multivitamínico diário e paracetamol quando necessário. Os sinais vitais são temperatura axilar 37,1°C, frequência cardíaca 66/min, frequência respiratória 18/min e pressão arterial 130/82 mmHg. Tem 163 cm de altura e pesa 54,5 kg; IMC 21 kg/m². As auscultações cardíaca e pulmonar não revelam alterações patológicas. Os resultados do estudo analítico com eletrólitos e hemograma estão dentro dos valores de referência.

Qual dos seguintes estudos é mais provável que confirme o diagnóstico?

- A. Cateterismo cardíaco.
- B. Eletrocardiograma.
- C. Ecocardiograma transesofágico.

- D. Ecocardiograma transtorácico.
- E. Raio-X do tórax.

Proposta Academia: D

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina Interna

Validação da afirmação correcta: A doente apresenta um quadro de fadiga com 3 semanas de evolução com agravamento progressivo. Não existem na vinheta dados sobre as circunstâncias em que surge esta fadiga, pelo que poderemos assumir que surge em repouso. A fadiga é um sintoma-chave e comum na insuficiência cardíaca, sobretudo em indivíduos do sexo feminino, como é referido na bibliografia aconselhada (*pg. 57 Cecil: "Dyspnea (in men) and fatigue (in women) are some of the most common symptoms of HF"*). Concomitantemente, apresenta também dispneia e diaforese, estas despoletadas pelo esforço. O aparecimento desta sintomatologia também é sugestivo de aumento das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo e ativação simpática durante o esforço, respetivamente, alterações características da insuficiência cardíaca. Embora a doente não apresente fatores de risco significativos para insuficiência cardíaca, estes não são condição *sine qua non* para o seu desenvolvimento, pois tanto doenças do miocárdio como valvulares (congénitas, degenerativas ou funcionais) podem surgir sem sintomatologia prévia. A ausência de alterações ao exame físico basal não é capaz de excluir o diagnóstico de insuficiência cardíaca dado que, quando esta se desenvolve com cronicidade suficiente, verifica-se um aumento do retorno venoso e de drenagem linfática pulmonar, podendo os sinais de congestão pulmonar e periférica não se manifestar de forma franca. Ademais, as doenças valvulares (insuficiência ao estenose aórtica e insuficiência ou estenose mitral) podem manifestar alterações ao exame físico apenas durante períodos de hemodinâmica desfavorável, como é o caso do esforço, sendo silenciosas em repouso, onde a pós-carga, pré-carga e frequência cardíaca se encontram em condição salutar.

Restantes alíneas:

A - O objetivo da angiografia coronária (presume-se que a alínea de resposta pretendida seria não cateterismo cardíaco mas sim angiografia coronária - são MCDTs distintos) seria o diagnóstico de síndrome coronário crónico com dispneia de esforço enquanto equivalente anginoso. No entanto, a probabilidade das queixas expostas no enunciado refletirem o quadro acima descrito é baixa, por vários motivos. Em primeiro lugar, à luz da evidência de que dispomos atualmente e conhecimento empírico a ela associado, a fadiga não é um sintoma sugestivo de doença coronária (excetuando se despoletada pelo esforço, e

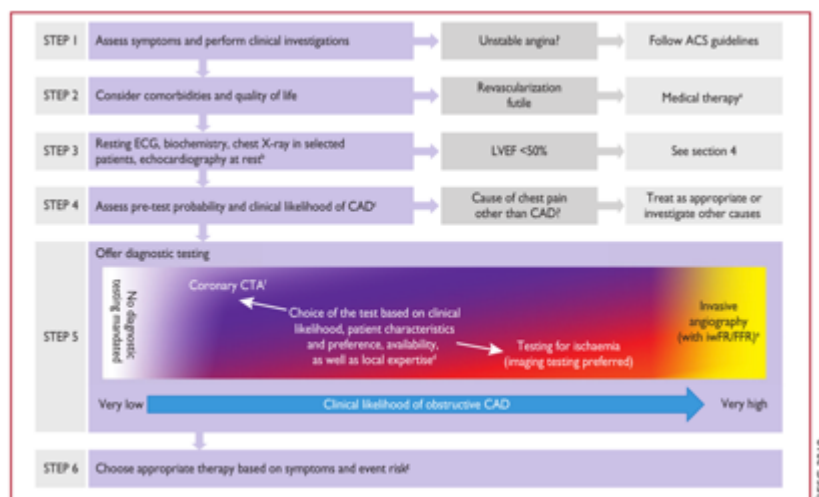
mesmo assim, de baixíssima especificidade e sensibilidade). Em segundo lugar, sabemos que a dispneia pode ser uma manifestação atípica da doença coronária mas, mesmo aceitando essa hipótese, também sabemos que a probabilidade pré-teste de doença coronária nesta doente é baixa, como se pode ver pela tabela em anexo retirada das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre Síndromes Coronárias Crónicas (12%), e que ela não apresenta nenhum fator de risco significativo para esta patologia, salvo a diabetes mellitus (vide infra). Terceiro, sabemos que a manifestação como equivalente anginoso é mais provável em indivíduos do género feminino e a diabéticos. No entanto, é difícil considerar esta doente uma verdadeira diabética, tendo em conta que se apresenta controlada apenas com dieta (uma entidade nosológica de difícil caracterização, pois segundo o estudo paradigmático UK PDS, apenas 3% dos doentes diabéticos conseguiram um controlo glicémico adequado apenas com a dieta, e mesmo estes mostravam já valores de glicemia em jejum mais baixos; por conseguinte, aqueles em que esta doença contribui menos para o risco CV e para a probabilidade de a doença coronária se manifestar como equivalente anginoso). Por fim, embora se reconheça que o enunciado pede o estudo que mais provavelmente confirmará o diagnóstico, numa doente com sintomas pouco correlacionáveis com doença coronária e baixa probabilidade pré-teste para este diagnóstico não existirá indicação formal para submeter a doente a uma exame invasivo com riscos importantes associados, neste caso. Assim, a atitude mais correta, mesmo na suspeita de doença coronária, seria o pedido de um ecocardiograma transtorácico e eletrocardiograma em repouso, seguido do exame mais adequado à probabilidade pré-teste desta doente, que seria o angioTC coronário, como se pode ver na figura em anexo, também das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre Síndromes Coronárias Crónicas.

Table 5 Pre-test probabilities of obstructive coronary artery disease in 15 815 symptomatic patients according to age, sex, and the nature of symptoms in a pooled analysis⁴¹ of contemporary data^{7,8,42}

Age	Typical		Atypical		Non-anginal		Dyspnoea*	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

CAD = coronary artery disease; PTP = pre-test probability.

*In addition to the classic Diamond and Forrester classes,⁴³ patients with dyspnoea only or dyspnoea as the primary symptom are included. The regions shaded dark green denote the groups in which non-invasive testing is most beneficial (PTP >15%). The regions shaded light green denote the groups with PTPs of CAD between 5–15%, in which testing for diagnosis may be considered after assessing the overall clinical likelihood based on the modifiers of PTPs presented in figure 3.



B - O ECG é um MCDT relevante no estudo inicial do doente com dispneia, especialmente após estabelecimento como dispneia de causa cardiovascular. Porém, a sua baixa especificidade limita que fielmente leve à confirmação do diagnóstico.

C - Não existem dados neste caso que nos levem a crer que o ecocardiograma transesofágico deva ser preferido aos ecocardiograma transtorácico, que deve ser a primeira escolha e que é mais adequado para o cálculo da fração de ejeção do VE.

E - A radiografia do tórax faz parte do estudo inicial do doente com dispneia, porém não é, neste caso, o que mais nos aproximará da confirmação do diagnóstico desta doente.

PERGUNTA 48

Uma mulher de 38 anos de idade recorre à consulta do seu médico assistente referindo disfagia intermitente para líquidos desde há seis meses, halitose, dor retroesternal esporádica e episódios frequentes de aparecimento súbito de alimentos na cavidade oral. Nos antecedentes pessoais, destacam-se hábitos tabágicos (10 UMA). O pai faleceu por neoplasia da transição esófagogástrica e a mãe foi previamente operada por adenocarcinoma do reto. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 152/85 mmHg; SpO₂ 96% (ar ambiente). Ela tem 162 cm de altura e pesa 55 kg (peso habitual 60 kg); IMC 21 kg/m². Ao exame físico observa-se pele e mucosas coradas e hidratadas. A auscultação cardíaca revela S₁ e S₂ presentes sem sopros nem galopes. A auscultação pulmonar revela

roncos dispersos. Entre outros exames complementares de diagnóstico, foi solicitada uma manometria esofágica.

Qual dos seguintes resultados será com maior probabilidade detetado no estudo manométrico desta doente?

- A. Contrações simultâneas não peristálticas no esófago.
- B. Pressão elevada do esfíncter esofágico inferior com relaxamento normal.
- C. Pressão média e relaxamento normal do esfíncter esofágico inferior.
- D. Pressão reduzida do esfíncter esofágico inferior e motilidade conservada do corpo do esófago.
- E. Relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e aperistalse do corpo do esófago.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento:Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: Os sintomas apresentados pela doente (incluindo disfagia intermitente, halitose, regurgitação e dor retroesternal) assim como a idade de apresentação são sugestivos de um diagnóstico de acalásia. Apesar da hipótese de pseudoacalásia no contexto de neoplasia da junção esofagogástrica não poder ser excluída (a doente apresenta fatores de risco pessoais e familiares para a sua ocorrência), neste contexto clínico os achados na manometria são semelhantes à acalásia. Os achados típicos da acalásia na manometria são relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e aperistalse associada ou não contrações simultâneas com baixa amplitude do corpo esofágico pelo que a resposta mais correta é a E.

PERGUNTA 49

Uma mulher de 50 anos de idade vem ao consultório médico por dor e rigidez nas mãos surgida nos últimos seis meses. Ela refere que a rigidez é particularmente problemática de manhã. Nas suas avaliações prévias não se constatou inflamação articular ativa, mas vinha apresentando ligeira limitação na flexão e extensão completa dos dedos por dor. Na sua visita mais recente detetou-se de novo calor e edema das articulações interfalângicas proximais dos 2º, 3º e 4º dedos esquerdos. Das análises obtidas regista-se fator reumatóide sérico negativo.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Artrite reumatoide.
- B. Doença articular degenerativa.
- C. Esclerose sistémica progressiva.
- D. Gota.
- E. Lúpus eritematoso sistémico.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Reumatologia

Validação da afirmação correcta: encontra-se descrito um quadro de artralguas nas mãos com 6 meses de evolução numa mulher de 50 anos. As artralguas parecem envolver ambas as mãos (simétricas) e ter um ritmo inflamatório já que está descrito uma rigidez matinal (apesar de não estar quantificado a duração da rigidez matinal e a variação da dor com o movimento e/ou repouso). Ao exame objetivo consegue objetivar-se artrite (calor e edema) em 3 articulações interfalângicas proximais (IFP) na mão esquerda (apesar de não descreverem o tipo de edema, isto é, elástico característico da artrite vs duro/ósseo característico da osteoartrose).

Assim, os dados a ter em conta para o diagnóstico diferencial são: mulher de 50 anos; quadro de poliartralguas inflamatórias simétricas das mãos com 6 meses de evolução; oligoartrite das IFP; e factor reumatoide negativo.

A hipótese mais provável para explicar este quadro clínico é a Artrite Reumatoide dado ser a poliartrite crónica mais comum; afetar tipicamente mulheres (3:1) entre 40-50 anos; e a distribuição clássica e mais comum ser de poliartrite simétrica das pequenas articulações mãos, envolvendo tipicamente as metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e poupando as interfalângicas distais (IFD). Ressalvar que o factor reumatoide é um marcador útil para apoiar o diagnóstico, no entanto está ausente em 20-30% dos casos. Além disso, a ausência de outras características que apoiariam as outras hipóteses de diagnóstico (ver justificações abaixo), também favorece esta hipótese.

Restantes alíneas:

B - A hipótese de osteoartrose das mãos é menos provável pois tipicamente afeta pessoas mais idosas, no entanto a osteoartrose nodal das mãos ocorre sobretudo em mulheres com mais de 50 anos. No entanto, o padrão de artralguas descrito não corresponde a um ritmo mecânico (agravar sobretudo com movimento e aliviar com repouso). Além disso, a presença de rigidez

matinal não é clássica e geralmente dura menos de 30 min. Além disso, na osteoartrose, o padrão de envolvimento das mãos inclui as IFP e IFD com presença de edema de consistência dura (nódulos de Buchard nas IFP e nódulos de Heberden nas IFD), sem outros sinais inflamatórios, como rubor ou calor (mais característicos de artrite). Nota: uma vez omissa a característica do edema assume-se que não está presente edema de consistência dura/nódulos duros.

C - A hipótese é menos provável pois apesar de classicamente manifestar em mulheres entre os 40-60 anos, o quadro de artralguas e/ou artrite das mãos pode estar presente mas geralmente é ligeiro e acompanha-se de outras características: puffy hands (edema difuso das mãos), fenómeno de Raynaud, alterações cutâneas como espessamento da pele e telangectasias, fadiga e/ou mialgias e sintomas gastrointestinais.

D - A hipótese de gota não se enquadrará nesta vinheta. A Gota tipicamente manifesta-se em homens de meia idade com fatores de risco cardiovasculares e apresenta-se como quadros de mono/oligoartrite aguda intermitente (5-15 dias), envolvendo maioritariamente as articulações dos membros inferiores (geralmente 1ª metatarsofalângica e joelho).

E - A hipótese é menos provável, no entanto deve ser considerada já que o LES envolve sobretudo mulheres em idade fértil e o envolvimento articular é comum e geralmente descrito como poliartralguas inflamatórias e simétricas envolvendo as mãos (e poupando as IFD). No entanto, a Artrite Reumatoide é mais frequente e estão ausentes/omissas outras características sistémicas tradicionais como: queixas constitucionais (febre, fadiga e perda de peso), mucocutâneas (aftas, alopecia, rash malar, fotossensibilidade), hematológicas (anemia, leucopenia), cardiopulmonares (clínica de pleurite/pericardite), etc.

PERGUNTA 50

Uma lactente de 6 meses de idade é trazida ao serviço de urgência pela mãe por apresentar, febre, rinorreia, recusa alimentar e choro persistente nas últimas doze horas. O irmão de quatro anos de idade frequenta o infantário e apresenta coriza desde há uma semana. A lactente nasceu de uma gestação de termo, sem intercorrências, e tem sido saudável. O esquema vacinal está atualizado. Os sinais vitais são temperatura timpânica 39,5°C, frequência cardíaca 153/min, frequência respiratória 35/min e pressão arterial 63/35 mmHg. Ao exame físico apresenta-se com ar doente, irritável, com tempo de preenchimento capilar de quatro segundos e exantema macular no tronco. A auscultação cardíaca é normal. A auscultação pulmonar apresenta ruídos de transmissão superior. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar antipirético.
- B. Administrar antibiótico endovenoso.
- C. Administrar bólus de soro fisiológico.
- D. Realizar gasometria arterial.
- E. Realizar punção lombar.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento:Pediatria

Validação da afirmação correcta: A principal prioridade na abordagem ao doente do caso clínico será a estabilização clínica e hemodinâmica do mesmo, uma vez que apresenta sinais de desidratação e hipoperfusão – tempo de reperfusão capilar superior a 2s. Esta seria a primeira medida a adotar, por forma a otimizar a perfusão desta lactente.

Restantes alíneas:

Após a estabilização clínica da lactente, a opção A será a abordagem correta. No entanto, a correção da volemia será sempre prioritária e só posteriormente se deverá considerar a administração de fármacos e/ou realização de exames complementares (restantes alíneas).

PERGUNTA 51

Uma mulher de 40 anos de idade é trazida ao serviço de urgência pelo seu marido por cefaleia intensa desde a última hora. A doente diz que a cefaleia se instalou de forma súbita, sem qualquer sinal prévio, e que vomitou uma vez desde o seu início. A cefaleia não aliviou com ibuprofeno 600mg. Tem história de enxaquecas, mas diz que esta cefaleia é mais intensa do que o habitual e que as suas enxaquecas nunca estiveram associadas a vómitos. Sem outros antecedentes relevantes. Não toma qualquer medicação. Não tem história de consumo de substâncias ilícitas. Não fuma nem bebe bebidas alcoólicas. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros da normalidade. Ao exame físico a doente encontra-se vigil, alerta e globalmente orientada. O exame neurológico não apresenta sinais focais. A TC do crânio no serviço de urgência não revela alterações patológicas.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Iniciar prova terapêutica com sumatriptano.
- B. Manter a doente em observação durante 24 horas no serviço de urgência.
- C. Realizar punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano.
- D. Solicitar angiografia do sistema nervoso central.
- E. Solicitar ultra-sonografia com doppler, transcraniano.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correcta: A doente apresenta quadro de cefaleia com várias características de gravidade: início súbito, elevada intensidade e vômitos, sendo que as características desta dor são diferentes do habitual. Na cefaleia intensa de início súbito, a principal hipótese diagnóstica a ser colocada é hemorragia subaracnoideia. A TC é o primeiro exame a realizar, mas nas primeiras horas e para quantidades pequenas de sangue, pode ser normal. Persistindo elevada suspeita clínica, deve ser realizada punção lombar para pesquisa de eritrócitos no LCR.

Restantes alíneas:

A - A doente apresenta cefaleia com sinais de alarme, diferente dos episódios típicos de enxaqueca, e deve ser continuada a investigação para excluir causa secundária.

B - A doente apresenta cefaleia com sinais de alarme e deve ser continuada a investigação para excluir causa secundária.

D - Embora suspeitando de hemorragia subaracnoideia, a sua confirmação deve ser feita através de TC crânio e/ou punção lombar antes de avançar para a identificação da sua causa, como um aneurisma cerebral. Só num segundo tempo está indicada angiografia.

E - A principal hipótese diagnóstica é hemorragia subaracnoideia, o estudo de vasos neste caso para pesquisa de aneurismas ou outras malformações vasculares seria Angio-TC ou angiografia convencional. O Doppler transcraniano tem um papel útil na vigilância de vasospasmo arterial, uma complicação possível desta entidade, mas não no seu diagnóstico.

PERGUNTA 52

Um homem de 29 anos de idade recorre ao médico assistente queixando-se de ter tido, há dois meses, de forma súbita, palpitações, dispneia e sensação de «desmaio». Refere ainda ter sentido « picadelas » nas mãos e nos pés e «dor no peito». Este episódio ocorreu quando se encontrava a conduzir na autoestrada e obrigou-o a interromper a viagem e a recorrer ao serviço de urgência. Aí realizou estudo analítico e eletrocardiograma, os quais não evidenciaram qualquer alteração. Teve alta, sentindo-se melhor, sem qualquer recomendação. Relata que há quatro semanas voltou a passar por uma situação semelhante quando se encontrava na via pública a passear a pé, não compreendendo o motivo pelo qual aconteceu. Pensa repetidamente nos episódios anteriores, tendo imagens intrusivas frequentes de si próprio durante estes episódios, manifestando desde então preocupação permanente com a eventual recorrência dos mesmos e medo de morrer. Refere também sono fragmentado e diminuição do apetite e do peso (3 Kg) desde então. É motorista de pesados de profissão, sentido-se limitado no exercício da mesma por recear ter um novo episódio enquanto conduz. O doente não tem outros antecedentes médicos de relevo e não faz qualquer medicação. Pesa 87 Kg e mede 180 cm de altura; IMC 27 Kg/m². Os sinais vitais e o exame físico estão dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Fobia específica.
- B. Perturbação de ansiedade generalizada.
- C. Perturbação de pânico.
- D. Perturbação de somatização.
- E. Perturbação obsessiva-compulsiva.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: O presente caso preenche os critérios para diagnóstico de Perturbação de Pânico: a) Ataques de pânico recorrentes e não expectáveis caracterizados por palpitações, dispneia, sensação de desmaio, desconforto no peito e parestesias; b) Foram sucedidos por um mês de preocupação excessiva de ocorrerem ataques de pânico posteriores e das suas consequências (“medo de morrer”).

Restantes alíneas:

A - Os ataques de pânico descritos não estão relacionados com um fator stressor/fóbico específico, ocorrendo sem causa aparente e de forma inesperada.

B - As preocupações do doente estão relacionadas apenas com a nova ocorrência de ataques de pânico, não existindo preocupação e ansiedade excessiva com outras múltiplas atividades/eventos da vida há pelo menos 6 meses como é típico na Perturbação de Ansiedade Generalizada.

D - Os sintomas físicos ocorrem de forma aguda e não de forma persistente, como é o caso da Perturbação de Somatização

E - As imagens intrusivas são secundárias e circunscritas ao medo/preocupação de ataques de pânico subsequentes. Não existe nenhum sintoma característico de POC.

PERGUNTA 53

Um homem de 24 anos de idade, mecânico de automóveis, vem ao consultório médico por queixas de dor no antebraço direito, sensação de «encorticação e formigueiros» na mão direita, primeiro e segundo dedos. A dor é intensa e frequentemente acorda-o de noite. Ele refere que ocasionalmente tem dificuldade em segurar as ferramentas com a mão.

Qual das seguintes alterações ao exame físico melhor sugerirá o diagnóstico?

- A. Atrofia da eminência hipotenar.
- B. Atrofia da eminência tenar.
- C. Eritema sobre a apófise estilóide cubital.
- D. Fraqueza dos músculos lombricoides da mão.
- E. Hiperestesia ao longo do bordo cubital do 4º e 5º dedos.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correcta: O caso descreve um jovem com trabalho repetitivo e com queixas de hipostesia na mão direita, incluindo primeiro e segundo dedos, com dor intensa no antebraço, que o acorda de noite, associada a défice de preensão. As queixas sensitivas evocam a distribuição sensitiva do

nervo mediano, sendo o caso uma descrição de provável síndrome de túnel cárpico. Esta síndrome caracteriza-se por dor/parestesias no punho com irradiação para a mão (face volar, 1º a 4º dedos em combinações variáveis)/ antebraço. O quadro é mais proeminente à noite e frequentemente interrompe o sono. Coexiste diminuição da força de preensão da mão e, com o tempo, pode existir atrofia da eminência tenar.

Restantes alíneas:

A - A eminência hipotenar é constituída por 3 músculos: oponente, flexor e abductor do 5º dedo, todos eles inervados pelo nervo cubital (ramo profundo). Enquanto que o envolvimento do nervo cubital poderia justificar a menor força na preensão, a distribuição das queixas álgicas/sensitivas seria expectavelmente na face volar do 4º e 5º dedo da mão, assim como bordo cubital da palma mão, contrariamente ao descrito no caso.

C - A presença de sinais inflamatórios nesta localização por patologia osteoarticular inflamatória/degenerativa não explicaria a distribuição dos sintomas sensitivos do doente, nem tem relação anatómica estreita com os nervos que atravessam o punho em direção à mão.

D - Os lumbricoides são inervados pelo nervo mediano (1º e 2º) e pelo nervo cubital (3º e 4º). Desta forma, dada esta inervação partilhada, o achado careceria de especificidade.

E - Esta descrição corresponde à distribuição sensitiva do nervo cubital e como tal não se enquadra nas queixas do doente.

PERGUNTA 54

Uma mulher de 58 anos de idade é internada após admissão no serviço de urgência do hospital por uma história de dor epigástrica que irradia para o meio do dorso, com quatro horas de evolução. Ela classifica a dor com intensidade de 7 pontos numa escala de 10 pontos. Refere igualmente náuseas e três episódios de vômitos, hoje. Relata um episódio semelhante há dois meses, que descreve como mais transitório e de características mais cólicas que o episódio atual. A história médica anterior não apresenta patologias de relevo. Não toma qualquer medicação exceto suplementos para a perda de peso. A doente fumou durante 15 anos, mas cessou há 10 anos. Bebe bebidas alcoólicas socialmente. Tem 168 cm e pesa 100 Kg; IMC 36 Kg/m². Os sinais vitais são temperatura 38,8°C, frequência cardíaca 102/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 152/92 mmHg. Ao exame físico observa-se pele fria e húmida. As auscultações

cardíaca e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. A palpação do abdómen revela aumento da sensibilidade nos quadrantes superiores, sem defesa, rigidez ou dor à descompressão. Os sons intestinais estão diminuídos.

Os resultados analíticos revelaram:

Sangue		Soro	
Hematócrito	38%	ALT	80 U/L
Hemoglobina	14 g/dL	AST	60 U/L
Leucócitos	16 500/mm ³	Lipase	640 U/L (N = 14-280)
		Bilirrubina total	1,4 mg/dL
		Glucose	240 mg/dL

A ecografia abdominal revela numerosos cálculos biliares e o canal biliar comum discretamente dilatado. A TC do abdómen mostra uma massa de 4 cm x 8 cm, com características inflamatórias, no leito pancreático.

Qual das seguintes alternativas, se presente nas primeiras 48 horas de hospitalização, indicaria um pior prognóstico?

- A. Alargamento do canal biliar comum na ecografia.
- B. Concentração sérica de cálcio inferior a 8 mg/dL.
- C. Dor abdominal persistente.
- D. Ganho de peso de 1 Kg.
- E. Incapacidade para tolerar fluidos por via oral.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: Utilizando os critérios de Ranson (utilizados para prever a gravidade da pancreatite aguda à admissão e nas primeiras 48h), são critérios de gravidade, nas primeiras 48h, os seguintes: calcémia < 8mg/dL, queda do hematócrito > 10%, PaO₂ < 60mmHg, BUN ≥ 7mmol/L ou 2mg/dL após ressuscitação volémica, deficit de bases > 5mEq/L e sequestro de fluídos > 4L.

Restantes alíneas:

A - O alargamento do canal biliar comum, neste caso de doente com litíase biliar, na ecografia, em exame ecográfico, é um indicador de obstrução biliar mas não de pior prognóstico.

C - Não está associada a pior prognóstico; pode dever-se ao processo inflamatório subjacente bem como a complicações associadas à pancreatite aguda.

D - Não existe uma correlação entre o ganho de peso e o prognóstico / gravidade da pancreatite aguda. O sequestro de líquidos pode levar ao aumento do peso, no entanto deve ser monitorizado através do balanço hídrico e não através do ganho ponderal

E - Na pancreatite aguda os sintomas de náusea, vômitos, enfartamento pós-prandial e anorexia podem estar correlacionados quer pelo processo inflamatório sistémico quer por processo inflamatório local com ou sem envolvimento de estruturas adjacentes (ex: pseudoquisto que comprime o estômago). Não está associado a maior gravidade do quadro ou a pior prognóstico.

PERGUNTA 55

Uma mulher de 36 anos de idade, de origem asiática, vem ao consultório médico por cefaleia intensa associada a náuseas e vômitos nos últimos três dias. Ela notou também uma erupção cutânea ligeira no tronco e membros superiores. Sem antecedentes médicos de relevo. É doméstica e não viajou recentemente. Os sinais vitais são temperatura 39,6°C, frequência cardíaca 88/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 100/66 mmHg. Ao exame físico a doente aparenta estar moderadamente desconfortável. Está vigil, orientada no tempo e espaço. Está com cefaleia intensa e náusea intratável. 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. Sem rigidez da nuca. O restante exame físico, incluindo neurológico, encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Sangue

Hemoglobina	11,4 g/dL
Leucócitos	8 400/mm ³
Linfócitos	55%
Plaquetas	141x10 ⁹ /L

O exame da urina é normal e o teste de gravidez negativo.

Qual das seguintes alternativas é mais provável de encontrar na TC do crânio desta doente?

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

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento:Neurologia

Validação da afirmação correcta: A doente apresenta um quadro de cefaleia intensa, vômitos e febre, e a principal hipótese diagnóstica colocada deve ser meningite. A erupção maculopapular pode corresponder a petéquias tipicamente associadas a trombocitopénia e coagulação vascular disseminada na meningite meningocócica. A TC cranio-encefálica frequentemente não apresenta alterações nos doentes com meningite.

Restantes alíneas:

A - Não estão descritos sinais focais na história clínica ou exame neurológico que façam suspeitar de lesão ocupando espaço hemisférica esquerda com efeito de massa e desvio das estruturas para a direita.

B - A doente não apresenta alteração do estado de consciência nem papiledema na fundoscopia que façam suspeitar de hidrocefalia.

C - A doente apresenta cefaleia com três dias de evolução, não súbita, e febre, por isso uma infeção meningea é mais provável do que hemorragia subaracnoideia.

D - O síndrome dos ventriculos em fenda caracteriza-se por cefaleia intermitente associada a mudanças posicionais por variações da pressão do líquido cefalorraquidiano associado a hiperdrenagem de líquido em procedimentos. Não se associa a febre nem às restantes alterações sistémicas.

PERGUNTA 56

Uma mulher de 53 anos de idade vem ao consultório médico por história de fadiga crónica com seis meses de evolução. No geral, tem sido saudável. A

história médica anterior não identifica patologias de relevo e não faz qualquer medicação. Ela deixou o seu emprego como professora, há dois meses, por causa dos seus sintomas. É casada e tem dois filhos adultos. Ela não bebe bebidas alcoólicas e nunca fumou. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência cardíaca 50/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 150/70 mmHg. Ao exame físico a pele apresenta-se seca e fissurada. A auscultação cardíaca revela sons cardíacos abafados. A avaliação dos reflexos revela lentificação da fase de relaxamento. Restante exame físico sem outras anomalias. Os resultados dos exames laboratoriais estão dentro dos intervalos de referência, exceto a concentração de sódio sérico de 129 mEq/L e o hematócrito de 34%. O raio-X do tórax revela uma proeminência no contorno cardiomediastínico. A TC do tórax identifica uma massa mediastínica.

Qual das seguintes alternativas é causa mais provável dos sintomas?

- A. Aneurisma da aorta torácica.
- B. Dermatomiosite.
- C. Hipotireoidismo.
- D. Linfoma.
- E. Tumor de células germinativas.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento:Endocrinologia

Validação da afirmação correcta: A doente apresenta múltiplos sintomas sugestivos de hipotireoidismo: fadiga, bradicardia (50 bpm), pele seca e fissurada, lentificação dos reflexos. Em casos de hipotireoidismo grave os doentes podem também apresentar hiponatremia grave. Não fica clara a origem da massa mediastínica, mas poderá tratar-se de um timoma. Este é mais frequente em doentes com patologias auto-imunes, nomeadamente a tireoidite de Hashimoto.

Restantes alíneas:

A - Apesar de poder estar associada a um alargamento cardiomediastínico no raio-X de tórax, não explica com a sintomatologia sistémica apresentada.

B - Poderia explicar parte dos sintomas (musculares / cutâneos) mas não as alterações dos reflexos, nem a hiponatremia.

D - Apesar de o doente apresentar uma massa mediastínica, o linfoma não explica a maioria dos sintomas, nomeadamente bradicardia (50 bpm), pele seca

e fissurada ou lentificação dos reflexos. Adicionalmente tumores do timo são a causa mais frequente de massas mediastínicas.

E - Apesar de o doente apresentar uma massa mediastínica, o tumor de células germinativas não explica a maioria dos sintomas, nomeadamente bradicardia (50 bpm), pele seca e fissurada ou lentificação dos reflexos. Adicionalmente tumores do timo são a causa mais frequente de massas mediastínicas.

PERGUNTA 57

Um estudante de 21 anos de idade vem ao consultório médico pela primeira vez para avaliação de elevação da pressão arterial. Tem sido saudável e pratica desporto regularmente. Tem tido bons resultados académicos. Não tem história de doença crónica ou de internamentos hospitalares. Tem o plano de vacinação atualizado. Não fuma nem consome bebidas alcoólicas. Traz três registos de pressão arterial com valores elevados feitos nos últimos seis meses. A história familiar é significativa para hipertensão arterial essencial tanto do lado materno como paterno. A revisão de sinais e sintomas por sistemas é negativa. Os sinais vitais são frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 160/100 mmHg (deitado e sentado). Não se evidenciam sinais de lesão de órgão-alvo. O hemograma e perfil lipídico feitos no ano passado são normais. Fez eletrocardiograma e análise sumária da urina que não revelaram alterações.

Qual dos seguintes é o exame diagnóstico adicional mais adequado?

- A. Determinação da renina plasmática.
- B. Determinação das catecolaminas urinárias.
- C. Determinação do ionograma sérico.
- D. Ecocardiograma.
- E. Prova de esforço.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Endocrinologia

Validação da afirmação correcta: O doente apresenta diagnóstico de hipertensão em idade jovem sendo necessário estudar causas secundárias. A presença concomitante de hipocaliémia poderá sugerir a presença de hiperaldosteronismo primário, pelo que a determinação do ionograma sérico é o exame de diagnóstico adicional adequado.

Restantes alíneas:

A - Isoladamente, a renina não dá informação útil (deve ser combinada com aldosterona).

B - Doseamento de catecolaminas poderia ser útil para identificação de feocromocitoma. Contudo, este diagnóstico é mais raro que hiperaldosteronismo primário e a ausência de sintomatologia típica na história clínica, nomeadamente flushing, torna esta hipótese menos provável e o doseamento menos relevante.

D - Atendendo à ausência de sintomas e ECG normal é muito improvável que o ecocardiograma tenha alterações relevantes. Adicionalmente não esclarecerá a causa da hipertensão.

E - Atendendo à ausência de sintomas, ECG normal e idade é muito improvável que a prova de esforço tenha alterações relevantes. Adicionalmente não esclarecerá a causa da hipertensão.

PERGUNTA 58

Um recém-nascido é observado na sala de partos após o nascimento. A gestação de 37 semanas e 2 dias foi vigiada e decorreu sem intercorrências. O início do trabalho de parto foi espontâneo com rutura de bolsa amniótica cerca de doze horas antes. Registou-se febre materna durante o trabalho de parto, tendo sido administradas duas doses de ampicilina endovenosa. Após estimulação e aspiração de secreções, constata-se que o recém-nascido apresenta frequência cardíaca de 75/min e cianose das extremidades, com movimentos respiratórios superficiais e irregulares.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo imediato mais adequado neste caso?

- A. Administrar adrenalina endovenosa.
- B. Antibioterapia endovenosa com ampicilina e gentamicina.
- C. Compressões torácicas.
- D. Oxigenoterapia suplementar.
- E. Ventilação com pressão positiva.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Neste caso estamos perante o algoritmo de suporte de vida neonatal. Temos um recém-nascido com bradicardia e respiração ineficaz. A regra ABC dita-nos que devemos otimizar em primeiro lugar a via aérea (posicionamento da cabeça), sendo que das opções referidas, o passo imediato mais adequado é realizar insuflações com ventilação de pressão positiva.

Restantes alíneas:

A - A administração de adrenalina endovenosa é de considerar após início de compressões torácicas, se mantiver bradicardia.

B - Em contexto de reanimação neonatal, a antibioterapia enquadra-se numa abordagem secundária, e dependente de indicação formal para a instituição da mesma.

C - As compressões torácicas fazem parte do C, após otimização da parte respiratória, e se frequência cardíaca abaixo de 60/min.

D - A administração de oxigénio suplementar pode ser considerada, mas não faz parte do algoritmo de suporte neonatal.

PERGUNTA 59

Um homem de 56 anos de idade vem ao consultório médico por dor na perna e sintomas gripais após jogar golfe, há dois dias. Ele diz que foi o seu primeiro torneio de golfe este ano e que a dor na perna começou na noite após o jogo. Refere que a barriga da perna esquerda dói particularmente porque utilizou mais o pé esquerdo no movimento de rotação do corpo durante o jogo. No dia a seguir ao torneio iniciou tosse e teve alguma dificuldade respiratória quando subia escadas, tendo atribuído isto aos sintomas gripais em início, por ter jogado num dia muito frio. Esta manhã despertou com dificuldade em respirar em repouso e pede-lhe um antibiótico para prevenir pneumonia. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência cardíaca 98/min, frequência respiratória 24/min e pressão arterial 142/80 mmHg. A auscultação pulmonar revela roncocal ocasionais. A auscultação cardíaca não revela alterações patológicas. Ambos os músculos da barriga da perna estão dolorosos e a barriga da perna esquerda está mais volumosa que a da direita (diferença de 3 cm de perímetro). O raio-X do tórax não revela alterações patológicas.

Após confirmação do diagnóstico, qual dos seguintes é o passo mais adequado?

- A. Iniciar heparina.
- B. Prescrever azitromicina.
- C. Prescrever ibuprofeno.
- D. Recomendar fisioterapia.
- E. Recomendar repouso no leito e aplicar calor em ambas as pernas.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Medicina Interna

Validação da afirmação correcta: O caso expõe um homem de 56 anos que se apresenta com dispneia em repouso e assimetria dos membros inferiores, na presença de uma radiografia do tórax sem alterações. Este quadro é compatível com TVP + TEP, pelo que deve ser instituída hipocoagulação na ausência de contra-indicações.

Restantes alíneas:

B - Não existem achados imagiológicos ou auscultatórios (pelo menos de forma clara) de infeção das vias respiratórias inferiores, pelo que não se encontra racional para a antibioterapia neste caso.

C - O diagnóstico diferencial poderia ser gripe (excluindo o edema assimétrico dos membros inferiores) e, nesse caso, a terapêutica com ibuprofeno poderia ser aconselhada. No entanto essa hipótese é afastada ao longo da descrição do caso.

D - A fisioterapia poderia ter algum papel na reabilitação de uma condição músculo-esquelética primária (o que não é o caso).

E - O aconselhamento de repouso no leito poderia ser recomendado se entendêssemos que o caso se referia a uma situação de fadiga após exercício extremo.

PERGUNTA 60

Um homem de 54 anos de idade com infeção por VIH, com 17 anos de diagnóstico, foi admitido no hospital há duas horas por história de febre, cefaleias e dificuldade na memória de curto prazo com um dia de evolução. O

doente está agora com uma crise tónico-clónica generalizada com duração de um minuto e meio. O sobrinho, presente na sala, refere que o seu tio não conseguiu usar o braço direito hoje de manhã, o que nunca tinha acontecido. A última contagem de linfócitos T CD4+ era de $126/\text{mm}^3$, realizada três meses antes. O doente tem sido medicado com vários regimes antirretrovirais altamente eficazes, bem como profilaxia de infeções oportunistas. Os sinais vitais são temperatura axilar $39,4^\circ\text{C}$, frequência cardíaca 102/min, frequência respiratória 19/min e pressão arterial 108/58 mmHg. O doente tem 173 cm de altura e pesa 50 Kg; IMC 17 Kg/m^2 . O doente está reativo à dor em todas as áreas exceto no seu membro superior direito. Realiza-se punção lombar.

Os resultados da análise do líquido cefalorraquidiano revelam:

Contagem de células	$6,5/\text{mm}^3$
Glucose	50 mg/dL
Proteínas	45 mg/dL

A RM cerebral demonstra múltiplas lesões cerebrais com realce. A RM cerebral realizada há um ano, para estudo de cefaleias, não apresentava alterações.

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

- A. Citomegalovírus.
- B. *Cryptococcus* spp.
- C. Herpes simplex.
- D. *Neisseria meningitidis*.
- E. *Toxoplasma gondii*

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Infeciologia

Validação da afirmação correcta: Estamos perante um doente com imunodepressão celular grave, que se apresenta com quadro de febre, cefaleia, défices focais e crises convulsivas, com um dia de evolução, o que sugere um processo encefalítico mais provavelmente associado a lesão ocupante de espaço, tal como depois nos é confirmado. O LCR do doente é inocente e a RMN apresenta múltiplas lesões captantes. Esta apresentação é típica da toxoplasmose cerebral.

O único dado que merece discussão e poderá colocar em causa este raciocínio é o facto de nos ser dito que o doente estará sob profilaxia de infeções oportunistas, que são habitualmente muito eficazes. No entanto, considerando

que o doente tem 17 anos de diagnóstico conhecido com uma imunodepressão ainda patente, é possível que esteja em incumprimento terapêutico.

Restantes alíneas:

A - Raríssima, subaguda, associada a depressão progressiva do estado de consciência, não cursando com défices focais, e é mais expectável em doentes com imunodepressão profunda ($CD4+ < 50/mm^3$).

B - Pode cursar com lesões captantes, mas estas são geralmente complicações tardias de um quadro meningítico subagudo, que evolui ao longo de 2-3 semanas de evolução, e que só em fases muito avançadas se associa a alterações mentais e nunca a défices focais.

C - Este agente pode dar quadros hiperagudos e lesões focais. Estas ocorrem por isquemia ou necrose hemorrágica, e não enquanto lesões ocupantes de espaço inflamatórias com captação de contraste. A meningite meningocócica cursa com um quadro fulminante de meningite, com LCR altamente inflamatório.

D - Tipicamente cursa com um quadro fulminante de meningite, com LCR altamente inflamatório.

PERGUNTA 61

Uma mulher de 32 anos de idade vem ao centro de saúde, acompanhada pelo marido, por queixas de cansaço. O casal tem três filhos, com 2, 4 e 6 anos de idade, e a família reside na casa da sogra da doente, que enviuvou há três anos e é parcialmente dependente de cuidados. A doente completou o ensino secundário e trabalha em regime de turnos como assistente operacional num hospital. Ela descreve quadro de cansaço e falta de energia, com início insidioso há cerca de 18 meses, quando retomou a atividade profissional, após período de licença parental. Refere agravamento progressivo destas queixas, acompanhadas nos últimos seis meses por insónia terminal, diminuição do apetite e marcada dificuldade em concentrar-se no trabalho, cometendo erros que descreve como «estúpidos». Não procurou até agora ajuda para estas queixas por ter tido episódios similares no passado, dos quais acabou por recuperar espontaneamente, mas está preocupada porque não tem conseguido ir trabalhar. O marido mostra-se preocupado por os episódios anteriores de «esgotamento», ocorridos há 10 anos e há 3 anos, terem terminado ao fim de 3 meses, enquanto o atual parece muito mais longo. Ele refere que a relação entre ambos se encontra dificultada pelo facto da mulher se mostrar cada vez menos capaz de cuidar dos filhos e da sogra, de forma autónoma, e pergunta se não podem ser prescritas «vitaminas» para que tenha mais energia.

Das seguintes afirmações qual seria a mais adequada na abordagem da doente?

- A. «As vitaminas podem ser uma boa ajuda no início. Se não funcionarem depois vemos outros tratamentos.»
- B. «É natural que, com tanto trabalho, se sinta cansada. Não se preocupe. Se descansar mais e tiver ajuda vai recuperar.»
- C. «Não pode faltar ao trabalho e deve manter-se ativa para que recupere tal como aconteceu no passado.»
- D. «Penso que poderá ter um problema de saúde para o qual há tratamento e podemos discutir já as várias opções.»
- E. «Talvez seja falar sobre este assunto com o seu marido. Importa-se de esperar lá fora para eu poder falar um pouco com ele?»

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um quadro clínico de uma perturbação depressiva major (falta de cansaço e energia, humor depressivo, insónia terminal, alteração de apetite) que ocorre numa doente com antecedentes de uma perturbação depressiva ligeira persistente/ distimia (conforme manual nosológico escolhido). Poder-se-á denominar este quadro de depressão dupla. As informações importantes que são enfatizadas no enunciado são o agravamento depressivo recente, e ao mesmo tempo uma recusa em pedir ajuda (é o marido quem surge preocupado), bem como um impacto funcional muito relevante (não conseguir trabalhar, nem cuidar dos filhos e da sogra). A condição clínica pelo impacto funcional é merecedora de intervenção médica e dispõe de tratamentos comprovadamente efetivos (neste caso, psicofarmacológicos e psicoterapêuticos).

Restantes alíneas:

A - A severidade do quadro e impacto funcional justificam uma abordagem terapêutica mais incisiva.

B - A severidade do quadro e impacto funcional justificam uma abordagem terapêutica mais incisiva.

C - É um conselho paternalista; a doente não se sente com capacidade laboral e necessita de tratamento.

E - A heteroanamnese é muito relevante em psiquiatria, mas idealmente deve ser realizada na presença do doente. Pela vinheta clínica que nos é apresentada,

nada sugere que seja clinicamente mandatório ou premente a situação excepcional de entrevistar o marido na ausência da doente.

PERGUNTA 62

Uma adolescente de 12 anos de idade é trazida ao serviço de urgência por edema palpebral bilateral com uma semana de evolução e dor abdominal. Os antecedentes pessoais e familiares não incluem patologias de relevo. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 76/min, frequência respiratória 21/min e pressão arterial 132/81 mmHg. Ao exame físico observa-se edema palpebral bilateral e edemas dos membros inferiores até ao tornozelo. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen encontra-se distendido, indolor à palpação superficial ou profunda e sem massas ou organomegalias palpáveis. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro

Creatinina	1,8 mg/dL
Azoto ureico	68 mg/dL
Glucose	105 mg/dL
Colesterol, total	280 mg/dL
Albumina	2,2 g/dL
C3 (N>10 mg/dL)	5 mg/dL

Sangue

Hemoglobina	14,2 g/dL
Leucócitos	5300/mm ³
Neutrófilos, segmentados	51%
Linfócitos	23%
Hematócrito	52%
Plaquetas	130x10 ⁹ /L

Urina

Densidade	1030
Eritrócitos	12/cga
Leucócitos	10/cga
Proteínas/creatinina	4,5

O médico assistente decidiu internar a doente.

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

- A. Administrar albumina e furosemida.
- B. Iniciar ciclosporina.
- C. Iniciar lisinopril.
- D. Iniciar prednisolona.
- E. Realizar biópsia renal.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento:Pediatria

Validação da afirmação correcta: A presença de C3 baixo é uma indicação para a realização de biópsia renal, tornando menos provável que esta se trate de uma doença de lesões mínimas (de acordo com o Nelson: Crianças com alterações que sugiram uma etiologia diferente da doença de lesões mínimas (hematúria marcada, hipertensão, IR, hipocomplementémia ou idade <1A ou >12A) devem ser considerados para biópsia renal antes do tratamento.

Restantes alíneas:

A - Estes tipos de fármacos podem ser usados no controlo de edemas moderados a graves (edema generalizado, com hemoconcentração, taquicardia, hipotensão), que não é o que se verifica no caso clínico apresentado. No entanto, devem ser usados com muita cautela, uma vez que a diurese agressiva pode levar a depleção do volume intravascular, e aumento do risco de lesão renal aguda e trombose intravascular.

B - Fármaco imunossupressor usado como alternativa aos corticoides perante situações de síndrome nefrótica resistente ao tratamento de primeira linha (corticorresistente)

C - O controlo tensional não é uma prioridade na gestão desta doente, apesar de ligeiramente elevada, os valores tensionais provavelmente normalizam com o tratamento do síndrome nefrótico de base.

D - Apesar de ser a primeira linha no tratamento da síndrome nefrótico, pelas alterações analíticas como a diminuição dos níveis de C3 é possível que haja alguma corticorresistência.

PERGUNTA 63

Um homem de 50 anos de idade está internado na unidade de cuidados intensivos com um quadro de choque séptico após laparotomia por diverticulite perfurada. A história médica não identifica patologias de relevo e não fez qualquer medicação nas doze horas anteriores à admissão. Está sob ventilação

mecânica. O doente recebeu 4 L de solução salina NaCl 0,9 % desde a operação. Os sinais vitais são temperatura 39°C, frequência cardíaca 112/min, frequência respiratória 26/min e pressão arterial 85/50 mmHg. A oximetria de pulso sob FiO2 de 0,80 revela uma SpO2 de 92%. A pressão venosa central é de 6 mmHg. O abdómen encontra-se distendido e doloroso. O ecocardiograma feito à cabeceira do doente revela ligeira disfunção cardíaca e colapso da veia cava inferior durante a respiração. O débito urinário é de 15 mL/h.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado administrar?

- A. Dobutamina.
- B. Dopamina.
- C. Furosemida.
- D. Noradrenalina.
- E. Solução cristalóide.

Proposta Academia: D

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Infeciologia

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um doente em choque séptico que, apesar de aparentar ter alguns sinais indiretos de depleção de volume intravascular efetivo (PVC normal-baixa, colapsabilidade da VCI, baixo débito urinário), se mantém hipotenso e taquicárdico mesmo tendo já feito 4L de fluidoterapia. Os 4 litros de *fluid challenge* (opção E) serão mais que suficientes para a maioria das situações (~20-30 mL/kg, o que significaria dose insuficiente só para alguém com cerca de 150 kg). As principais recomendações de tratamento da sépsis (Sepsis 3, Surviving Sepsis Campaign) recomendam iniciar suporte aminérgico (opção D) em doentes com hipotensão refratária a fluidoterapia, sendo a noradrenalina a primeira escolha.

Desconhece-se a velocidade de administração de fluidos, a tendência da PVC, a resposta a *fluid challenge*, o peso do doente, o balanço hídrico cumulativo para afirmar com segurança que se pode continuar a administração de cristalóides. No contexto de choque séptico e conseqüente disfunção endotelial, é provável que muito do fluido administrado no espaço intravascular passe rapidamente para o espaço intersticial. Existe igualmente o risco de desenvolvimento de síndrome de compartimento abdominal neste doente.

A melhor estratégia balancearia fluidoterapia com cristalóide e perfusão de noradrenalina.

Restantes alíneas:

A - O suporte inotrópico só deve ser usado em doentes que mantêm baixo débito cardíaco apesar de suporte vasopressor.

B - A dopamina já não se encontra recomendada como suporte vasopressor preferencial, por ser menos eficaz que as alternativas, mais arritmogénica, e sem o alegado benefício para a circulação esplâncnica e renal.

C - Apesar do baixo débito urinário, isto mais provavelmente dever-se-á à reduzida pressão de perfusão renal condicionada pela hipotensão e à elevada pressão intra-abdominal, pelo que a furosemida poderia ser contraproducente e agravar estas complicações.

PERGUNTA 64

Um homem de 41 anos de idade vem ao consultório médico para mostrar resultados das análises da função hepática, realizados há duas semanas, pedidos numa avaliação médica de rotina. O doente afirma que bebe seis latas de cerveja à noite, mas recentemente tem tentado diminuir o consumo. O doente apresenta tremor e está nauseado. Tem 180 cm de altura e pesa 91 Kg; IMC 28 Kg/m². Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência cardíaca 108/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 150/100 mmHg. Ao exame físico evidencia-se hepatomegalia.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

Soro

ALT	80 U/L
AST	150 U/L
Fosfatase alcalina	200 U/L
Bilirrubina	2,1 mg/dL
Proteínas	
Albumina	5,5 g/dL

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

- A. Iniciar desintoxicação alcoólica com lorazepam.
- B. Internar numa unidade de cuidados intensivos.
- C. Pedir exame toxicológico de urina.
- D. Providenciar internamento num hospital psiquiátrico.
- E. Recomendar frequência de reuniões de um programa dos 12 passos.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de uma perturbação de uso de álcool, consumos diários bastante relevantes (seis latas de cerveja à noite) e com uma decisão de descontinuação dos consumos. Esta descontinuação foi recente. O doente apresenta agora sintomas e sinais típicos de quadro de abstinência alcoólica, com náuseas e tremores, taquicardia e elevação da tensão arterial. O objetivo educacional desta pergunta parece ser a identificação do quadro clínico e a abordagem ao mesmo. Trata-se de quadro potencialmente grave e que deve ser tratado de imediato.

Restantes alíneas:

B - Pode ser questionável se o tratamento teria forçosamente de ocorrer em regime de internamento ou de ambulatório. Porém, o quadro não é clinicamente grave o suficiente para justificar o internamento em cuidados intensivos (não tem, por exemplo, alteração de estado de consciência grave, delirium tremens).

C - Era um exame premente (atendendo que os consumos múltiplos e por vezes não declarados são uma situação clínica bastante comum) mas não a atitude mais prioritária no presente momento.

D - Pode ser uma abordagem correta à situação, mas apenas posteriormente, já que não é "o próximo passo mais adequado na gestão do doente".

E - Este tipo de intervenção psicoterapêutica/psicossocial pode ser útil no tratamento de manutenção na prevenção de recaídas, mas não numa situação aguda.

PERGUNTA 65

Um homem de 52 anos de idade é hospitalizado por dor aguda na fossa ilíaca esquerda, dor e defesa à palpação e temperatura de 38,2°C.

Os resultados dos exames laboratoriais revelam:

Leucócitos	13 500 /mm ³
Neutrófilos, segmentados	70%
Neutrófilos, imaturos	15%

O doente tem antecedentes de dois episódios prévios de diverticulite. Os sinais vitais são frequência cardíaca 86/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 120/80 mmHg. Os exames cardíaco e pulmonar estão dentro dos parâmetros da normalidade. Para além da realização de hemoculturas, foram instituídas pausa alimentar, antibioterapia múltipla agressiva e realizada TC abdominal que confirma o diagnóstico. Será solicitada a avaliação por cirurgião caso se verifique agravamento clínico. Ao quarto dia, o quadro clínico melhorou, tolerando dieta pobre em resíduos enquanto aguarda decisão para introdução de antibioterapia oral. Em conjunto com o cirurgião, pondera-se a realização de uma ressecção cólica segmentar programada após a recuperação do episódio agudo.

Qual dos seguintes é o estudo diagnóstico mais adequado solicitar antes de uma eventual intervenção cirúrgica?

- A. Colonoscopia.
- B. Determinação do antígeno carcinoembrionário.
- C. Ecografia abdominal.
- D. Retossigmoidoscopia flexível e clister opaco.
- E. Três pesquisas consecutivas de sangue oculto nas fezes.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correcta: Trata-se dum doente com episódios múltiplos de diverticulite. Entre as causas possíveis está a neoplasia, que importa sempre excluir aquando de um episódio de diverticulite. Por conseguinte, deve realizar-se colonoscopia para exclusão da mesma, 4 a 6 semanas após o episódio agudo. A colonoscopia não deve ser realizada antes desse período, dado o risco acrescido de perfuração.

Restantes alíneas:

B - O antígeno carcinoembrionário é um marcador importante no seguimento de doentes com tumores colo-retais mas não permite o seu diagnóstico definitivo, um valor normal não exclui o diagnóstico. Para a sua exclusão torna-se imperativa a realização de colonoscopia.

C - O doente já realizou TAC abdominal que confirmou o diagnóstico de diverticulite. Ecografia abdominal sem indicação para o despiste de neoplasia.

D - Exame que possibilita a visualização do reto e sigmóide mas que impossibilita a visualização de todo o cólon e que é importante assegurar-se para excluir eventuais neoplasias síncronas. O clíster opaco tem menor sensibilidade que a colonoscopia para o diagnóstico de neoplasias.

E - A pesquisa de sangue oculto nas fezes está indicada para rastreio populacional. Em doente com doença diverticular sintomática é fundamental a observação da morfologia do cólon e aspecto da mucosa, que este exame não permite. Assim, opta-se pela colonoscopia que tem uma sensibilidade diagnóstica superior.

PERGUNTA 66

Um menino de 13 meses de idade é trazido pela mãe à consulta de saúde infantil. A mãe mostra-se preocupada face à administração vacinal dos 12 meses (ainda não efetuada). Refere ocorrência de episódio de febre alta e choro persistente, acompanhada de eritema e induração no local da injeção, no dia da última administração vacinal (aos 6 meses de idade). Hoje apresenta rinorreia e tosse ligeira. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros da normalidade. Ao exame físico apresenta rinorreia anterior e rubor orofaríngeo. As auscultações cardíaca e pulmonar são normais. O restante exame físico não apresenta alterações patológicas.

Qual das seguintes recomendações é a mais adequada para a vacinação prevista?

- A. Adiar a administração das vacinas vivas apenas, até resolução do quadro respiratório.
- B. Adiar a administração de todas as vacinas até resolução do quadro respiratório.
- C. Administrar paracetamol antes de administrar todas as vacinas.
- D. Administrar todas as vacinas nos cuidados de saúde primários hoje.
- E. Programar administração das vacinas em ambiente hospitalar.

Proposta Academia: D

Chave oficial: D

Área de conhecimento: Pediatria

Validação da afirmação correcta: Esta criança não apresenta nenhuma contra-indicação para a realização da vacinação, conforme esquema preconizado das vacinas administradas aos 12 meses em ambiente de cuidados de saúde primários. A presença de um quadro ligeiro de rinofaringite não deve ser considerada contra-indicação nem adiar a vacinação, seja de vacinas vivas ou inativadas.

Restantes alíneas:

A - A presença de um quadro ligeiro de rinofaringite não deve ser considerada contra-indicação nem adiar a vacinação, seja de vacinas vivas ou inativadas.

B - A presença de um quadro ligeiro de rinofaringite não deve ser considerada contra-indicação nem adiar a vacinação, seja de vacinas vivas ou inativadas.

C - Segundo o referido no programa nacional de vacinação de 2017, não está recomendada a administração preventiva de paracetamol de rotina (apenas é referida em NOC de 2016 da DGS esta administração previamente à vacina anti-meningocócica B, abaixo dos 24 meses de idade).

E - A administração de vacinas em ambiente hospitalar também não está indicada, reservando-se para situações em que haja risco de anafilaxia, como por exemplo reação anafilática prévia documentada ao ovo ou a algum componente de vacina realizada previamente.

PERGUNTA 67

Um homem de 22 anos de idade, trabalhador da construção civil, recorre ao serviço de urgência por dor na metade inferior do tórax, náuseas e vômitos desde há doze horas. Os seus registos médicos revelam que teve traumatismo perfurante do hemitórax esquerdo, no sexto espaço intercostal, na linha axilar anterior, há um ano, durante uma rixa. Nessa altura foi tratado adequadamente no serviço de urgência e teve alta após um raio-X do tórax que não revelou pneumotórax. É fumador de 20 cigarros por dia e consome bebidas alcoólicas ocasionalmente. Sem hábitos medicamentosos. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência cardíaca 90/min e pressão arterial 140/90 mmHg. A auscultação pulmonar revela redução dos sons respiratórios no terço inferior do hemitórax esquerdo. O abdómen está discretamente distendido e doloroso à palpação profunda. A auscultação abdominal revela aumento dos ruídos hidroaéreos. O raio-X do tórax realizado hoje revela vários níveis hidroaéreos acima da hemicúpula diafragmática esquerda.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Empiema.
- B. Eventração diafragmática.
- C. Hérnia diafragmática traumática encarcerada.
- D. Pneumatocelo traumático.
- E. Rotura diferida de quisto esplénico.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

Validação da afirmação correcta: O doente apresenta uma história de traumatismo perfurante no hemitórax esquerdo, no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior que, inicialmente, não causou um pneumotórax (uma das complicações mais comuns do trauma perfurante, tal como o hemotórax). Neste momento deverá ter condicionado uma laceração diafragmática que não foi detetada no exame complementar realizado (radiografia do tórax), dada a ausência de repercussões imediatas. Caso tivesse sido detetada, deveria ter sido realizada rafia do defeito por via abdominal. Uma vez que não foi tratada, a laceração deverá ter aumentado de dimensões, com conseqüente herniação do intestino para a cavidade torácica. Trata-se de um caso de herniação diafragmática traumática, encarcerada, dado que o doente se apresenta com náuseas e vômitos, com dor ao nível do tórax dada a deslocação do conteúdo abdominal para o tórax, com achados auscultatórios coerentes e confirmados pela presença de níveis hidroaéreos acima da hemicúpula diafragmática esquerda que confirma o diagnóstico.

Restantes alíneas:

A - O empiema é a complicação mais comum após um trauma torácico. No caso de um empiema esperaríamos encontrar uma sintomatologia mais diversa, com possibilidade de o doente se apresentar com dor, mas também com febre, tosse e dispneia (não descrita no caso). Esta opção não explicaria a presença de níveis hidroaéreos no tórax. Os empiemas apresentam-se na radiografia com derrame pleural tipicamente unilateral ou assimétrico e, geralmente, apresentam-se como uma hipotransparência de forma lenticular (ângulo obtuso com a parede torácica).

B - A eventração diafragmática corresponde à substituição de parte ou da totalidade do diafragma por tecido fibroelástico, na qual o diafragma mantém a continuidade (ao contrário das hérnias) e as ligações à margem costal. Assim, esta opção também não justificaria a

sintomatologia apresentada bem como a presença de níveis hidroaéreos acima da cúpula diafragmática.

D - Os pneumatocelos correspondem a espaços císticos de parede fina no parênquima pulmonar preenchidos por ar. Geralmente são assintomáticos e têm um curso benigno, podem ser pós-traumáticos (geralmente trauma contuso) mas não explicariam a sintomatologia e os achados radiográficos descritos.

E - A rotura diferida de quisto esplênico poderia justificar a sintomatologia apresentada, principalmente a dor, podendo apresentar-se de forma diferida após trauma. No entanto, não justificaria a diminuição do murmúrio vesicular nem a presença de níveis acima da cúpula diafragmática.

PERGUNTA 68

Um homem de 67 anos de idade recorre ao seu médico assistente para avaliação de estudo analítico de seguimento de diabetes *mellitus* tipo 2. Está assintomático. A medicação habitual inclui metformina. Os sinais vitais são temperatura 36°C e frequência cardíaca 87/min. Ao exame físico o doente aparenta bom estado geral. Não se palpam gânglios linfáticos. As auscultações cardíacas e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é mole e depressível à palpação, sem organomegalias palpáveis. Não se observam alterações cutâneas. O exame neurológico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados do estudo analítico revelam:

Sangue

Hemoglobina	15g/dL
Hemoglobina A1C	6,8%
Hematócrito	46%
Leucócitos	29 350 /mm ³
Neutrófilos, segmentados	75%
Eosinófilos	2%
Linfócitos	15%
Monócitos	5%
Basófilos	3%
VGM	90 µm ³

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- A. Leucemia mielóide crónica.
- B. Mielofibrose primária.
- C. Policitemia vera.

- D. Síndrome mielodisplásica.
- E. Trombocitémia essencial.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Hematologia

Validação da afirmação correcta: Doente assintomático, sem clínica, com exame objectivo sem alterações. Detetada leucocitose com hemoglobina normal, acompanhada de neutrofilia e basofilia de 900/mm³. Sugestivo de quadro inicial de LMC, ainda sem sintomas associados.

Restantes alíneas:

B - Hipótese menos provável, pois apresenta uma leucocitose importante, sem sintomas. Seria expectável nesta fase apresentar esplenomegalia e redução das contagens de hemoglobina.

C - Doente com quadro de leucocitose e não poliglobulia. Tem hemoglobina normal para a idade.

D - Tem hemoglobina normal e leucocitose com neutrofilia. Não é característico de nenhum subtipo de síndrome mielodisplásica.

E - Não nos é descrito o valor das plaquetas para corroborar o diagnóstico. Trombocitemia Essencial pressupõe um aumento do valor plaquetário como critério de diagnóstico.

PERGUNTA 69

Um homem de 46 anos de idade vem ao consultório médico por azia com dois meses de evolução. Acorda frequentemente com acessos de tosse irritativa. Medicado com ibuprofeno desde há seis meses por gonartrose. Fumador há 10 anos (10 UMA). Sem outros antecedentes patológicos relevantes. Ele tem 171 cm de altura e pesa 85 Kg; IMC 29 Kg/m². O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos estudos analíticos incluindo hemograma, creatinina sérica, glucose sérica, transaminases e GGT encontram-se dentro dos parâmetros da normalidade. O doente foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou pequenas erosões da mucosa, não

confluentes, na porção distal do esófago. A manometria revela pressão reduzida do esfíncter esofágico inferior e motilidade conservada do corpo.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada?

- A. Colocação de banda gástrica.
- B. Esofagocardiomiectomia extramucosa.
- C. Fundoplicatura de Nissen laparoscópica.
- D. Fundoplicatura de Toupet laparoscópica.
- E. Inibidor da bomba de prótons e medidas higieno-dietéticas.

Proposta Academia: E

Chave oficial: E

Área de conhecimento: Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: Constitui a terapêutica de primeira linha no tratamento da DRGE. É a opção terapêutica mais adequada.

Restantes alíneas:

A - Procedimento utilizado no tratamento da obesidade. Apesar do excesso de peso, o doente recorre ao médico por queixas sugestivas de DRGE, pelo que não é a opção terapêutica mais adequada.

B - Este procedimento está indicado para tratamento da acalásia. O doente não apresenta sintomas ou achados endoscópicos sugestivos de acalásia. A manometria revela pressão reduzida do esfíncter esofágico inferior com motilidade conservada do corpo, o que é contra este diagnóstico e procedimento.

C - É um procedimento para o tratamento da DRGE quando outras medidas terapêuticas falharam.

D - É um procedimento para o tratamento da DRGE quando outras medidas terapêuticas falharam.

PERGUNTA 70

Um homem de 45 anos de idade recorre ao consultório médico para seguimento após uma avaliação médica de rotina no seu local de trabalho, com sangue oculto em tira teste urinária. O doente também perdeu 2 Kg nos últimos três meses. Refere que não teve febre, arrepios, disúria, alterações da cor da urina ou dificuldade na micção. Não tem antecedentes médicos de relevo e a única medicação que toma é aspirina (100 mg) diariamente. Tem história familiar de cancro da próstata diagnosticado a um tio aos 70 anos de idade e doença arterial coronária diagnosticada na sua mãe aos 68 anos de idade. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 13/min e pressão arterial 128/76 mmHg. Tem 178 cm de altura e pesa 66 Kg; IMC 21 Kg/m². Sem dor à percussão do ângulo costovertebral. O exame retal digital revela próstata pequena, simétrica e mole, sem massas; a pesquisa de sangue oculta nas fezes é negativa. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados laboratoriais obtidos pela avaliação médica no local de trabalho são:

Soro

Azoto ureico	18 mg/dL
Creatinina	1,2 mg/dL
PSA	2,3 ng/mL (N<4)

Urina

Sangue oculto	3+
Eritrócitos	20-30/cga
Leucócitos	0-2/cga

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Avaliação por nefrologia.
- B. Biópsia prostática.
- C. Ecografia renal.
- D. Tratamento com ciprofloxacina.
- E. Não são necessários mais passos.

Proposta Academia: C

Chave oficial: C

Área de conhecimento: Nefrologia/Urologia

Validação da afirmação correcta: O caso refere-se à abordagem da hematúria isolada. Trata-se de um homem jovem e assintomático com hematúria microscópica. O emagrecimento e a história familiar podem ou não ser relevantes e o exame objetivo incluindo toque retal é normal. Na avaliação analítica apresenta creatinina sérica de 1,2mg/dL que pode ser normal com atividade física intensa, mas, pode também já corresponder a uma ligeira

disfunção renal. Não nos é dada informação sobre a presença de proteinúria, dismorfia eritrocitária ou cilindros eritrocitários, o que apontaria para patologia glomerular. É um homem novo e sem hábitos tabágicos, o que torna improvável uma neoplasia urotelial mas, ainda assim, antes da referenciação à Nefrologia, deverá fazer uma ecografia renal para excluir outras causas como litíase. Deveria, igualmente fazer uma ecografia vesical.

Restantes alíneas:

A - Referenciação a Nefrologia fica reservada para quando se excluírem causas urológicas ou se a restante análise de urina sugerir causa glomerular (proteinúria, dismorfia eritrocitária e cilindros).

B - Não há qualquer suspeita de neoplasia da próstata que justifique fazer a biópsia: homem jovem, próstata mole e pequena, PSA baixo.

D - Ciprofloxacina poderia ser usada na prostatite ou outra infeção urinária, mas não há sintomas, aumento do PSA ou leucocitúria que sugiram estas entidades.

E - Não podemos assumir que o quadro não tem significado clínico: temos que descartar de forma mais profunda causas urológicas ou renais.

PERGUNTA 71

Um homem de 55 anos de idade regressa ao consultório médico para conhecimento do resultado de ecocardiograma realizado cinco dias antes para estudo de sopro cardíaco detetado em avaliação clínica anual. O doente não tem queixas de toracalgia, dispneia ou edemas. Ele tem antecedentes de hipertensão arterial diagnosticada há 20 anos que está medicada com lisinopril. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 65/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 128/78 mmHg. Tem 185 cm de altura e pesa 77 Kg; IMC 22Kg/m². O exame físico revela ausência de turgescência das veias jugulares. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios presentes. A auscultação cardíaca revela sons rítmicos e regulares e sopro sistólico grau 2/6 audível no ápex. Não se observam edemas periféricos. O ecocardiograma revela regurgitação valvular mitral e tricúspide moderada, com fração de ejeção de 40%, sem alterações segmentares da mobilidade.

Qual dos seguintes fármacos é mais adequado associar à medicação habitual do doente?

A. Carvedilol.

- B. Digoxina.
- C. Furosemida.
- D. Losartan.
- E. Varfarina.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Cardiologia

Validação da afirmação correcta: Terapêutica da Insuficiência Cardíaca com FEVE Reduzida (IECA + B-Bloqueante).

Restantes alíneas:

B - Na ausência de FA, a digoxina está apenas indicada na ICC com 3ª linha em doentes com sintomatologia refractária (diminui internamentos).

C - Apesar de constar como terapêutica da ICC (para controlo sintomático) o doente está assintomático sem sinais de sobrecarga hídrica (sem edemas, fevores, dispneia ou aumento da PVJ). A furosemida não tem indicação clara na IM, e não mostra benefícios na IT moderada assintomática.

D - Está indicado TTx com IECA/ARA tanto na ICC com FEVE reduzida com na IM crónica, no entanto o doente já está sob terapêutica com Lisinopril (IECA) sem sinais de intolerância, pela que a adição de Losartan não está indicada.

E - Só está indicado terapêutica Anticoagulante com Varfarina na presença de FA e de um score de CHA2DS2-VASc compatível.

PERGUNTA 72

Um homem de 27 anos de idade, de origem africana, advogado, recorre ao serviço de urgência por dor precordial e dispneia. Refere que, enquanto estava a preparar o julgamento de um caso criminal mediático, iniciou subitamente falta de ar, batimentos cardíacos acelerados, palpitações, desconforto no peito e ombro esquerdo e parestesias das mãos. Ele refere que tem tido sintomatologia similar no decorrer dos últimos três meses, mas esta manhã sentiu pela primeira vez desconforto no peito associado aos outros sintomas. Habitualmente os sintomas resolvem espontaneamente em quinze a vinte minutos. Acrescenta que

dormiu mal na noite anterior por se encontrar preocupado com o julgamento que se aproxima. O doente tem medo de ter doença cardíaca. Tem 185 cm de altura e pesa 84 Kg; IMC 24,5 Kg/m². Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 108/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 136/84 mmHg. O doente tem aparência saudável. A auscultação cardíaca não acrescenta informação útil para a avaliação do doente. O exame neurológico é normal. O eletrocardiograma não evidencia isquemia cardíaca. O doseamento das enzimas cardíacas está em curso.

Qual das seguintes alternativas é a evolução mais provável do doente?

- A. A sua condição irá melhorar, mas terá novos episódios mesmo sob tratamento farmacológico.
- B. Irá desenvolver episódios de gravidade crescente, progredindo até à incapacidade.
- C. Não irá ter mais episódios após tratamento farmacológico.
- D. Não irá ter mais episódios após tratamento psicoterapêutico.
- E. O seu problema irá resolver-se espontaneamente.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Psiquiatria

Validação da afirmação correcta: Trata-se de um homem de 27 anos com vários episódios paroxísticos de ansiedade compatíveis com um ataque de pânico (veja-se a tabela 8.4 do Oxford, pág. 180). O doente já cumpre critérios para o diagnóstico de perturbação de pânico já que os ataques de pânico ocorrem de forma recorrente e sem resposta a um estímulo fóbico específico e são acompanhados de ansiedade antecipatória de um novo episódio. A questão é acerca do prognóstico e da evolução natural da doença que é tratada com tratamento psicofarmacológico e psicoterapia (sendo que os modelos cognitivo-comportamentais têm mais evidência). Embora o prognóstico dependa de várias variáveis clínicas (que não sabemos pela vinheta clínica) incluindo a presença ou não de agorafobia (que preconiza um pior prognóstico), apenas uma minoria dos doentes alcança uma remissão completa, sem novos episódios ao longo do acompanhamento. De acordo com a bibliografia recomendada (ver Course and Prognosis, pág. 182 do Shorter), a evolução mais frequente da perturbação de pânico é com períodos de remissão e recaídas, sendo que apenas 30% dos doentes (e, portanto, menos de metade) remitem totalmente sem novos episódios de recaída.

Restantes alíneas:

B - Isso faria supor uma perturbação de pânico grave resistente à terapêutica, sendo que existem vários tratamentos efetivos ao dispor para impedir que se instale uma incapacidade decorrente desta perturbação de ansiedade.

C - Não pode ser garantido, nem é o mais provável.

D - Não pode ser garantido, nem é o mais provável.

E - Embora um ataque de pânico possa ocorrer isoladamente e ter uma resolução espontânea, a perturbação de pânico já justifica enquadramento e tratamento médico.

PERGUNTA 73

Uma mulher de 50 anos de idade está sob terapêutica com varfarina por trombose venosa profunda e é trazida ao serviço de urgência após queda e ter batido com a cabeça. Durante a avaliação evidencia hemiparesia esquerda em agravamento e afundamento do estado de consciência. A TC do crânio revela hematoma subdural direito e herniação precoce. O neurocirurgião decide que a doente necessita de intervenção cirúrgica imediata. O tempo de protrombina está prolongado (duas vezes o valor de controlo).

Qual das seguintes alternativas é a medida imediata mais adequada antes da craniotomia de emergência?

- A. Administrar crioprecipitado.
- B. Administrar plasma fresco congelado.
- C. Administrar vitamina K por via endovenosa.
- D. Administrar vitamina K por via intramuscular.
- E. Continuar com terapêutica anticoagulante.

Proposta Academia: B

Chave oficial: B

Área de conhecimento: Neurologia

Validação da afirmação correcta: Estamos perante um caso de hemorragia intracraniana traumática em doente anticoagulada, com sinais clínicos e imagiológicos de gravidade, indicando cirurgia. É necessária a rápida reversão da anticoagulação nesta doente. Neste contexto, das opções disponíveis, não existindo concentrado de complexo protrombínico, o plasma fresco congelado é a atitude imediata mais adequada para rápida reversão da anticoagulação, providenciado todos os fatores de coagulação corretamente carboxilados. Posteriormente, deverá ser administrada vitamina K.

Restantes alíneas:

A - O crioprecipitado contém os fatores II, VIII, XIII e Factor de von Willebrand. Não corrigiria a deficiência dos fatores dependentes da vitamina K – II, VII, IX, X, proteína C e proteína S.

C - A vitamina K demora entre 4 a 48h a restabelecer valores de INR normais dependendo do valor de INR inicial e da via administração, pelo que a sua administração isolada não seria solução para a cirurgia emergente.

D - A vitamina K demora entre 4 a 48h a restabelecer valores de INR normais dependendo do valor de INR inicial e da via administração, pelo que a sua administração isolada não seria solução para a cirurgia emergente.

E - A doente tem uma hemorragia intracraniana aguda e a necessitar de intervenção pelo que seria má prática a continuação de tratamento anticoagulante.

PERGUNTA 74

Uma mulher de 59 anos de idade é internada no hospital para avaliação de fadiga e prurido generalizado com seis semanas de evolução. Tem antecedentes de histerectomia vaginal três anos antes e osteoartrite nas mãos. A medicação habitual inclui paracetamol e complexo multivitamínico diário. Ela não tem hábitos tabágicos e bebe ocasionalmente ao jantar um copo de vinho. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. O exame da pele não revela exantema ou eritema. Os exames cardíaco e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen está mole e depressível à palpação, com limite inferior hepático palpável 0,5 cm abaixo do rebordo costal. A ecografia abdominal não mostra alterações.

Os resultados dos estudos analíticos são:

Soro

Fosfatase alcalina	220 U/L
Bilirrubina total	0,8 mg/dL
Colesterol total	400 mg/dL
Anticorpo antimitocondrial	Positivo

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Cirrose biliar primária.
- B. Colelitíase.
- C. Doença de Wilson.
- D. Hemocromatose.
- E. Toxicidade do paracetamol.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento:Gastroenterologia

Validação da afirmação correcta: Para além dos sintomas típicos (embora inespecíficos), segundo as guidelines da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL, publicadas em 2017), um diagnóstico de Cirrose Biliar Primária pode ser estabelecido através de uma combinação de elevação da fosfatase alcalina com positividade dos anticorpos antimitocondriais, no contexto clínico adequado. A hipercolesterolemia é outro achado possível nesta doença.

Restantes alíneas:

B - A doente não apresentava dor abdominal, a ecografia era normal, sem evidência de litíase ou dilatação das vias biliares, tornando esta hipótese muito pouco provável.

C - A forma de apresentação de Doença de Wilson normalmente é sob a forma de hepatite aguda, com icterícia, num doente jovem, com sintomas neurológicos associados, o que tornam esta hipótese diagnóstica muito pouco provável.

D - Não existe qualquer referência a sinais clínicos (incluindo DM, artralguas, alterações cutâneas, doença cardíaca) ou laboratoriais sugestivos de sobrecarga de ferro, tornando esta hipótese diagnóstica muito pouco provável.

E - A toxicidade do paracetamol (em contexto de ingestão voluntária única em grandes quantidades ou ingestão continuada em doses excessivas) manifesta-se tipicamente com hepatite aguda/falência hepática aguda (com coagulopatia, hiperbilirrubinemia) com disfunção multiorgânica.

PERGUNTA 75

Uma mulher de 42 anos de idade vem ao consultório médico por dor na face lateral do cotovelo direito com cinco semanas de evolução. A dor irradia para o punho e é agravada pela preensão e movimento.

Qual dos seguintes achados é mais provável encontrar no exame físico?

- A. Dor à palpação dos tecidos moles no epicôndilo lateral do úmero.
- B. Edema articular ao nível do olecrânio.
- C. Hematoma no cotovelo.
- D. Nódulo sobre o cúbito proximal.
- E. Subluxação do nervo cubital.

Proposta Academia: A

Chave oficial: A

Área de conhecimento: Reumatologia

Validação da afirmação correcta: O quadro clínico descrito refere-se a dor no cotovelo com cinco semanas de evolução com ritmo mecânico (agrava com preensão e movimento) e localizada apenas na face lateral e com irradiação ao punho. Esta sintomatologia enquadra-se tipicamente no diagnóstico de Epicondilite Lateral (apesar de ser mais típico dor na extensão do punho) que corresponde a uma tendinose de inserção no epicôndilo lateral dos músculos extensores do punho e dos dedos da mão associado a atividades repetitivas. Ao exame físico os sinais clássicos da Epicondilite Lateral são a dor na palpação dos tecidos moles sobre o epicôndilo lateral e dor na extensão e/ou supinação do punho contra resistência.

Restantes alíneas:

B - Habitualmente, o edema (tumefação) da articulação do cotovelo, encontrado em casos de artrite do cotovelo, palpa-se nas goteiras entre o olecrânio e os epicôndilos. Nos casos de bursite olecraniana os doentes manifestam dor e edema da bolsa olecraniana ocorrendo tipicamente por atividades de repetição, mas também infeções ou artropatias microcristalinas (gota).

C - Não está presente na Epicondilite Lateral.

D - Não está presente na Epicondilite Lateral.

E - Não está presente na Epicondilite Lateral. A subluxação do nervo cubital ocorre por instabilidade do nervo que sofre subluxação na flexão do cotovelo e volta a posição na extensão. Episódios recorrentes podem resultar em neurite cubital (que origina dor em choque/queimadura e parestesias na região cubital do braço e no 4º e 5º dedos) pode estar associada à Epitrocleeite ou Epicondilite medial (tendinose de inserção na epitroclea dos músculos flexores do punho e dos dedos da mão) que se manifesta por dor na região medial do cotovelo, exacerbada pela palpação dos tecidos moles sobre a epitroclea/epicôndilo medial.