

## Parte II - Versão B

---

### PERGUNTA 76

Um homem de 35 anos de idade, de origem africana, vem ao consultório médico por diminuição da força, de forma simétrica, dos membros inferiores, desde há dois dias. Os reflexos tendinosos profundos estão hipoativos e o sinal de Babinski está ausente. O exame da sensibilidade não revela alterações.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Botulismo.
- B. Esclerose múltipla.
- C. Hipocaliemia.
- D. Perturbação conversiva.
- E. Síndrome de Guillain-Barré.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** A instalação aguda de paraparésia simétrica com hiporreflexia, sem sinais de primeiro neurónio coloca como principal hipótese uma polineuropatia motora de instalação aguda, sendo que o Síndrome de Guillain-Barré é o mais provável.

*Restantes alíneas:*

*A - O botulismo causa uma neuropatia periférica com envolvimento descendente progressivo, e as suas manifestações iniciam-se por neuropatias cranianas múltiplas, e só depois envolvimento progressivo dos membros de forma descendente (ao contrário do Síndrome de Guillain-Barré).*

*B - A hiporreflexia e Babinski ausente são sinais a favor de neuropatia periférica, e não de lesão do sistema nervoso central.*

*C - Embora a hipocaliémia possa causar paralisia muscular periódica, esta é uma entidade crónica com episódios normalmente transitórios e associados ao esforço, e frequentemente há um predomínio de afeção muscular proximal.*

*D - É sempre um diagnóstico de exclusão.*

---

## PERGUNTA 77

Uma mulher de 37 anos de idade vem ao consultório médico por indicação do seu dentista. Ela refere que nos últimos dois anos teve de fazer vários preenchimentos cavitários porque mastiga continuamente cubos de gelo e os preenchimentos dentários fraturam e caem. Tem tido dificuldades no emprego porque alguns dos seus colaboradores consideram o hábito de mastigar gelo disruptivo. Vive sozinha e por isso ninguém é incomodado em casa. A doente nega outros sintomas exceto fadiga moderada. A doente está preocupada com este comportamento devido ao custo e desconforto dos cuidados dentários, bem como pela resposta negativa que tem no trabalho. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência cardíaca 92/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 122/80 mm Hg. Tem 163 cm de altura e pesa 74 kg; IMC 28 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico não revela alterações patológicas exceto obesidade moderada.

Qual dos seguintes testes mais provavelmente confirmará o diagnóstico?

- A. Concentração sérica de creatinina.
- B. Concentração sérica de ferritina.
- C. Concentração sérica de glucose em jejum.
- D. Eletroforese de hemoglobina.
- E. Níveis séricos de enzimas hepáticas.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Hematologia

**Validação da afirmação correcta:** Doente com quadro clínico característico de 'pica' mas para gelo (compulsão para consumo de terra, morder madeira ou gelo). Este quadro é característico de doentes com défices graves de ferro, pelo que se recomenda a determinação da concentração sérica de ferritina.

Restantes alíneas:

A - Quadro não sugestivo de insuficiência renal. Não provoca quadro de compulsão para gelo.

C - Quadro não sugestivo de alterações do metabolismo da glucose. Não provoca quadro de compulsão para gelo.

D - Quadro não sugestivo de hemoglobinopatia congénita. Não provoca quadro de compulsão para gelo.

E - Quadro não sugestivo de quadro citolítico hepático. Não provoca quadro de compulsão para gelo.

---

## PERGUNTA 78

Uma mulher de 78 anos de idade é internada no hospital por incapacidade de cuidar de si própria devido a início recente de fraqueza e dificuldade respiratória. É sua doente desde há 10 anos e tem diabetes *mellitus* tipo 2 há 5 anos. Teve um período de nove meses de depressão, na sequência do falecimento do marido há sete anos. No questionário complementar, a doente refere sensação de formigueiro ou picada em ambas as pernas. Os sinais vitais são frequência cardíaca 96/min e pressão arterial 110/68 mm Hg. Ao exame físico a doente apresenta ausência de múltiplos dentes e a metade anterior da língua está lisa e avermelhada. Observa-se palidez da pele. Os exames cardíaco e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen é obeso. O exame retal é normal e a pesquisa de sangue oculto nas fezes é negativa. Os resultados dos exames iniciais são:

### Soro

Folato	6,5 ng/mL (N = 1,9-9,0)
Vitamina B12	50 pg/mL (N = 100-700)
Ferro	50 µg/dL (N = 50-170)
Capacidade de ligação ao ferro	250 µg/dL (N = 200-300)

### Sangue

Hematócrito	22%
Hemoglobina	7 g/dL
VGM	115 µm <sup>3</sup>
CHCM	36 g/dL

### Análise urina

Normal

Qual das seguintes alternativas melhor descreve as alterações eritrocitárias no esfregaço de sangue periférico?

- A. Forma de alvo.
- B. Forma de crescente com extremidades pontiagudas.
- C. Forma elíptica, oval ou em forma de charuto.
- D. Macro-ovalócitos.
- E. Projeções tipo esporão ou espinho na superfície.

**Proposta Academia: D**

**Chave oficial: D**

Área de conhecimento: Hematologia

**Validação da afirmação correcta:** Quadro sugestivo de anemia megaloblástica, do ponto de vista clínico e analítico. Alteração característica no esfregaço são os macro-ovalócitos para além dos neutrófilos hipersegmentados.

*Restantes alíneas:*

*A - Não características de anemia megaloblástica, mas sim de ferropenia ou hemoglobinopatias talassémicas.*

*B - Sugestivo de drepanocitose e não de megaloblastose.*

*C - Formas pouco específicas mas sugestivas de membranopatias.*

*E - Forma pouco específica, provavelmente associada a microangiopatias.*

---

## PERGUNTA 79

Uma mulher de 45 anos de idade vem à sua unidade de saúde familiar, para consulta não programada, por prurido vulvar intenso e corrimento vaginal desde há três dias. Há cerca de uma semana foi medicada com fosfomicina por cistite. Refere quatro episódios de prurido vulvar, de características similares, no último ano. Ela tem vida sexual ativa. Tem antecedentes de obesidade e síndrome depressiva. Teve menarca aos 13 anos de idade. Apresenta ciclos regulares de 29 dias, menstruações de 5 dias; 2 gesta, 2 para, partos eutócicos. Faz contraceção com estroprogestativo oral desde a coitarca aos 21 anos. A data da última menstruação foi há 10 dias. Ao longo da vida teve um único parceiro sexual, que é saudável e não apresenta queixas. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 75/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 110/60 mm Hg. Ela tem 158 cm de altura e pesa 75 kg; IMC

30 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame ginecológico observa-se edema e eritema vulvar. Ao exame com espéculo apresenta eritema vaginal e corrimento branco, espesso, grumoso, aderente às paredes vaginais, sem cheiro. Toque vaginal não efetuado por desconforto intenso. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Qual das seguintes recomendações é a mais adequada para o parceiro sexual desta mulher?

- A. Mediar com fluconazol oral.
- B. Mediar com metronidazol oral.
- C. Pesquisar *Chlamydia* no exsudado uretral.
- D. Solicitar exame microbiológico de urina.
- E. Não necessita de medicação ou estudo adicional.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** O caso clínico representa um caso de candidíase vulvovaginal. É uma infeção fúngica, cujos fatores predisponentes incluem a utilização de antibióticos (no caso clínico a doente esteve medicada com fosfomicina). O sintoma mais frequentemente referido é o prurido, podendo ainda apresentar dispareunia, disúria e ardência vulvovaginal. Ao exame objetivo: eritema e edema vulvar, corrimento vaginal branco, grumoso, tipo requieijão, aderente. Tendo em conta que esta infeção não apresenta transmissão sexual, o tratamento do parceiro não está recomendado.

---

## PERGUNTA 80

Uma lactente de 7 meses de idade, previamente saudável, habitualmente aos cuidados de uma ama, é trazida ao serviço de urgência pela mãe por ter sido notada, quatro dias antes, uma tumefação parietal esquerda de agravamento progressivo. A mãe nega quedas ou traumatismos recentes. Não tem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Ao exame físico não apresenta alterações com exceção da tumefação parietal descrita pela mãe, de consistência ligeiramente endurecida e com limites bem definidos. A fundoscopia não revela alterações patológicas. Foi realizada TC cerebral que revelou fratura parietal alinhada, sem alterações parenquimatosas cerebrais ou evidência de

hemorragia. Foi avaliada por neurocirurgia que registou: «Sem indicação para intervenção»

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

- A. Dar alta e reavaliar em consulta.
- B. Pedir doseamento de vitamina D, PTH, cálcio e fósforo.
- C. Pedir hemograma e estudo da coagulação.
- D. Pedir radiografia do esqueleto.
- E. Pedir RM cerebral.

**Proposta Academia: D**

**Chave oficial: D**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** A presença de uma fratura parietal, numa lactente, sem história referida compatível com esta situação, deve fazer evocar a possibilidade de maus-tratos (quer seja decorrente de negligência, quer por trauma direto). Esta é uma das fraturas mais frequentes, quer no caso de situações não intencionais, quer intencionais. O facto de não apresentar alterações à fundoscopia não exclui a possibilidade de abuso. Os estudos laboratoriais que são referidos nas alíneas não irão fornecer, nesta fase, nenhum acréscimo à situação clínica (não temos para já história de múltiplas fraturas, nem temos indícios de discrasia sanguínea). Da mesma forma, a RM cerebral não acrescenta nesta situação nenhuma informação. A radiografia do esqueleto, conforme citado na bibliografia, está indicada na suspeita de abuso em crianças abaixo dos 2 anos de idade, com o intuito de excluir a presença de fraturas ocultas ou passadas – pelo que é nesta ótica que se considera que, não existindo uma história justificativa para a lesão da lactente, e tendo existido um desfaseamento temporal na procura de cuidados médicos de 4 dias relativamente à deteção inicial da alteração, a suspeita de abuso deve ser evocada, não devendo ser dada alta previamente à sua realização. A reavaliação posterior em consulta estará indicada, para seguimento da situação e controlo de fratura evolutiva.

---

## PERGUNTA 81

Uma mulher de 55 anos de idade vem ao consultório médico por sensação de «bola na vagina» e perda urinária quando tosse desde há seis meses, com

agravamento no último mês, prejudicando o seu bem-estar. Tem antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica desde há nove anos. Fuma desde os 18 anos de idade (64 UMA) e cessou há cinco anos. Ela está medicada com brometo de ipratrópio. Teve menarca aos 12 anos; gesta 2, para 2; 1 parto eutócico e 1 parto com fórceps complicado por laceração perineal com correção cirúrgica sob anestesia geral. Refere ter tido a menopausa aos 51 anos e nega ter realizado terapêutica hormonal de substituição. Atualmente sem atividade sexual. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 78/min, frequência respiratória 14/min e pressão arterial 134/77 mmHg. Ela tem 166 cm de altura e pesa 86 kg; IMC 31 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico revela perda de urina quando tosse. Ao exame ginecológico constata-se atrofia genital, cistocelo 1 cm acima do hímen, sem outras alterações. O *tip test* é positivo.

Qual dos seguintes mecanismos melhor explica a incontinência urinária desta doente?

- A. Defeito neurológico.
- B. Fístula vesicovaginal.
- C. Fragilidade do ligamento útero-sagrado.
- D. Hiper mobilidade da uretra.
- E. Hipersensibilidade do músculo detrusor.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** A paciente tem clínica típica de Incontinência Urinária de Esforço (IUE) – perda de urina com o esforço, nomeadamente com manobras de Valsalva. A paciente tem dois dos principais fatores de risco para IUE – paridade (e com um parto instrumentado por fórceps com laceração do períneo) e obesidade. Todas as condições associadas a tosse (nomeadamente DPOC) fazem com que a IUE tenha maior impacto na vida das pacientes. A IUE está muito relacionada com a laxidez do pavimento pélvico, daí a relação frequente com prolapsos dos órgãos pélvicos. Uma das principais causas de IUE é a hiper mobilidade da uretra. Um dos testes utilizados para avaliar a presença ou ausência de hiper mobilidade uretral é o *tip test*, que quando positivo é sugestivo da presença da mesma.

*Restantes alíneas:*

*Os defeitos neurológicos, fístulas vesicovaginais, alterações do detrusor estão associados a outros tipos de Incontinência Urinária que não a IUE. A fragilidade*

*dos ligamentos uterossagrados pode estar associado a prolapso do compartimento apical (útero - histerocelo), não incontinência urinária nem cistocelo.*

---

## PERGUNTA 82

Uma mulher de 60 anos de idade é trazida ao consultório médico pelo marido e pela filha que estão preocupados com as acusações constantes, ao longo dos últimos seis meses, de que o marido lhe tem sido infiel. Na recolha da anamnese não se encontram argumentos que sustentem estas acusações, sendo o marido uma pessoa preocupada com a esposa e carinhosa. A doente não aceita qualquer argumentação por parte do marido, filha ou médico assistente, relativamente às acusações que faz ao marido. A filha concorda com as afirmações do pai. A doente não exprime outras crenças ou experiências fora do habitual. Afirma não ter problemas e funcionar bem com as amigas e colegas de trabalho. O exame físico não evidencia qualquer alteração patológica.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Esquizofrenia, tipo paranoide.
- B. Perturbação afetiva bipolar, episódio maníaco.
- C. Perturbação de personalidade paranoide.
- D. Perturbação delirante.
- E. Perturbação esquizoafetiva.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** O objetivo educacional da pergunta é a correta identificação e o enquadramento deste delírio de ciúme em termos nosológicos. Atendendo que a doente não apresenta o critério A da esquizofrenia (que é sugerido por "a doente não exprime outras crenças ou experiências fora do habitual") e que apesar do delírio mantém o funcionamento psicossocial e não tem comportamentos bizarros (critério C de acordo com a DSM5) ("afirma não ter problemas e funcionar bem com as amigas e colegas de trabalho") o diagnóstico mais provável é o de perturbação delirante.

*Restantes alíneas:*



*A - Sem critério A de esquizofrenia; sem impacto psicossocial; idade de instalação do quadro clínico pouco sugestivo.*

*B - Sem características de um episódio maníaco (elevação de humor, taquipsiquismo, pressão de discurso, atividade delirante mística).*

*C - As desconfianças da doente assumem contornos psicóticos (perde completamente o teste de realidade), pelo que não pode ser atribuído apenas a uma perturbação de personalidade. Ainda para mais é um quadro que se instala de novo aos 60 anos.*

*E - Não existem quaisquer critérios para a perturbação esquizoafetiva (nem sintomas ou períodos psicóticos com o critério A de esquizofrenia, nem histórico de episódios do humor - depressivo ou maníacos).*

---

### **PERGUNTA 83**

Uma mulher de 42 anos de idade é trazida ao consultório médico por episódios intermitentes de tonturas durante os últimos três anos, que aumentaram de frequência nos últimos seis meses. Ela refere que os episódios ocorrem aproximadamente uma vez por semana e duram cinco horas. Refere também sensação de preenchimento do ouvido direito seguido de zumbido e perda de audição que surgem imediatamente antes dos episódios de tonturas. Assim que o médico inicia o exame físico, a doente diz-lhe que está a começar a ter mais um episódio de tontura, altura em que se observa nistagmo rotatório horizontal em ambos os olhos.

O exame neurológico é mais provável que demonstre qual dos seguintes achados adicionais durante o episódio de tontura?

- A. Ataxia dos membros.
- B. Hipoestesia facial.
- C. Nistagmo vertical superior.
- D. Paresia facial.
- E. Perda auditiva.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: ORL

**Validação da afirmação correcta:** Quadro clínico sugestivo de doença de Ménière do ouvido direito, todas as restantes hipóteses apontam para eventos centrais, que não se enquadrariam num síndrome vestibular episódico com período intercrise assintomático.

---

## PERGUNTA 84

Um homem de 30 anos de idade, com antecedentes de asma, vem a consulta de medicina geral e familiar para exame periódico de saúde. Está preocupado porque teve um aumento de 11 kg de peso nos últimos dois anos. Além de exacerbações ocasionais da asma, não tem outras queixas. Começou um novo trabalho há três anos que o ocupa bastante e não lhe deixa tempo para atividade física. Costuma comer em restaurantes de *fast-food* pelo menos uma vez por dia e costuma fazer um *snack* antes de se deitar quase todas as noites. Bebe uma ou duas cervejas diariamente. Não fuma. Usa budesonida inalada diariamente e salbutamol inalado nas exacerbações da asma. O doente lembra o médico assistente que a sua mãe morreu aos 42 anos e que tinha níveis elevados de colesterol. Tem uma irmã com 16 anos de idade sem doenças e não tem peso a mais. Os sinais vitais são temperatura axilar 37°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 140/88 mm Hg. Tem 172 cm de altura e pesa 81,5 kg; IMC 29 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico revela diversas pequenas lesões brancas nas pálpebras inferiores e obesidade central. A auscultação pulmonar revela sons respiratórios normais sem sibilos. A auscultação cardíaca não revela alterações patológicas.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

<b>Soro</b>	
ALT	25 U/L
AST	35 U/L
Colesterol	
Total	325 mg/dL
HDL	40 mg/dL
LDL	270 mg/dL
Triglicédeos	75 mg/dL
Creatinina	0,9 mg/dL
Potássio	4,5 mEq/L
Glucose, jejum	115 mg/dL
TSH	0,95 µU/mL

O médico assistente vai informar o doente dos resultados analíticos.

Qual das seguintes é a informação mais adequada a dar ao doente?

- A. A irmã deve verificar os níveis de lípidos de imediato.
- B. A perda de peso pode ser tudo o que precisa para melhorar os níveis dos lípidos.
- C. As alterações lipídicas são devidas a uma doença genética rara.
- D. Deve começar a tomar metformina.
- E. Deve deixar de usar o inalador de budesonida.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Medicina Interna

**Validação da afirmação correcta:** O caso descreve um doente com características sugestivas de hipercolesterolemia familiar (C total e C-LDL elevado em idade jovem com xantelasmas, mãe com morte precoce e colesterol elevado). Por esse motivo a irmã tem indicação para verificação dos níveis de lípidos.

*Restantes alíneas:*

*B - A alteração do estilo de vida é fundamental no controlo da dislipidemia. Contudo, com valores da magnitude dos expostos, a perda de peso e outras alterações do estilo de vida poderão não ser suficientes para resolução da dislipidemia. Neste caso verifica-se ainda alguma "desproporção" entre o grau de obesidade (IMC 29) e o nível de colesterol.*

*C - A Hipercolesterolemia familiar é uma doença genética frequente.*

*D - A metformina não tem qualquer papel no tratamento da hipercolesterolemia familiar.*

*E - A corticoterapia inalatória tem limitados efeitos sistémicos e não pode ser considerada responsável por um quadro clínico semelhante ao apresentado.*

---

## PERGUNTA 85

Uma grávida de 36 anos de idade, com 16 semanas de gestação, é observada numa consulta de vigilância pré-natal. Primigesta. Ela refere «Sinto-me bem exceto algumas tonturas ocasionais, especialmente no duche. Ontem à noite,

depois de jantar, tive de sair do duche rapidamente porque tive a sensação de que iria desmaiar. Também tive a sensação de desmaio numa tarde, enquanto esperava na fila da caixa do supermercado». A grávida refere que as suas fezes são pretas e que está com alguma dificuldade em defecar desde que iniciou suplementação vitamínica pré-natal às oito semanas de gestação. Na história familiar refere que a sua mãe tem hipertensão arterial e que esta teve pré-eclâmpsia na primeira gravidez. Os resultados dos estudos laboratoriais de rotina do primeiro trimestre estavam dentro dos parâmetros de normalidade. A mulher tem 168 cm de altura e pesa 63 kg; IMC 22,3 kg/m<sup>2</sup>. Os sinais vitais são frequência cardíaca 82/min e pressão arterial 96/60 mmHg. A altura uterina é compatível com 16 semanas de gestação.

Qual das seguintes é a causa mais provável das tonturas desta grávida?

- A. Hipertensão transitória.
- B. Hipoglicemia.
- C. Hipotensão ortostática.
- D. Perda oculta de sangue e anemia severa.
- E. Vertigem posicional paroxística benigna.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma primigesta de 26 anos, com 16 semanas. Todos os episódios de tonturas foram em ortostatismo, em particular no banho, o que é expectável com as altas temperaturas. Em meados do 2º trimestre é a altura em que é expectável que a grávida atinja valores tensionais menores. Além disso, há 2 aspetos importantes no enunciado. A paciente tem análises do 1º trimestre normais, o que inclui o hemograma, pelo que a anemia por perdas de sangue nas fezes não é provável. O outro aspeto é que ao exame físico apresenta valores tensionais baixos, o que levanta essa suspeita. A tendência para obstipação crónica é frequente e expectável na grávida. A somar a isso, a suplementação da grávida inclui ferro oral, que aumenta a tendência para a obstipação e pode tornar as fezes negras.

*Restantes alíneas:*

*A - As queixas são típicas de hipotensão, não de hipertensão.*

*B - Os baixos valores tensionais da paciente, e as situações em que os episódios acontecem, nomeadamente no banho, são mais sugestivas de hipotensão.*

D - A paciente tinha análises do 1º trimestre normais, o que inclui hemograma, por isso anemia por perda oculta é improvável.

E - A hipótese mais provável é sem dúvida a hipotensão.

---

## PERGUNTA 86

Um homem de 72 anos de idade recorre ao médico assistente por quadro recorrente de sudorese, palpitações, fraqueza, tonturas e tremores após as refeições. Tem antecedentes de gastrectomia subtotal radical Billroth II laparoscópica por adenocarcinoma gástrico do antro T3N1M0 há 14 meses. Nos antecedentes pessoais destaca-se hipertensão arterial e dislipidemia. Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 66/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 147/85 mmHg; SpO<sub>2</sub> 97% (ar ambiente). Ele tem 172 cm de altura e pesa 74 kg; IMC 25 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico revela uma pequena hérnia incisional, redutível e coercível. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

### Soro

Creatinina	0,9 mg/dL
Glucose	110 mg/dL
AST	37 U/L
ALT	31 U/L
GGT	70 U/L

### Sangue

Hemoglobina	14 g/dL
Leucócitos	9100/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos, segmentados	54%
Linfócitos	26%
Plaquetas	250x10 <sup>9</sup> /L

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

- A. Gastrite alcalina.
- B. Recidiva do adenocarcinoma gástrico.
- C. Síndrome da ansa aferente.
- D. Síndrome da ansa eferente.
- E. Síndrome de *dumping*.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Gastroenterologia

**Validação da afirmação correcta:** Quadro típico de síndrome de *dumping* precoce (30-60 min após ingestão de alimentos). Ocorre em doentes submetidos a gastrectomia parcial como resultado do esvaziamento gástrico precoce; consequentemente, a presença de conteúdo hiperosmolar no jejuno causa translocação de fluídos para o lúmen com consequente reação vagal que se manifesta com taquicardia, sudorese, fraqueza ou tonturas.

*Restantes alíneas:*

*A - Define-se como lesão crónica da mucosa gástrica devido ao refluxo de conteúdo duodenal para o estômago. Manifesta-se como dor epigástrica, pirose, vómitos biliosos e perda ponderal.*

*B - Sintomas não sugestivos de atipia (doente sem náusea, vómitos, anorexia, perda ponderal; analiticamente sem anemia).*

*C - Complicação rara associada à gastrectomia parcial com reconstrução em Billroth II. Pode manifestar-se de forma aguda, no pós-operatório, com dor abdominal e vómitos não biliosos; ou de forma crónica com obstrução parcial (dor, náusea e vómitos biliosos, 30 min após as refeições).*

*D - Associa-se à proliferação bacteriana manifestando-se com má absorção, diarreia, distensão abdominal, flatulência ou perda ponderal.*

---

## PERGUNTA 87

Um homem de 52 anos de idade, escriturário de profissão, vem ao centro de saúde para consulta de vigilância de hipertensão arterial, que frequenta há quatro anos. Está assintomático. Sem outros antecedentes médicos de relevo. É fumador há 20 anos (20 UMA); nega hábitos alcoólicos. Ele está medicado com nebivolol. Pratica exercício físico de forma esporádica. A mãe teve um acidente vascular isquémico aos 63 anos. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 74/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 148/87 mmHg. Ele tem 158 cm de altura e pesa 84 kg; IMC 33,6 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

**Soro**

Creatinina	1,0 mg/dL
Ácido úrico	4,7 mg/dL
Colesterol	110 mg/dL
Total	238 mg/dL
HDL	38 mg/dL
LDL	144 mg/dL
Triglicérides	89 mg/dL

O eletrocardiograma revela ritmo sinusal sem sinais de alterações patológicas. O ecocardiograma revela sinais de hipertrofia ventricular esquerda.

Neste momento, a avaliação do risco cardiovascular identifica um SCORE (global) de 1,9%.

Qual dos seguintes é o objetivo pretendido neste momento?

- A. Manter a prática do exercício físico esporádico.
- B. Manter a pressão arterial < 120/70 mmHg.
- C. Manter colesterol LDL < 115 mg/dL.
- D. Manter colesterol total < 180 mg/dL.
- E. Manter IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Cardiologia

**Validação da afirmação correcta:** Em doentes com risco baixo a moderado, está indicado o controlo da dislipidemia com o alvo de <115 mg/dL (ESC). No caso do doente e tendo em conta o valor de LDL (144mg/dL) devemos iniciar a intervenção com alterações do estilo de vida seguido de medicação se não houver controlo.

*Restantes alíneas:*

*A - Está indicado em todos os doentes a atividade física **regular**, sendo o pilar principal da prevenção CV (diminui todas as causas e a mortalidade CV). Recomenda-se que pratiquem AF aeróbica pelo menos 150 minutos por semana de regime moderado ou 75 minutos por semana de regime intenso ou uma combinação equivalente de ambos.*

*B - Está indicado o controlo tensional com o alvo global de <140/90 mmHg.*

D - O alvo primário no controlo da dislipidemia e na prevenção CV é o Colesterol LDL e não o Colesterol total, não havendo alvo definido para este último.

E - O alvo é o IMC normal, isto é mantido entre 20 e 25 kg/m<sup>2</sup>.

---

## PERGUNTA 88

Um homem de 64 anos de idade é referenciado a consulta hospitalar por aumento recente do perímetro abdominal. O doente tem antecedentes de hipercolesterolemia medicada com sinvastatina. É fumador desde os 24 anos de idade (30 UMA). Os sinais vitais são temperatura 36,5°C, frequência cardíaca 56/min, frequência respiratória 13/min e pressão arterial 125/68 mm Hg. Ao exame físico apresenta-se desnutrido e com telangiectasias faciais. O abdómen apresenta-se globoso e tenso, com sinal de onda ascítica presente. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

<b>Soro</b>		<b>Sangue</b>	
Creatinina	0,8 mg/dL	Hemoglobina	8 g/dL
Glucose	108 mg/dL	VGM	102 fL
Albumina	1,8 g/dL	Leucócitos	7600/mm <sup>3</sup>
Bilirrubina	2 mg/dL	Neutrófilos, segmentados	52%
α-fetoproteína	20 U/L (N < 0,5)	Linfócitos	21%
		Plaquetas	15 x 10 <sup>9</sup> /L
		INR	2,8

Foi realizada endoscopia digestiva alta que revela a presença de varizes esofágicas. A ecografia abdominal revela um nódulo hepático com 2,2 cm de diâmetro no segmento II. A TC toracoabdominopélvica revela fígado com alterações sugestivas de cirrose e um nódulo no segmento II hipervasculares e com *wash-out* em fase portal.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Carcinoma hepatocelular.
- B. Colangiocarcinoma intra-hepático.
- C. Hemangioma hepático.
- D. Hidatidose hepática.
- E. Hiperplasia nodular focal.



**Proposta Academia: A**

**Chave oficial: A**

Área de conhecimento: Gastroenterologia/Cirurgia Geral

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um quadro de ascite, desnutrição, telangiectasias faciais e varizes esofágicas, portanto de cirrose (apoiada pelos exames de imagem) com hipertensão portal. A cirrose (sobretudo associada a VHC, VHB, alcoólica) está presente na grande maioria dos doentes com carcinoma hepatocelular (conversão 2-6% por ano). O quadro clínico apresentado, associado a aumento da alfa-fetoproteína, exclui a presença de causas benignas. Na TC, o hepatocarcinoma é tipicamente hipervascular na fase arterial e hipodenso na fase tardia pelo *wash-out* precoce do contraste, como no caso descrito. A elevação da alfa-fetoproteína apoia o diagnóstico. Assim, a tríade de cirrose, elevação da alfa-fetoproteína e sinais angiográficos típicos de hepatocarcinoma é altamente sugestiva deste diagnóstico.

*Restantes alíneas:*

*B - O colangiocarcinoma intra-hepático é um tumor hepático raro, que se apresenta como uma massa num lobo hepático ou periferia, e que muitas vezes é descoberto incidentalmente.*

*C - Os hemangiomas são as lesões hepáticas sólidas benignas mais comuns, a maioria dos quais são diagnosticados incidentalmente. Na TC, verifica-se captação periférica assimétrica isodensa com os vasos e captação progressiva centrípeta com o tempo. Tratando-se de lesões vasculares congénitas, não se associam a cirrose hepática.*

*D - Os quistos são as lesões hepáticas mais comuns, e podem ter etiologia congénita, traumática, neoplásica ou infecciosa, como é o caso da hidatidose hepática. Os exames de imagem mostrariam uma lesão de parede fina, sem componente sólida e com fluido homogéneo claro, diferentemente do caso descrito. A infeção por *Echinococcus* pode tornar-se sintomática pelo crescimento do(s) quisto(s) e compressão de estruturas adjacentes, ou por ruptura espontânea ou traumática do(s) quisto(s).*

*E - A hiperplasia nodular focal é mais comum em mulheres em idade fértil. Na TC, que pode ser diagnóstica, apresenta-se com cicatriz central típica e captação homogénea hiperdensa na fase arterial e isodensa ou invisível na fase venosa.*

**PERGUNTA 89**

Uma mulher de 27 anos de idade vem ao serviço de urgência por perda hemática genital em quantidade escassa (tipo *spotting*) e dor abdominal. A data da última menstruação foi há sete semanas e meia. Os ciclos menstruais foram sempre regulares. O exame físico revela um útero aumentado de volume, colo uterino fechado e anexo esquerdo aumentado de volume e doloroso à palpação. O estudo analítico revela uma concentração de hemoglobina de 12,4 g/dL e a quantificação sérica da subunidade  $\beta$  da gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -hCG) é 1500 mIU/mL (não grávida  $\leq 10$  mIU/mL).

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

- A. Dosear a progesterona sérica.
- B. Efetuar ecografia pélvica por via transvaginal.
- C. Internar no hospital para dilatação e curetagem.
- D. Internar no hospital para observação.
- E. Programar cirurgia.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** Esta questão sugere um quadro de uma possível gravidez ectópica. Este quadro é sugerido pelo quadro de amenorreia (7 semanas e meia), perda hemática vaginal e dor abdominal. Ao exame físico pode apresentar um útero aumentado de tamanho, por vezes doloroso à palpação, podendo haver mesmo uma tumefação anexial. Os exames complementares de diagnóstico mais relevantes são o doseamento de betaHCG (no caso 1500) e a realização de ecografia transvaginal. Geralmente a ecografia transvaginal deteta gravidezes de 4-5 semanas de gestação, que correspondem a beta HCG 1000-2000 mIU/mL (como no caso clínico). Uma betaHCG sérica de 1500 mIU/mL numa gravidez única é usada como limiar acima do qual é suposto ver um saco gestacional intrauterino e excluir uma gravidez ectópica.

*Restantes alíneas:*

*A - A progesterona sérica é superior numa gravidez viável do que numa gravidez ectópica, no entanto, com os níveis séricos de progesterona não é possível fazer o diagnóstico diferencial entre uma gravidez intrauterina/ectópica.*

*C - A curetagem da cavidade uterina pode auxiliar na exclusão de uma gravidez ectópica, mas só deve ser utilizada se se considerar interromper uma gravidez viável ou intacta.*

*D - Não faz sentido internar para observação sem realizar uma ecografia transvaginal para avaliar a possibilidade de uma gravidez intrauterina.*

*E - O tratamento cirúrgico está preconizado nos casos de gravidez ectópica se instabilidade hemodinâmica, se hemoperitôneo, se atividade cardíaca fetal positiva, se a betaHCG > 5000 IU/L ou se a massa for superior a 3,5 cm.*

---

## PERGUNTA 90

Uma mulher de 65 anos de idade que está internada, desde há três dias, após enfarte agudo da parede anterior do miocárdio com elevação do segmento ST, refere, agora, dor torácica aguda que agrava com a inspiração. Classifica a dor atual com 7 pontos numa escala de 10 pontos e não está certa se a dor é ou não semelhante a episódios prévios de angina. Ela tem antecedentes de hipertensão arterial medicada previamente com hidroclorotiazida. Durante a admissão foi submetida a angiografia coronária com colocação de *stent* nas artérias coronárias descendente anterior esquerda e circunflexa. Desde então está sob tratamento com metoprolol, aspirina, clopidogrel, sinvastatina e enalapril. Os sinais vitais são temperatura 38°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 120/70 mmHg; SpO<sub>2</sub> 95% (ar ambiente). O exame cardíaco revela som S<sub>4</sub> audível, sopro sistólico grau 3/6 e atrito ligeiro audível ao longo do bordo esternal esquerdo. Realiza raio-X do tórax que revela atelectasia basal bilateral. O eletrocardiograma revela ondas Q nas derivações V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, elevação de 1 mm do segmento ST em todas as derivações e depressão de 1 mm no segmento PR nas derivações I, II e III.

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

- A. Determinar a concentração sérica de enzimas cardíacas.
- B. Realizar ecocardiograma.
- C. Repetir a angiografia coronária.
- D. Solicitar RM cardíaca.
- E. Solicitar TC cardíaca.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Cardiologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente apresenta um quadro sugestivo de pericardite pós-enfarte. No período pós-EAM, a dor torácica pode surgir essencialmente por dois grandes motivos: angina pós-EAM, o que pode traduzir alguma complicação relacionada com o stent implantado e/ou a placa instável não tratada, ou pericardite pós-EAM, presente quando a inflamação da necrose miocárdica se estende ao pericárdio. Neste caso, a dor apresenta características pleuríticas (agravamento com a inspiração), pelo que não pode traduzir um quadro anginoso. Este diagnóstico é também apoiado pela presença de febre e é quase confirmado pelo atrito pericárdico, um achado muito pouco sensível mas altamente específico para pericardite. O ECG revela ondas Q em V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>, típicas de uma evolução de um enfarte anterior que comprometa miocárdio suficiente, e supra ST difuso com infra PR em algumas derivações, confirmando também o diagnóstico. No caso de uma pericardite, é boa prática confirmar se esta não é exsudativa e não evolui com derrame pericárdico, que poderia complicar o seu curso se evoluísse para tamponamento cardíaco. O tratamento passaria por anti-inflamatórios não esteróides, tal como uma convencional pericardite viral.

*Restantes alíneas:*

*A - Tendo em conta a especificidade do caso, não há motivo para suspeitar de novo síndrome coronário agudo, pelo que as enzimas cardíacas não têm justificação.*

*C - Estaria indicada se a suspeita fosse de angina pós-EAM, em que uma complicação relacionada com o stent recém-implantado é muito provável, mas só deveria ser feita após avaliação mais atenta do caso e exclusão de outras hipóteses.*

*D - Tem utilidade em ambulatório no esclarecimento de várias patologias, mas nenhuma na avaliação aguda de uma dor torácica.*

*E - Tendo em conta que não se suspeita de nenhuma outra etiologia de dor torácica também não tem indicação.*

---

## PERGUNTA 91

Uma mulher de 22 anos de idade vem ao consultório médico por disúria, polaquiúria e urgência na micção, nos últimos dois dias. Ela diz que «Os sintomas são os mesmos quando tive cistite há quatro meses». Para aquela infeção, prescreveram-lhe trimetoprim-sulfametoxazole para três dias de

tratamento, que resolveu os sintomas. Ela pensa que tem novamente infeção e diz «Estou preocupada que possa ter algum problema nos rins». Não existe história médica pessoal ou familiar relevante. Ela é solteira e tem duas crianças pequenas. Nunca teve infeção urinária durante a gravidez. O seu último período menstrual foi há duas semanas e ela não fez qualquer tipo de contraceção. Nega leucorreia ou prurido vaginal. É sexualmente ativa, mas de forma intermitente porque o seu parceiro vive noutra cidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Colher urina para urocultura e aguardar resultados.
- B. Dar uma dose oral de ciprofloxacina e azitromicina no consultório médico.
- C. Prescrever antifúngicos, óvulos vaginais.
- D. Prescrever metronidazole, via oral.
- E. Prescrever um esquema de trimetoprim-sulfametoxazole durante três dias.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Infeciologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma mulher jovem, saudável, sem antecedentes de relevo excepto uma cistite não-complicada recente. Nesta situação, e na ausência de achados clínicos ou epidemiológicos relevantes, recomenda-se realização de urocultura para determinação do agente causal, não havendo indicação para exames adicionais, nomeadamente imagem genitourinária. Idealmente, seria feito juntamente com antibioterapia empírica; no entanto, essa opção não existe.

*Restantes alíneas:*

*A clínica da doente não é compatível com cervicite ou vulvovaginite, vaginose bacteriana ou fúngica, pelo que as opções de tratamento B, C e D seriam completamente ineficazes. O cotrimoxazole (opção E) já não é um fármaco de primeira linha recomendado para tratamento empírico de ITU, mesmo com episódio prévio responsivo, podendo ser considerado após urocultura e TSA favorável.*

## PERGUNTA 92

Uma ginasta de 20 anos de idade, de origem asiática, vem ao consultório médico referindo: «Tenho dores nas costas outra vez; é igual à das outras vezes e o ibuprofeno não está a funcionar». O médico assistente tratou-a duas vezes nos últimos quatro meses por queixas semelhantes. Tal como no passado, ela refere que a dor não tem irradiação, não tem fraqueza muscular, diminuição da sensibilidade ou sintomas intestinais ou urinários. O exame físico de hoje é normal exceto para dor ligeira à palpação da região paravertebral lombar inferior. O raio-X da coluna lombossagrada evidencia espondilolistese de L4 sobre L5 (25%). Ela questiona: «O que pode acontecer se eu continuar a fazer ginástica?»

A resposta mais apropriada é que a doente tem risco aumentado de qual dos seguintes?

- A. Estenose do canal vertebral em idade avançada.
- B. Fratura de *stress*.
- C. Herniação discal aguda.
- D. Paraplegia.
- E. Progressão da espondilolistese.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Reumatologia

**Validação da afirmação correcta:** Dentro das hipóteses esta é a mais correta. A doente apresenta uma espondilolistese Grau II Myerding (grau I até 25%, Grau II 25-50, Grau III 50-75; IV 75-100, V espondiloptose). Página 554 Rothman 7ª edição - existe ainda controvérsia ao tipo de atividade desportiva em doentes com espondilolistese de grau II havendo o consenso geral de que devem ser evitados desportos que envolvam posturas hiperlordóticas de forma a evitar recorrência sintomas ou progressão.

*Restantes alíneas:*

*A - Com a evolução pode haver agravamento da instabilidade, agravando a espondilolistese, hipertrofia de facetas articulares, ligamentar e aumentar a protusão discal condicionando um canal estenótico secundário. No entanto pode ou não ocorrer, e não há evidência de que a prática desportiva esteja associada*

a esta evolução. («The slippage may be asymptomatic or may cause low back pain and hamstring tightness, nerve root injury (the L5 root most frequently), symptomatic spinal stenosis, or CES in severe cases (Harrison's 19th ed.)»).

B - Uma fratura de stress pode ser uma possível causa de espondilólise e consequente espondilolistese. Pode eventualmente ter sido o evento inicial que levou à lise da pars articular e consequente espondilolistese. E de facto este mecanismo é comum em desportistas como os ginastas (Rothman 7th ed.).

C - Uma hérnia discal aguda pode ocorrer em eventos traumáticos em qualquer indivíduo, com ou sem espondilolistese. Portanto pode acontecer, mas não há evidência de que seja mais comum em ginastas.

D - Extremamente improvável. Pode haver sintomas radiculares com a progressão da doença mas não paraplegia, muito menos com uma listese a este nível.

---

### PERGUNTA 93

Um homem de 75 anos de idade vem à consulta de medicina geral e familiar por anorexia, degradação do estado geral, perda de peso e dor lombar com dois meses de evolução. Nega outras queixas. Não tem antecedentes médicos de relevo conhecidos. Não toma medicação habitualmente. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência cardíaca 76/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 142/84 mmHg; SpO<sub>2</sub> 98% (ar ambiente). Classifica a dor como 3 pontos numa escala de 10 pontos. Ao exame físico observa-se um homem com idade aparente superior à idade real e emagrecido. Ele tem 170 cm de altura e pesa 62 kg; IMC 21,5 kg/m<sup>2</sup>. Estado funcional ECOG 2. Observam-se mucosas descoradas, mas normalmente hidratadas. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. A palpação do abdómen é indolor e não revela organomegalias. Não tem adenopatias periféricas palpáveis. O toque retal revela próstata globosa, sem nodularidades e sem lesões palpáveis. A palpação da coluna dorsal desperta dor ao nível da apófise espinhosa de L3; sem deformidades aparentes. Sem défices ao exame neurológico.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

<b>Soro</b>		<b>Sangue</b>	
Creatinina	1,0 mg/dL	Hemoglobina	11,2 g/dL
Azoto ureico	46 mg/dL	Leucócitos	8000/mm <sup>3</sup>
Glucose	98 mg/dL	Neutrófilos segmentados	54%
AST	20 U/L	Linfócitos	22%
ALT	24 U/L	Plaquetas	130 x 10 <sup>9</sup> /L
Fosfatase alcalina	86 U/L		
Proteína C reativa	15 mg/dL		
Albumina	3,6 g/dL		
Sódio	136 mEq/L		
Potássio	4,0 mEq/L		
Cloro	101 mEq/L		

O raio-X da coluna lombar revela lesão lítica no corpo de L3. A TC toraco-abdominal e pélvica revela metastização óssea múltipla; sem identificação de lesões suspeitas de neoplasia primária.

Qual dos seguintes fatores no histórico deste doente indicam mais fortemente um mau prognóstico?

- A. Albumina.
- B. Estado funcional.
- C. Hemoglobina.
- D. Intensidade da dor.
- E. Próstata globosa.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Oncologia

**Validação da afirmação correcta:** O Estado funcional (ECOG), o sítio e o número de metástases, a resposta à quimioterapia e os níveis elevados de LDH são considerados factores de prognóstico no carcinoma de primário oculto (Harrison capítulo 88, 20th edition; subcapítulo "Treatment; General Considerations"). Neste caso, o doente apresentava um ECOG 2, ou seja, doente ambulatorio capaz de actividades básicas de autocuidado mas incapaz de trabalhar, o que revela algum grau de impacto no estado funcional.



*Restantes alíneas:*

*A - A albumina encontra-se dentro dos valores normais e não é considerada um factor de prognóstico no carcinoma de primário oculto.*

*C - Apesar de apresentar um valor inferior ao limite da normalidade, não está descrito como tendo um impacto no prognóstico na bibliografia aconselhada.*

*D - Trata-se de uma dor de intensidade ligeira, não estando descrito que possa ter impacto no prognóstico na bibliografia aconselhada.*

*E - Não está descrito como tendo um impacto no prognóstico na bibliografia aconselhada.*

---

## **PERGUNTA 94**

Uma mulher de 25 anos de idade está grávida, com 12 semanas de gestação, e vem a consulta de vigilância pré-natal. É a sua primeira gravidez e parece estar ansiosa e chorosa. O médico assistente questiona: «Parece estar preocupada com alguma coisa hoje. Há alguma coisa sobre o qual queira falar?» Ela diz-lhe que a mãe lhe tinha telefonado na noite anterior e sugeriu-lhe que fizesse estudos pré-natais para hemofilia porque o irmão do falecido pai «sangrava muito» e morreu com 5 anos de idade com complicação hemorrágica após acidente de bicicleta. O médico pede-lhe para contar mais sobre o seu tio. Ela complementa: «Nunca tinha ouvido nada relacionado com isto até ontem à noite; penso que o mantiveram em segredo de mim». Quando o médico lhe pergunta sobre o falecido pai, ela refere que ele estava no exército e que morreu num acidente de helicóptero antes do seu nascimento. Desde então, ela e a mãe tem tido pouco contacto com a família dele.

Qual das seguintes é a melhor resposta a dar à doente?

- A. «Acha que é possível ter acesso a informação clínica do tio que faleceu? Sem mais detalhes médicos será difícil responder-lhe às questões».
- B. «Apesar de achar que não vai ter risco significativo para esta sua gravidez, vou referenciá-la para consulta de alto risco obstétrico que orientará os testes pré-natais necessários» .
- C. «Eu acho que não tem nada com que se preocupar. Há alguns testes que podemos efetuar que nos darão a resposta para esta gravidez».
- D. «Pelo que me contou acerca do seu pai, não penso que o seu filho esteja em risco elevado para hemofilia. Acha que me consegue arranjar mais informação acerca do irmão do seu pai?».

- E. «Porque é que acha que a sua mãe nunca lhe contou nada acerca disto? Penso que está chateada com ela por lhe ter guardado segredo desta informação».

**Proposta Academia: D**

**Chave oficial: D**

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** Hemofilias são doenças recessivas ligadas ao cromossoma X, ou seja, as mulheres podem ser portadoras (raramente doentes, para isso teriam de ter os 2 cromossomas afetados), mas os homens, como só têm 1 cromossoma X, se tiverem o gene, são doentes; se forem saudáveis então é porque não portam o gene. Pela história, nada nos leva a crer que o pai desta grávida tenha sofrido de hemofilia, não há relato de sangramentos frequentes, morreu de uma causa válida para uma pessoa saudável. Sendo assim, não é provável que o pai da grávida sofresse da doença e como tal fosse portador do gene. O ideal seria então ter mais informação da doença do tio (poderia tratar-se de outro problema que não uma hemofilia).

---

## PERGUNTA 95

Um homem de 50 anos de idade vem ao serviço de urgência por vómitos «tipo borras de café» desde há duas horas. Sem outros antecedentes patológicos relevantes exceto história pessoal de úlcera duodenal. Após colocação de sonda nasogástrica, verificou-se a presença de sangue escuro.

Qual das seguintes alternativas é o facto mais determinante na decisão de uma operação cirúrgica urgente neste caso?

- A. Antecedentes de hemorragia digestiva.
- B. Causa da hemorragia.
- C. Hematócrito inicial.
- D. Resposta inicial à fluidoterapia.
- E. Volume e débito da hemorragia.

**Proposta Academia: E**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Gastroenterologia/Cirurgia Geral

**Validação da afirmação correcta:** Se considerarmos que o volume e débito da hemorragia referem-se ao que foi observado após a colocação de sonda nasogástrica, mesmo que seja significativo, se o doente estiver hemodinamicamente estável não é por si só indicação para cirurgia urgente. Se se considerar hemorragia observada (por exemplo num exame endoscópico ou angiográfico, de grande volume e não controlável por outros meios, poderá traduzir a principal indicação para operação cirúrgica urgente.

*Restantes alíneas:*

*A - A história pessoal de hemorragia, apesar de poder indicar a etiologia possível do episódio atual não é indicativo da necessidade de cirurgia urgente.*

*B - A causa de hemorragia neste caso não é conhecida. Apesar da história indicar uma possível hemorragia por úlcera duodenal, não se podem excluir outras causas como por exemplo lesão de Dieulafoy ou neoplasia. A causa nesta situação não é o fator determinante da necessidade de cirurgia.*

*C - O valor do hematócrito inicial, mesmo em situações de hemorragia digestiva significativa, por hemoconcentração, pode ser normal.*

*D - A presença de instabilidade hemodinâmica, persistente ou agravada apesar da fluidoterapia, pode ser sinal de mau prognóstico e indicar hemorragia significativa com necessidade de transfusão urgente. Os principais scores de prognóstico após hemorragia (Blatchford e Rockall) têm em conta, entre outros, os parâmetros hemodinâmicos do doente.*

---

## PERGUNTA 96

Uma mulher de 69 anos de idade, viúva, vem ao centro de saúde para consulta com o seu médico assistente, mostrando-se preocupada por se sentir «baralhada» e, por vezes, com dificuldade em encontrar as palavras. Ela diz «esqueço-me das palavras, parece que está aqui debaixo da língua e depois enrola-se e já não sai». Refere que estas dificuldades são pouco frequentes e considera-as pouco graves. No entanto, têm tido um agravamento progressivo no último ano, após a morte do marido, motivando a consulta. Refere também tristeza e menos vontade de sair com a família e amigos, assim como ansiedade, desde a morte do marido. Não se apuram outros sintomas. Tem antecedentes pessoais de dislipidemia, diabetes *mellitus* insulino dependente e hipertensão arterial. Está medicada com rosuvastatina, ramipril e insulina. Os sinais vitais

são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 80/min e pressão arterial 180/110 mmHg. Ao exame físico a mulher apresenta discurso globalmente fluente, embora ocasionalmente com pausas anômicas.

Os exames, pedidos por outro médico, realizados um mês antes, revelam:

### **Soro**

Doseamento sérico da serotonina - muito baixo.

Doseamento sérico da noradrenalina - muito baixo.

Lítio sérico - indetetável.

### **Genoma**

Genotipagem ApoE  $\epsilon 3/\epsilon 4$ .

Apresenta mutação do gene MAPtau.

Sem mutações do gene da granulina (GRN).

A RM crânioencefálica revela atrofia temporal assimétrica e lesões extensas da substância branca, confluentes.

Das seguintes alternativas qual melhor explica as dificuldades de linguagem?

- A. Défice de lítio.
- B. Degeneração lobar frontotemporal.
- C. Demência vascular.
- D. Doença de Alzheimer.
- E. Episódio depressivo.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um quadro clínico de uma doente de 69 anos que recorre aos serviços médicos com queixas de "confusão mental" (sintoma pouco específico e muito pouco explorado na vinheta) e défices de linguagem concretamente objetiváveis "discurso globalmente fluente mas ocasionalmente com pausas anômicas" (mais concretamente parece ter uma afasia de expressão, e um discurso logopénico com perda de capital semântico) e com um agravamento progressivo (que sugere fortemente uma etiologia neurodegenerativa, em detrimento de uma etiologia vascular ou traumática, por exemplo). Depois, existem vivências depressivas e de ansiedade, e isolamento social, que surgem no contexto do falecimento do marido. O que se deve valorizar mais neste caso clínico são as queixas de linguagem (não só porque são o motivo de ida à consulta e queixa principal, mas também porque denunciam um quadro clínico potencialmente mais grave/

incapacitante). Em termos de estudo complementar, ter sido pedido lítio sérico pode sugerir que a doente estaria medicada com lítio (e nesse caso poderia tratar-se de uma doente com perturbação afetiva bipolar), embora os níveis indetetáveis sugiram má adesão à terapêutica. Os neurotransmissores séricos no soro não são realizados por rotina na prática clínica, já que têm pouca correlação com os níveis de neurotransmissores no cérebro ou no LCR. Nenhuma destas informações é particularmente útil na resolução do caso clínico. O estudo genético revela maior utilidade neste caso. A mutação do gene MAPtau tem sido associada ao desenvolvimento de demência frontotemporal. Relativamente à genotipagem do ApoE, sabemos que os polimorfismos do gene da apolipoproteína E têm sido implicados na doença de Alzheimer. A doente é uma heterozigota (E3/E4) o que significa que não tem o alelo "protetor" E2, e tem um alelo potencialmente deletério "E4". A RMN cerebral é um exame importante nesta situação, pois demonstra inequivocamente alterações cerebrais compatíveis com uma perturbação neurodegenerativa (demência). A atrofia temporal assimétrica é de pressupor que seja mais pronunciada no hemisfério esquerdo (mas não existe informação). Ainda assim, parece-me que, pela descrição simplista do relatório de RMN cerebral, não é possível assumir uma etiologia em detrimento da outra.

Face à clínica de alterações de linguagem (afasia de expressão e discurso anómico) com agravamento progressivo, o estudo genético (mutação genética MAPtau) e achados na RMN cerebral sugestivos, o diagnóstico mais provável é o de demência frontotemporal (subtipo de afasia progressiva primária - variante fluente).

#### *Restantes alíneas:*

*A - O défice de lítio numa doente habitualmente a realizar tratamento de manutenção com lítio podia justificar um agravamento depressivo ou maníaco do quadro, mas não um quadro clínico deste género. A intoxicação de lítio podia cursar também com atingimento neurológico.*

*C - Embora a doente tenha fatores de risco cardiovasculares (HTA, dislipidemia, diabetes) e assim um aumento de risco de desenvolvimento de demência vascular, a clínica e evolução do quadro não são sugestivos de uma demência vascular.*

*D - O problema é que a hipótese de uma demência de Alzheimer também não pode ser excluída (embora seja menos provável). É certo que não parece existir um quadro típico de queixas mnésicas, que é comum no início da doença. O facto de não existir um declínio gradual na memória e aprendizagem documentados torna difícil defender este diagnóstico. Ainda assim, alguns doentes apresentam alterações de linguagem numa fase mais precoce da doença com dificuldades de nomeação, como é referido aliás na bibliografia recomendada (Leia-se no Oxford: "Language is usually affected early on, with*

*difficulty in finding words or naming objects, and impairments in the ability to construct fluent and informative sentences"). Por fim, embora seja um nível mais avançado que o pretendido no exame, pode ainda ser defendida uma doença de Alzheimer com uma variante logopénica (afasia logopénica) que é uma variante da afasia progressiva primária que os últimos estudos têm mostrado que tem mais semelhanças com a demência de Alzheimer do que com a demência frontotemporal.*

*E - Embora a doente possa e até pareça ter um episódio depressivo no último ano (após o falecimento do marido), este episódio não explica de forma alguma as alterações da linguagem.*

---

### PERGUNTA 97

Uma mulher de 25 anos de idade vem ao consultório médico por apresentar episódios de visão dupla intermitente, com três meses de evolução. Descreve as imagens visuais como horizontais e verticais e por vezes tem queda das pálpebras. Os sintomas tipicamente ocorrem quando a doente trabalha várias horas no computador. Ela refere que os sintomas resolvem após 30 minutos de repouso. Durante os últimos dois meses teve também vários episódios de disfagia ao comer. Tem antecedentes de doença de Graves tratada com iodo radioativo com sucesso há dois anos. Ela está medicada com levotiroxina e contraceptivo oral. Os sinais vitais são 37°C, frequência cardíaca 70/min e regular, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 120/70 mm Hg. A acuidade visual é normal. A avaliação dos campos visuais e exame do fundo ocular não apresentam alterações. Os movimentos oculares estão mantidos, mas o movimento prolongado para cima causa ptose ligeira bilateralmente. Outros nervos cranianos sem alterações. Força muscular 5/5 nos membros. Reflexos tendinosos profundos 2+ em todos os membros. Sinal de Babinski ausente. Sensibilidade preservada.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Glioma do tronco cerebral.
- B. Meningioma do seio cavernoso.
- C. Miastenia *gravis*.
- D. Oftalmopatia de Graves.
- E. Paralisia periódica.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento:Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente apresenta quadro flutuante e fatigável de diplopia e ptose palpebral. A fatigabilidade coloca como hipótese principal doença da transmissão neuromuscular, sendo que a Miastenia *gravis* é a mais frequente.

*Restantes alíneas:*

*A - Um tumor do tronco cerebral causaria diplopia e ptose constante, não fatigável.*

*B - Um tumor do seio cavernoso pode causar lesão de pares cranianos, porém de forma progressiva e constante, pela compressão destes nervos.*

*D - A oftalmopatia da doença de Graves acompanha-se frequentemente de proptose ocular e edema palpebral por alteração dos tecidos moles perioculares e por espessamento dos músculos extraoculares, que esta doente não apresenta.*

*E - As paralisias periódicas frequentemente associam-se a desregulações da homeostase do potássio e caracterizam-se por episódios periódicos de fraqueza muscular que normalmente afecta os membros de uma forma proximal. Os músculos cranianos são normalmente poupados.*

---

## PERGUNTA 98

Uma menina de 3 anos de idade é trazida ao consultório médico por dificuldades em dormir. Tinha sido seguida nesta consulta até aos 2 meses de idade, altura em que mudou de local de residência. A criança e a sua mãe regressaram a esta comunidade recentemente e têm estado a viver com os avós maternos. A mãe refere: «Desde que voltámos ela tem tido problemas horríveis em dormir. Ela adormece com facilidade, mas depois começa a chorar e a gritar durante o sono. Já tentei tudo para a confortar e acalmar, mas continua a gritar com olhar assustado. Geralmente tem os olhos abertos e, quando tento pegar-lhe ao colo, arqueia o corpo e grita ainda mais alto. Não sei o que fazer».

Qual das seguintes alternativas é mais consistente com os sinais e sintomas descritos?

A. Ansiedade de separação.

- B. Distúrbio conversivo.
- C. Maus-tratos.
- D. Pesadelos.
- E. Terores noturnos.

**Proposta Academia: E**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** O presente caso corresponde a uma parassónia, sendo uma perturbação do despertar do sono não-REM. Dentro destas perturbações, os terrores noturnos correspondem a episódios recorrentes de despertares abruptos por terrores durante o sono, geralmente iniciados por um grito de pânico. A característica distintiva destes (nomeadamente em diagnóstico diferencial com pesadelos) é a não responsividade aos esforços dos outros para confortar o indivíduo durante os episódios – algo notório no presente caso. Ocorre ainda sobreativação simpática, com midríase, taquicardia, taquipneia e sudção. Por vezes, pode ocorrer compulsão de fuga. Estes episódios costumam iniciar e terminar na infância e ocorrem durante a fase 3 e 4 do sono não-REM, pouco tempo após a criança adormecer. Após alguns minutos a criança acalma e volta ao sono normal, com amnésia para o ocorrido na manhã seguinte.

*Restantes alíneas:*

*A - Ansiedade de Separação pertence ao espectro das perturbações de Ansiedade e a sua característica mais distinta é o medo persistente da figura mais próxima se magoar, fugir, entre outros ou do próprio se perder, ser raptado, etc. A criança geralmente evita situações em que se tem de separar da figura mais próxima, evitando ir à escola, não querer dormir sozinho, entre outros sintomas. Dado que no presente caso não são apresentados quaisquer outros sintomas, parece ser pouco provável.*

*B - O distúrbio conversivo ou perturbação de sinais/sintomas neurológicos funcionais não ocorre durante o sono, ao contrário do que se passa com este caso.*

*C - O caso é característico de terrores noturnos, não existindo dados que remetam o médico a pensar em maus tratos ou abuso apenas com base na presente descrição.*



*D - Os pesadelos (imagens oníricas vívidas do tipo história) ocorrem na fase de sono REM e ocorrem geralmente no final da noite/mais próximo da hora de despertar (ao contrário do presente caso que ocorre logo após a criança adormecer). Geralmente ocorre despertar após o pesadelo, ficando a criança rapidamente consciente e orientada, tendo tendência a querer chamar os pais para obter segurança, o que não se passa no presente caso. Tendem a ser bem recordados.*

---

## PERGUNTA 99

Uma mulher de 43 anos de idade vem ao consultório médico por ganho ponderal moderado, artralguas das grandes articulações e câibras musculares. O exame físico revela hipertensão diastólica moderada, bradicardia e aumento de volume bilateral da glândula tiroideia. A concentração da tiroxina sérica (T4) está diminuída, a hormona estimulante da tiroide (TSH) está aumentada e o título de anticorpo antitiroideu microssomal (peroxidase) está aumentado.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Hipertiroidismo iatrogénico.
- B. Hipotiroidismo secundário.
- C. Tireotoxicose (doença de Graves).
- D. Tireotoxicose apática.
- E. Tiroidite linfocítica crónica (doença de Hashimoto).

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Endocrinologia

**Validação da afirmação correcta:** O quadro clínico é sugestivo de hipotiroidismo, as análises confirmam (TSH elevada e T4 baixa) e a presença de anti-peroxidase positivo torna certa como etiologia a tiroidite de hashimoto.

*Restantes alíneas:*

*A - TSH elevada e T4 baixa exclui hipertiroidismo.*

*B - TSH elevada e T4 baixa é típico de hipotiroidismo primário (não secundário).*

*C - TSH elevada e T4 baixa exclui hipertiroidismo.*

*D - TSH elevada e T4 baixa exclui hipertiroidismo.*

---

## PERGUNTA 100

Uma mulher de 43 anos de idade, casada, regressa ao consultório médico duas semanas após uma mamografia de rastreio. O exame revelou uma área de densidade tecidual com microcalcificações, com 3,5 cm nos quadrantes externos da mama esquerda. Menarca aos 12 anos, quatro gravidezes prévias e três filhos. Os ciclos menstruais são regulares. A avó materna teve cancro da mama aos 63 anos, encontrando-se viva e bem de saúde. Não fuma nem bebe bebidas alcoólicas e não faz contraceção. Bom estado geral. Ao exame físico nota-se uma zona endurecida, com edema e retração cutânea, com aproximadamente 5 cm x 6 cm na mama esquerda. Na axila esquerda, detetam-se três adenomegalias, medindo entre 1 cm e 1,5 cm.

Qual dos seguintes é o passo inicial mais adequado?

- A. Biópsia ganglionar axilar.
- B. Biópsia por agulha grossa da massa mamária.
- C. Cefuroxima oral.
- D. Ecografia mamária.
- E. Mastectomia radical modificada.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma doente com tumefação da mama detetada em mamografia associada a edema e retração cutânea. Estes achados apontam para a presença de uma eventual neoplasia que importa biopsar para um diagnóstico definitivo. A presença de adenopatias poderá traduzir um eventual compromisso ganglionar.

*Restantes alíneas:*

*A - Doente com adenopatias palpáveis que poderão traduzir eventual compromisso ganglionar por neoplasia. Contudo, não existe diagnóstico histológico estabelecido, pelo que em primeiro lugar a massa deverá ser biopsada.*

*C - Doente com edema da mama que traduz sinais inflamatórios. No entanto, perante a presença de massa mamária, adenopatias e retração cutânea, a causa para este achado deverá ser a de neoplasia inflamatória, Por conseguinte, a antibioterapia não terá importância diagnóstica ou terapêutica.*

*D - A ecografia mamária não acrescenta acuidade diagnóstica ou um acréscimo aos achados clínicos e radiológicos apresentados nesta vinheta.*

*E - Doente sem diagnóstico estabelecido, pelo que ainda não se podem adotar medidas terapêuticas.*

---

## **PERGUNTA 101**

Um homem de 48 anos de idade vem ao consultório médico por tosse seca persistente com quatro meses de evolução. Os antecedentes médicos incluem obesidade e dislipidemia. Ele está medicado com rosuvastatina. A tosse não tem aparentes fatores de agravamento ou alívio. Sem dispneia associada. Sem rinorreia. O doente refere ter ardor retroesternal há vários anos, que aparece sobretudo após algumas refeições e na posição de deitado. Refere notar rouquidão cada vez mais persistente. O doente é arquiteto de profissão e trabalha em gabinete fechado, com ar condicionado sujeito a manutenção periódica. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 123/81 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 99% (ar ambiente). O doente tem 171 cm de altura e pesa 91 kg; IMC 31,1 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico o doente aparenta bom estado geral; sem sinais de dificuldade respiratória aparentes. Não apresenta turgescência venosa jugular a 90°. As auscultações cardíaca e pulmonar estão dentro dos parâmetros de normalidade. O abdómen apresenta-se globoso não permitindo avaliar eventuais organomegalias. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. O raio-x de tórax não apresenta alterações patológicas.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Asma.
- B. Bronquite crónica eosinofílica.
- C. Doença do refluxo gastroesofágico.
- D. Iatrogenia medicamentosa.

E. Neoplasia pulmonar.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Pneumologia

**Validação da afirmação correcta:** Perante um quadro de tosse crónica (>8 semanas) com raio-X normal, há 4 patologias a considerar como mais prováveis: drenagem pós-nasal, iECAs, asma e doença do refluxo gastroesofágico. A clínica de ardor retroesternal, há vários anos, que aparece sobretudo após as refeições e na posição de deitado e rouquidão cada vez mais persistente é sugestivo de DRGE.

*Restantes alíneas:*

*A - Menos provável, uma vez que tosse isolada é pouco comum em adultos com asma.*

*B - Não há mais nenhum fator a favor deste diagnóstico (hiperreatividade brônquica, eosinofilia na expetoração,...).*

*D - Não existe referência a toma de iECAs.*

*E - A radiografia de tórax é normal, o que torna este diagnóstico menos provável.*

---

## **PERGUNTA 102**

Uma mulher de 36 anos de idade recorre ao consultório médico por apresentar formação nodular indolor na região cervical anterior. É fumadora há 10 anos (10 UMA). Tem história de obesidade e hipertensão arterial. Os sinais vitais estão dentro dos valores normais. O exame físico revelou uma massa palpável no lobo esquerdo da tiróide. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade. A ecografia cervical revelou nódulo sólido do lobo esquerdo da tiróide com 4,2 cm de maior eixo. A citologia aspirativa de agulha fina é compatível com "tumor folicular".

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

**Soro**

Creatinina	1,3 mg/dL
Azoto ureico	20 mg/dL
Glucose	120 mg/dL
Colesterol total	270 mg/dL
TSH	4 $\mu$ U/mL
T4	6 $\mu$ g/dL

O hemograma não apresenta alterações relevantes.

Qual dos seguintes tratamentos é o mais adequado neste quadro clínico?

- A. Hormonoterapia supressiva
- B. Lobectomia esquerda
- C. Quimioterapia
- D. Terapia com iodo radioativo
- E. Tiroidectomia total

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Endocrinologia

**Validação da afirmação correcta:** De acordo com as recomendações da Associação Americana de Tiróide (ATA) de 2015, a lobectomia é indicada para a maioria dos tumores foliculares, no entanto pelas dimensões do tumor poderia ser preferencial realizar tiroidectomia total (ATA 2015 – Recommendation 20: “(A) Because of increased risk for malignancy, total thyroidectomy may be preferred in patients with indeterminate nodules that are cytologically suspicious for malignancy, positive for known mutations specific for carcinoma, sonographically suspicious, or large (>4 cm), or in patients with familial thyroid carcinoma or history of radiation exposure, if completion thyroidectomy would be recommended based on the indeterminate nodule being malignant following lobectomy.”)

*Restantes alíneas:*

*A - Não é um tratamento adequado para um doente com uma citologia aspirativa compatível com tumor folicular.*

*B - É um procedimento adequado, mas atendendo às dimensões do nódulo seria preferível tiroidectomia total, segundo as recomendações da ATA.*

*C - Não é um tratamento adequado para um doente com uma citologia aspirativa compatível com tumor folicular.*

*D - Não é um tratamento adequado para um doente com uma citologia aspirativa compatível com tumor folicular.*

---

### **PERGUNTA 103**

Um menino de 2 anos de idade é trazido ao consultório médico para consulta de saúde infantil. A mãe tem história de rinite alérgica; sem outros antecedentes familiares. A criança foi alimentada com aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e a diversificação alimentar decorreu sem reações adversas. A mãe refere que a criança sempre teve a pele seca e que nos últimos meses apresenta de forma intermitente lesões ásperas, eritematosas e pruriginosas nas pregas dos membros. Trouxe resultado de IgE específica que é positivo para ácaros, leite e ovo. Ao exame físico observa-se uma criança com bom estado geral, xerose cutânea ligeira e placas eritematosas de bordos indefinidos nas flexuras antecubital e poplítea.

Para além da prescrição de emoliente, qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Evidência de leite e ovo.
- B. Prescrever ácido fusídico tópico.
- C. Prescrever clotrimazol tópico.
- D. Prescrever dimetindeno tópico.
- E. Prescrever hidrocortisona tópica.

**Proposta Academia: E**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** É o 2º degrau da terapêutica recomendada: aplicação de corticóide tópico 2x/dia, durante 5-7 dias.

*Restantes alíneas:*

*A - O caso apresentado é sugestivo de um eczema atópico, aparentemente nada relacionado com a ingestão destes alimentos. Para além disso, está referido que*

*aquando da diversificação alimentar não houve quaisquer reações adversas na introdução de alimentos (incluindo ovo e leite). Deste modo, não é necessário esta evicção para a resolução do quadro.*

*B - Não é necessário pois não existe nada indicativo de sobreinfecção bacteriana.*

*C - Não existe nada sugestivo de que as lesões descritas sejam de etiologia fúngica.*

*D - Os antihistamínicos não são muito eficazes nestas situações, os com maiores benefícios demonstraram ser os com efeitos sedativos de modo a melhorar o prurido no período noturno. Contudo, estes são usados de forma sistémica e não tópica.*

---

## PERGUNTA 104

Um homem de 26 anos de idade recorre ao serviço de urgência por dispneia progressiva nas últimas 24 horas. Nega toracalgia, febre ou outros sintomas respiratórios. Tem antecedentes de asma desde a infância, com quatro a cinco exacerbações sazonais por ano. Nunca teve admissões hospitalares por asma. Medicado com salbutamol inalado, que usa três a quatro vezes por dia. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 97/min, frequência respiratória 24/min e pressão arterial 122/78 mmHg; SpO<sub>2</sub> 92% (ar ambiente). Ele tem 183 cm de altura e pesa 88 Kg; IMC 27 kg/m<sup>2</sup>. A auscultação pulmonar revela sibilos inspiratórios e expiratórios difusos. O doente é tratado com salbutamol por nebulização contínua durante uma hora e prednisolona oral, referindo sentir-se um pouco melhor. Mantém sibilos inspiratórios e expiratórios à auscultação pulmonar. O débito expiratório máximo após tratamento é de 320 mL/s. O raio-X do tórax revela hiperinsuflação e ausência de infiltrados.

Os resultados da gasometria arterial após tratamento são:

pO <sub>2</sub>	70 mmHg
pCO <sub>2</sub>	40 mmHg
pH	7,36

Qual das seguintes alternativas constitui a indicação mais imperiosa para admissão para internamento?

- A. Achados na gasometria arterial.
- B. Achados no raio-X do tórax.
- C. Idade com que surgiu o diagnóstico de asma.
- D. Sintomas apresentados após a 1<sup>a</sup> hora.

E. Valor do débito expiratório máximo.

**Proposta Academia: A**

**Chave oficial: A**

Área de conhecimento: Pneumologia

**Validação da afirmação correcta:** A presença de pH e PaCO<sub>2</sub> normais na gasometria arterial sugere incapacidade de ventilação adequada e indica insuficiência respiratória iminente, necessitando de monitorização apertada.

*Restantes alíneas:*

*B - É expectável encontrar hiperinsuflação no raio-X de tórax de um doente com exacerbação de asma e não é indicador de gravidade.*

*C - Não é indicador de gravidade.*

*D - É normal manter sintomas após a primeira hora, e desde que não esteja a agravar não é razão para monitorização.*

*E - É normal estar diminuído numa exacerbação de asma e não é utilizado como critério para internamento.*

---

## PERGUNTA 105

Um homem de 57 anos de idade regressa ao consultório médico para reavaliação de desconforto lombar persistente e valorização do resultado de uma RM da coluna vertebral realizada recentemente. O doente está reformado, trabalhou como condutor de trator e agora tem uma vida maioritariamente sedentária. Já foi observado diversas vezes nos últimos seis meses por dor nas costas, ao nível da coluna lombar. A dor alivia residualmente quando toma analgésicos e relaxantes musculares, mas não tem melhorado. A dor não irradia para as nádegas nem para as pernas. Sem antecedentes de trauma ou entorse das costas. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou uso de drogas ilícitas. Sem febre, perda de peso ou antecedentes de neoplasia. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 136/76 mm Hg. Refere dor ligeira à palpação sobre a coluna lombar. O teste de elevação da perna é negativo para dor ou limitação. O restante exame neurológico revela força e sensibilidade preservadas nas pernas



e os reflexos estão presentes, são vivos e simétricos. A RM da coluna realizada uma semana antes mostra doença degenerativa dos discos com abaulamento dos mesmos a nível de L3-L4 e de L4-L5. Após conhecimento deste resultado o doente diz: "Parece mau. Acha que posso vir a paralisar um dia?"

Qual das seguintes considerações é a mais correcta em relação ao prognóstico neste doente?

- A. Achados similares da RM são frequentemente encontrados em doentes normais da sua idade; o prognóstico é bom.
- B. A paralisia é improvável se realizar fisioterapia regular da coluna.
- C. A sua dor lombar piorará gradualmente ao longo do tempo e poderá precisar de cirurgia.
- D. Está em risco aumentado de paralisar.
- E. O seu prognóstico é reservado e deverá ponderar solicitar subsídio por invalidez.

**Proposta Academia: A**

**Chave oficial: A**

Área de conhecimento: Ortopedia

**Validação da afirmação correcta:** São achados muito comuns, que podem nem ser sintomáticos.

Rothman 7ed: "A study reviewing magnetic resonance images (MRIs) of patients with persistent LBP showed disc degeneration in 87% of participants; ... 52% overall had disc bulge in at least one level on MRI".

Harrison's 19ed - "MRI findings of disk protrusion, tears in the annulus fibrosus, or hypertrophic facet joints are common incidental findings that, by themselves, should not dictate management decisions for patients with back pain".

*Restantes alíneas:*

*B - Extremamente improvável (para não dizer impossível), podem haver sintomas radiculares com a progressão da degeneração discal mas não paraplegia.*

*C - A afirmação pode ser verdadeira e pode haver progressão da doença e aumento da dor, no entanto a cirurgia é controversa em doentes com apenas dor lombar sem sintomas radiculares e a maioria dos estudos não mostra evidência de que seja superior ao tratamento conservador.*

*D - Pode haver progressão da doença, podem haver sintomas radiculares, mas perda total da força muscular é extremamente improvável.*

*E - O prognóstico da dor lombar isolada é genericamente favorável.*

---

## PERGUNTA 106

Um homem de 44 anos de idade, caucasiano, obeso, recorre ao serviço de urgência por dor intensa e edema da perna e pé esquerdos, com início após ter sido pisado pelo cavalo da sua esposa na véspera. Os sinais vitais são temperatura 37,1°C, frequência cardíaca 82/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 132/88 mm Hg. O exame físico evidencia equimose e dor à palpação do dorso do pé esquerdo, com edema que se prolonga dos dedos até à coxa. Todos os movimentos do pé desencadeiam dor na perna esquerda. O membro inferior direito não aparenta alterações. O raio-X da perna e pé esquerdos revela fraturas desalinhadas do quarto e quinto metatársicos.

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

- A. Cintigrafia óssea.
- B. Ecografia doppler do membro inferior esquerdo.
- C. Flebografia.
- D. TC da coluna lombo-sagrada.
- E. Tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e contagem de plaquetas.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Ortopedia

**Validação da afirmação correcta:** Ecografia doppler do membro inferior esquerdo - O que salta à vista no caso é o facto de dor edema da perna após um traumatismo do pé com fraturas dos metatarsos. Não havendo traumatismo directo da perna a dor e edema são estranhos, ainda por cima com a dor na perna quando se mobiliza o pé "todos os movimentos". Deverá suspeitar-se de uma trombose venosa profunda pós-traumática e o exame de 1ª linha é a Ecografia doppler do membro inferior esquerdo

*Restantes alíneas:*

*A - A cintigrafia óssea não tem interesse para o diagnóstico de TVP, a ecografia doppler é o exame de 1ª linha.*

*C - A flebografia não tem interesse para o diagnóstico de TVP, a ecografia doppler é o exame de 1ª linha.*

*D - TC da coluna lombo-sagrada não tem interesse para o diagnóstico de TVP, a ecografia doppler é o exame de 1ª linha.*

*E - Apresentar uma equimose nesse contexto é perfeitamente normal, e não justifica uma investigação da coagulação.*

---

## PERGUNTA 107

Uma mulher de 34 anos de idade vem ao consultório médico por dor abdominal em cólica e diarreia esporádica durante as últimas semanas. Não tem antecedentes médicos conhecidos. Ao exame físico apresenta temperatura de 37°C. Tem dor ligeira e massa mal definida no quadrante abdominal inferior direito à palpação abdominal. O exame retal digital não revela anomalias com exceção de muco no dedo da luva e pequena quantidade de fezes, com resultado positivo na pesquisa de sangue oculto. A contagem de leucócitos é 14 000/mm<sup>3</sup>.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Carcinoma do cego.
- B. Colite isquémica.
- C. Colite ulcerosa.
- D. Doença de Crohn.
- E. Linfoma.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Gastroenterologia

**Validação da afirmação correcta:** Os sintomas apresentados (diarreia e dor abdominal com semanas de evolução), idade de apresentação e achados no exame físico (com presença de massa mal definida no quadrante inferior direito, em provável relação com abscesso/plastron inflamatório) e analítico (leucocitose) tornam a resposta D (Doença de Crohn) a hipótese diagnóstica mais provável. O

resultado positivo na pesquisa de sangue oculto pode ser facilmente justificável neste contexto dada ulceração/atividade inflamatória neste contexto.

*Restantes alíneas:*

*A - A hipótese de carcinoma do cego embora não se possa excluir é menos provável dada a idade da doente, forma de apresentação clínica, na ausência de qualquer referência a história familiar de carcinoma colorretal.*

*B - A hipótese é muito pouco provável tendo em conta a longa duração dos sintomas, sem evidência de perdas hemáticas evidentes ou fatores de risco (quer do foro cardiovascular, renal ou medicamentoso).*

*C - A hipótese de colite ulcerosa é pouco provável tendo em conta o quadro clínico apresentado pela doente (sem qualquer referência a retorragias, tenesmo, falsas vontades).*

*E - Embora a hipótese de linfoma com envolvimento cólico/delgado não possa ser excluído, é uma condição muito mais rara que a doença inflamatória intestinal. Por outro lado, a idade de apresentação tipicamente é na 5ª à 7ª décadas de vida, o que não favorece o diagnóstico neste caso clínico.*

---

## **PERGUNTA 108**

Uma mulher de 39 anos de idade, professora do ensino básico, vem ao consultório médico por hemorragia intermenstrual desde há quatro meses e aumento do fluxo menstrual nos primeiros dois dias do cataménio. Refere ter três a quatro episódios de perda hemática genital em quantidade escassa, de cor vermelho vivo, a cada ciclo menstrual, não acompanhados de dor. Desde há três meses que tem uma sensação de peso no hipogastro com polaquiúria, mas sem disúria. Os antecedentes pessoais revelam menarca aos 14 anos, ciclos menstruais regulares de 30-32 dias, com cataménios de 4 dias; nuligesta. A data da última menstruação foi há 10 dias. Ela refere que, desde há quatro anos, tem dismenorreia no primeiro dia do cataménio tendo necessidade de tomar ácido mefenâmico. Como método contraceutivo usa o preservativo pois não tolera contraceção hormonal por náuseas e cefaleias. Há oito meses fez citologia cervico-vaginal que era normal. A doente refere que o pai tem doença pulmonar obstrutiva crónica e a mãe foi histerectomizada aos 45 anos de idade por patologia benigna do útero que não sabe especificar. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 76/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 108/64 mm Hg. Ela tem 162 cm de altura e pesa 65 kg; IMC 24,7 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico observa-se mucosas coradas e hidratadas. À palpação o abdómen está mole e depressível, sem dor ou defesa. O exame

ginecológico não apresenta alterações à inspeção; o exame com espéculo revela perda hemática através do orifício cervical externo, sem quantidade escassa, de sangue vermelho vivo; não se detetam corrimentos vaginais anómalos ou odor desagradável. O exame genital bimanual revela colo inteiro e fechado, consistência cartilágnea, indolor à mobilização, útero em anteversoflexão, aumentado de volume, de consistência endurecida (tipo borracha) e bordos irregulares; anexos sem alterações e fundos de saco livres e indolores.

Qual dos seguintes diagnósticos melhor explica a condição desta paciente?

- A. Adenomiose uterina.
- B. Disfunção ovulatória.
- C. Doença neoplásica do trofoblasto.
- D. Endometriose pélvica.
- E. Fibromiomatose uterina.

**Proposta Academia: E**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** O enunciado descreve o caso de uma mulher com hemorragia uterina anómala durante o período menstrual (menorragia), e com queixas sugestivas de compressão vesical (polaquiúria) que podem indicar um aumento recente do tamanho do útero. Ao exame objetivo, destaca-se um útero aumentado, endurecido e de contornos irregulares, que são achados muito sugestivos de miomas uterinos. A história familiar da doente também é a favor de fibromiomatose.

*Restantes alíneas:*

*A - A adenomiose uterina caracteriza-se pela existência de endométrio na intimidade do miométrio além de 2,5mm de profundidade. Clinicamente ocorre hemorragia uterina anómala e dismenorreia. Poderia ser uma hipótese a considerar tendo em conta as queixas, mas o dado do enunciado de que o útero é endurecido e de contornos irregulares, torna pouco provável este diagnóstico uma vez que o útero na adenomiose é caracteristicamente aumentado, mas mole e de contornos regulares.*

*B - Esta hipótese não é provável pois a doente apresenta ciclos menstruais normais, para além de o exame objetivo demonstrar alterações estruturais/anatómicas.*

*C - Esta hipótese é pouco provável tendo em conta que o enunciado descreve uma história com vários meses de evolução, e a doente não apresenta nenhum período de amenorreia nem sinal de gravidez.*

*D - A endometriose ocorre em cerca de 10% das mulheres em idade fértil e é o nome dado ao processo, de etiologia desconhecida, pelo qual células do endométrio estão fora da sua posição habitual. Os sintomas cardinais da endometriose são a dismenorreia e dor pélvica crónica, que a doente que o enunciado descreve não tem de forma significativa (apenas primeiro dia de cataménio, o que é considerado normal). Para além disso, o exame objetivo da doente não é compatível com endometriose (útero indolor à mobilização e aumentado de tamanho não são características típicas desta doença).*

---

## PERGUNTA 109

Um homem de 42 anos de idade vem ao serviço de urgência com história de mal-estar generalizado com dois dias de evolução associado a febre, dor perineal, disúria e urgência urinária com aumento de frequência das micções. Não teve corrimento uretral. O doente tem sido saudável e não toma qualquer medicação exceto paracetamol para febre. Atualmente, os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência cardíaca 98/min, frequência respiratória 14/min e pressão arterial 120/80 mm Hg. Ao exame físico observa-se um doente aparentemente desconfortável. As auscultações cardíaca e pulmonar não revelam alterações patológicas. O abdómen está mole e depressível, indolor à palpação. Sem dor à percussão do ângulo costovertebral. Não se observa corrimento peniano. O exame retal digital desperta desconforto intenso com flutuação na palpação da próstata.

Qual das seguintes terapêuticas é a mais adequada?

- A. Ampicilina, durante uma semana.
- B. Ciprofloxacina, durante três dias.
- C. Nitrofurantoína, durante três dias.
- D. Fosfomicina, durante três dias.
- E. Sulfametoxazol-trimetoprim, durante um mês.

**Proposta Academia:** E

**Chave Oficial:** E

Área de conhecimento: Infeciologia

**Validação da afirmação correcta:** Apesar de o Sulfametoxazol-trimetoprim não estar recomendado como opção de primeira linha para tratamento empírico, o princípio mais relevante do tratamento da prostatite é o da necessidade de realizar tratamento prolongado, durante um mínimo de 3 semanas.

*Restantes alíneas:*

*Os antibióticos com melhor perfil de penetração no tecido prostático são as quinolonas, seguidas das cefalosporinas e da fosfomicina, mas em todos os casos o tratamento deverá ser de várias semanas. Sendo assim, as restantes opções (A-D) serão sempre insuficientes.*

---

## PERGUNTA 110

Um estudante de 20 anos de idade consumiu grande quantidade de bebidas alcoólicas e ficou em coma. Foi levado ao serviço de urgência onde realizou gasometria arterial antes de lhe ter sido administrado oxigénio que revela:

pO <sub>2</sub>	25 mmHg
pCO <sub>2</sub>	100 mmHg
pH	7,06
Bicarbonato	28 mEq/L

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da hipoxémia?

- A. Baixa concentração de O<sub>2</sub> inspirado.
- B. Baixa relação de ventilação/perfusão.
- C. Bloqueio de difusão dos gases.
- D. Hipoventilação alveolar.
- E. Shunt direito-esquerdo.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Pneumologia

**Validação da afirmação correcta:** Neste caso o grande consumo de álcool leva a depressão do centro respiratório, com conseqüente diminuição do drive respiratório e hipoventilação alveolar, levando a hipoxemia.

*Restantes alíneas:*

*A – Pressupõe-se que o doente está em ar ambiente, numa urgência, portanto a inalar concentração de O<sub>2</sub> normal (21%).*

*B - A razão ventilação/perfusão diminuiu na hipoventilação alveolar, levando a hipoxemia, no entanto considera-se, neste caso, como mecanismo primário a hipoventilação alveolar.*

*C - Não há razão para pensar que há lesão da membrana alveolar/capilares alveolares que dificulte a difusão dos gases.*

*E - Hipoxémia por shunt é muito incomum e ocorre mais frequentemente em situações que alteram a direção do fluxo fisiológico.*

---

### **PERGUNTA 111**

Um homem de 53 anos de idade desenvolve dor torácica e palpitações de início súbito, enquanto se encontra internado a recuperar de uma ressecção intestinal por doença inflamatória intestinal no dia anterior. Ele tem antecedentes conhecidos de obstrução de válvula aórtica bicúspide. O ecocardiograma mais recente, realizado seis meses antes, revelou área valvular estimada de 1,3 cm<sup>2</sup> com um gradiente de 40 mmHg. Adicionalmente, tem antecedentes de doença de Crohn desde há 11 anos. Ele está medicado habitualmente com sulfassalazina e loperamida. Os sinais vitais são temperatura 36,8°C, frequência cardíaca 160/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 83/50 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 90% (ar ambiente). A auscultação pulmonar revela crepitações basais bilaterais. A avaliação cardíaca revela sopro de ejeção sistólico que irradia para o pescoço. Realiza electrocardiograma que mostra fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida e depressão ínfero-lateral do segmento ST.

Para além da instituição de oxigenioterapia suplementar, qual dos seguintes tratamentos considera o mais adequado neste momento?

- A. Aspirina e nitroglicerina oral.
- B. Cardioversão elétrica sincronizada.
- C. Digoxina intravenosa.
- D. Diltiazem intravenoso.
- E. Murro precordial.

**Proposta resposta Academia: B**

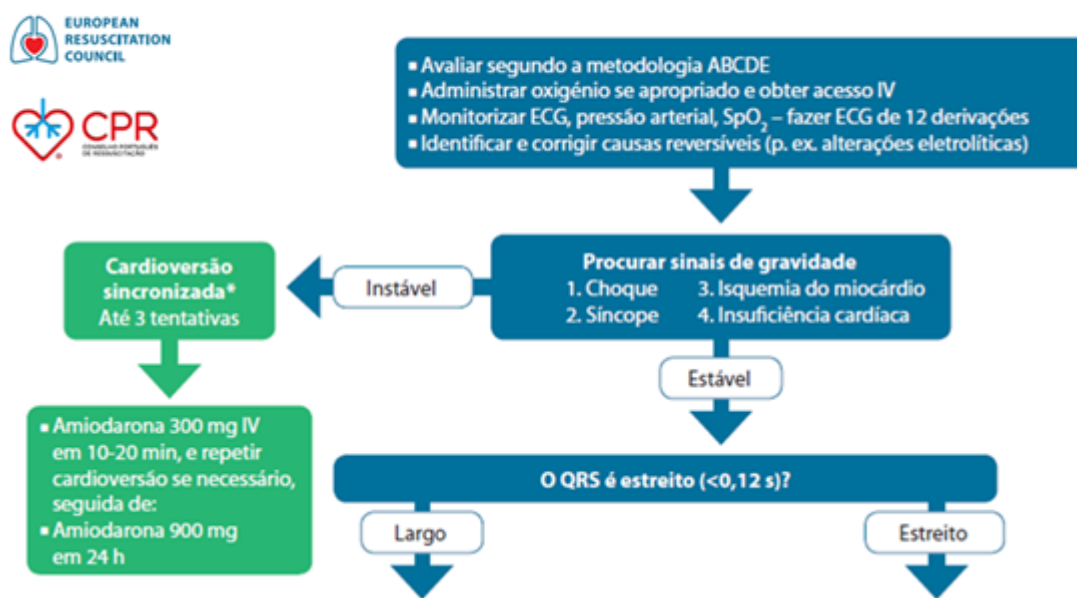
**Chave Oficial: B**



Área de conhecimento: Cardiologia

**Validação da afirmação correcta:** A situação do doente é instável e tem risco de deterioração, que aparentemente está relacionada com esta taquidisritmia de novo (FA c/ RVR). Portanto deve seguir-se o algoritmo de reanimação das Taquiarritmias (Guideline SAV ERC 2015) com tentativa Cardioversão Elétrica sincronizada Imediata, seguida ou não de perfusão de Amiodarona EV (dado a instabilidade HD e quadro de IC). A aparente isquemia é secundária à RVR que deve ser de imediato revertida. A estenose aórtica agrava a clinica, pela relativa intolerância à taquicardia nestes doentes (HVE).

**Figura 11.1**  
Algoritmo da taquicardia



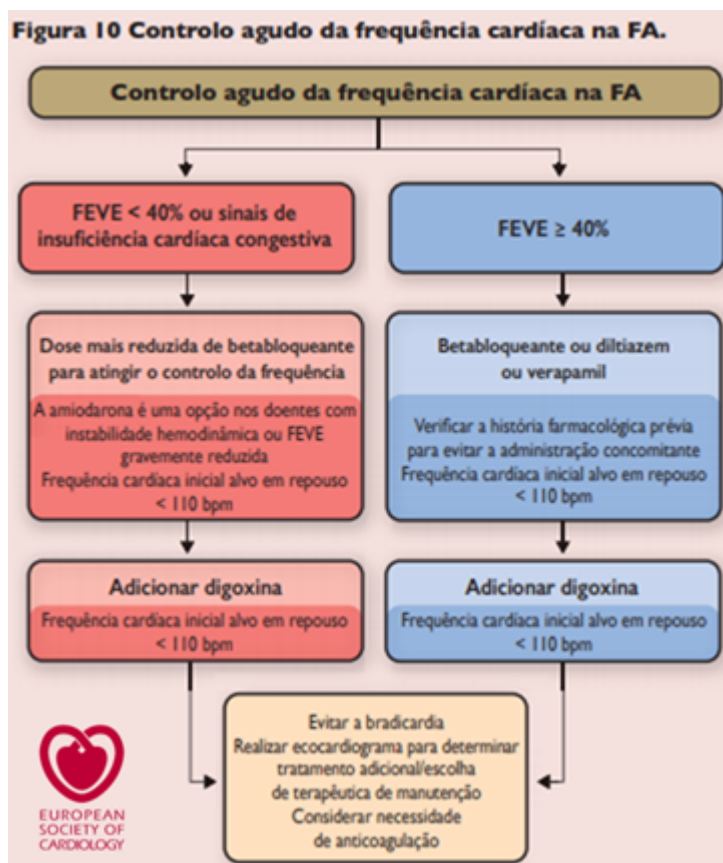
Restantes alíneas:

A- O doente apresenta alguns sinais (Toracalgia + InfraST no ECG), que podem ser compatíveis com SCA, no entanto estas alterações são secundárias à RVR que o doente apresenta. A prioridade é reverter a causa da isquemia transitória (aumento das demandas, diminuição do DC e diminuição do tempo de perfusão coronária).

C - Está indicado no controlo de FC da FA Aguda em 2ª linha nos doentes HD Estáveis, especialmente se com sinais de IC Congestiva (como é o caso). Neste caso a 1ª linha deveria ser CV Elétrica (HD instável), seguida de Amiodarona EV (não beta-bloqueantes) e se refratário então sim Digoxina.

D - O Diltiazem assim como qualquer bloqueador dos canais de cálcio ou Beta-bloqueantes está contra-indicado em doentes com sinais de ICC e/ou Instabilidade HD.

E - O murro precordial só deve ser considerado na PCR testemunhada em doente monitorizado, imediatamente após a confirmação da paragem em ritmo desfibrilável (FV e TVSP) e se não existir cardio-desfibrilhador à mão de imediato.



## PERGUNTA 112

Uma adolescente de 16 anos de idade vem ao consultório médico por queixa de amenorreia primária. A telarca ocorreu aos 14 anos e a pubarca aos 15 anos. Ela tem 133 cm de altura e pesa 44 kg; IMC 24,9 kg/m<sup>2</sup> (percentil 91). Ao exame físico apresenta implantação baixa do cabelo e pavilhões auriculares e pescoço alado. Segundo a classificação de Tanner apresenta mama M2 (aréolas afastadas) e pelos púbicos P4-5. O desenvolvimento psicomotor é aparentemente adequado para a idade.

Realizou ecografia pélvica que revelou útero hipoplásico e ovários não visualizados. A idade óssea foi estimada em 14 anos. O doseamento de IGF-1 revela valores dentro do intervalo normal.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Atraso constitucional de crescimento e maturação.
- B. Baixa estatura familiar.
- C. Síndrome de Bardet-Biedl.
- D. Síndrome de Turner.
- E. Síndrome de Prader-Willi.

**Proposta Academia: D**

**Chave oficial: D**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Síndrome genético que apresenta como principais manifestações clínicas baixa implantação do cabelo, pavilhões auriculares proeminentes, pescoço alado, com alargamento da caixa torácica dando a ilusão de afastamento dos mamilos. A baixa estatura e hipofunção ovárica são das características mais comuns desta síndrome, sendo encontrados em quase todos os casos. Para além disso, também se verifica um atraso na maturação sexual, nomeadamente no desenvolvimento do tecido mamário, tal como no caso clínico descrito.

*Restantes alíneas:*

*A e B - Estas são variantes da normalidade, em que no final do período de crescimento, a altura atingida vai estar dentro do previsto pelo potencial genético do jovem. No caso do atraso constitucional do crescimento demora-se mais tempo a atingir o pico de crescimento e a maturação pubertária; e no caso da baixa estatura familiar existem antecedentes familiares de baixa estatura e a altura final corresponde à altura estimada, apesar de baixa para a média. No entanto, não parece ser este o caso. Além disso, no caso clínico descrito existem associadas alguns distormosismos e alterações físicas (obesidade) que nos devem fazer suspeitar de uma causa secundária para esta baixa estatura.*

*C - Síndrome genética que tem associado várias características das apresentadas no caso clínico como o hipogonadismo, obesidade, mas também outras como a retinite pigmentosa, alterações renais, sindactilia e polidactilia, hipertensão e défice cognitivo (desenvolvimento psico-motor adequado) que não são aparentes neste caso clínico.*

*E - Apesar de também ser uma síndrome genética que pode ter associada a obesidade, alterações do crescimento, atraso pubertário com desenvolvimento incompleto das gónadas, os dismorfismos físicos são ligeiramente diferentes: estreitamento da região frontal (diâmetro tempo-temporal), olhos amendoados, boca triangular, mãos e pés pequenos, e algumas apresentam pele e cabelo muito claros.*

---

### PERGUNTA 113

Um menino de 18 meses de idade é trazido pela mãe ao consultório médico para vigilância de saúde infantil. A mãe refere que recentemente a criança se tem tornado muito negativa. A mãe diz: "Não sei o que aconteceu ao meu bebé que sempre foi tão querido. Agora é tão desagradável. Pode ser um anjinho num minuto e começar a chorar, no minuto seguinte, se for contrariado por qualquer razão. Não sei o que fazer". A criança apresenta peso e altura no percentil 10. O desenvolvimento psicomotor é normal para a idade. O restante exame físico não revela alterações patológicas.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Ansiedade de separação.
- B. Comportamento apropriado para a idade.
- C. Depressão.
- D. Maus-tratos.
- E. Perturbação de oposição e desafio.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Aos 18 meses é expectável que uma criança que apresenta um desenvolvimento psicomotor adequado à idade seja egocêntrica, e que possa apresentar comportamentos típicos de birra, nomeadamente quando contrariada, voltando a adotar um comportamento adequado posteriormente, tal como descrito no presente caso clínico. Desta forma, considera-se este tipo de comportamento como ajustado à idade da criança.

*Restantes alíneas:*

A - A ansiedade de separação é uma entidade clínica bem definida, que tem critérios específicos, que se baseiam na presença de um medo excessivo relativo à separação dos indivíduos com os quais a criança mais se relaciona, o que não está presente neste caso.

C - Não há qualquer informação no enunciado que sugira ou suporte um diagnóstico de depressão.

D - Não há qualquer informação no enunciado que sugira ou suporte um diagnóstico de maus-tratos.

E - A perturbação de oposição e desafio também tem critérios próprios de diagnóstico pela DSM-5, e é um diagnóstico não congruente quer com o quadro, quer com a idade.

---

#### PERGUNTA 114

Uma mulher de 52 anos de idade recorre ao serviço de urgência por dor no flanco e fossa ilíaca esquerdos e obstipação com dois dias de evolução. Tem antecedentes de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial. Está medicada com metformina e carvedilol. Os sinais vitais são temperatura 37,9°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 145/90 mmHg; SpO<sub>2</sub> 98% (ar ambiente). Ela tem 162 cm de altura e pesa 73 kg; IMC 28 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico observa-se pele e mucosas coradas e hidratadas. A palpação do abdómen desperta dor e defesa no flanco e fossa ilíaca esquerdos; ausência de dor à compressão e descompressão rápida da fossa ilíaca direita; não se palpam massas ou organomegalias. A auscultação abdominal revela ruídos peristálticos de timbre normal. O toque retal revela tónus normal do esfíncter, sem sinais de hemorragia.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

#### Sangue

Hemoglobina	13 g/dL
VGM	92 fL
Leucócitos	16050/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos segmentados	52%
Linfócitos	26%
Plaquetas	300x10 <sup>9</sup> /L

#### Soro

Creatinina	1 mg/dL
Glucose	110 mg/dL
AST	29 U/L
ALT	30 U/L
GGT	34 U/L
Bilirrubina total	0,8 mg/dL
Fosfatase alcalina	102 U/L
Proteína C reativa	12 mg/dL

A ecografia evidenciou ansa digestiva com parede espessada no flanco direito, com hiperecogenicidade da gordura adjacente. A TC abdominopélvica revela espessamento da parede do sigmóide, com imagens de divertículos e abscesso pericólico com 6 cm de diâmetro. Foi prescrita antibioterapia.

Qual das seguintes alternativas é a opção terapêutica mais adequada?

- A. Drenagem percutânea guiada do abscesso.
- B. Laparoscopia exploradora e drenagem.
- C. Operação de Hartmann.
- D. Sigmoidectomia com anastomose primária.
- E. Vigilância clínica e laboratorial.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um caso clínico de diverticulite aguda complicada por um abscesso pericólico (estadio Ib da classificação de *Hinchey* modificada). O tratamento de um abscesso de grandes dimensões (>4-5 cm), num doente hemodinamicamente estável, como é descrito no caso, deve ser feito com a associação de drenagem percutânea guiada por TC e antibioterapia endovenosa (que já foi prescrita).

*Restantes alíneas:*

*B - No contexto de diverticulite aguda o doente, se tiver indicação cirúrgica, fará uma laparotomia e não uma laparoscopia.*

*C - Doente sem indicação cirúrgica. Caso tivesse, a operação de Hartmann seria uma das opções, quando se considera que não existem condições para realizar uma anastomose (p.e. instabilidade hemodinâmica, risco elevado de deiscência pelas comorbilidades existentes, contaminação peritoneal extensa).*

*D- Dado o quadro clínico de um abscesso de 6 cm num doente clinicamente estável, o doente não tem indicação cirúrgica. A sigmoidectomia com anastomose primária - procedimento único - seria uma opção adequada se estivessem reunidas condições para a realização de uma anastomose - doentes com abscessos pequenos, pericólicos ou pélvicos (estadios I e II da classificação de *Hinchey*), com baixo risco cirúrgico, hemodinamicamente estáveis e com contaminação peritoneal escassa.*

*E - No caso apresentado, não está indicada apenas vigilância dado que estamos na presença de uma diverticulite aguda complicada cuja probabilidade de resolução apenas com a instituição de antibioterapia é diminuta.*

---

## **PERGUNTA 115**

Uma equipa de emergência extra-hospitalar é chamada a socorrer um homem que foi encontrado inconsciente na via pública, sozinho. À chegada observa-se um homem de idade aparente de 55 anos, não reativo e uma seringa com agulha junto ao corpo. No exame físico não existem sinais de trauma externo e não se observa miose. O doente não ventila. Não tem pulso palpável. Observam-se várias lesões de picada nos membros superiores.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Administrar naloxona endovenosa.
- B. Iniciar compressões torácicas.
- C. Iniciar fluidoterapia endovenosa.
- D. Iniciar oxigenioterapia.
- E. Posicionar na posição lateral de segurança.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Emergência

**Validação da afirmação correcta:** O doente está em paragem cardiorrespiratória (não responde, não respira, não tem pulso), como tal têm de se iniciar manobras de suporte de vida de imediato - compressões torácicas, 1/3 inferior do esterno, 5-6 cm de profundidade.

*Restantes alíneas:*

*A - Apesar de haver suspeita de injeção de tóxicos, a ausência de miose não é compatível com a toma de opióides, não se justificando a administração de naloxona. No imediato, é prioritário iniciar SBV/SAV.*

*C - Não há evidência de hipovolémia como causa de paragem cardiorrespiratória, pelo que não é prioritário iniciar fluidos, mas sim SBV/SAV.*

D - Não há evidência de hipoxémia como causa de paragem cardiorrespiratória, pelo que não é prioritário iniciar oxigénio, mas sim SBV/SAV (oxigénio aquando das ventilações apenas).

E - A posição lateral de segurança está indicada em vítimas inconscientes, não em paragem cardiorespiratória. Para manobras de suporte de vida eficazes, a vítima deve estar posicionada em decúbito dorsal sobre uma superfície dura.

---

## PERGUNTA 116

Um adolescente de 13 anos de idade é observado novamente no serviço de urgência por manter queixa de odinofagia, dois dias após uma avaliação inicial. Realizou teste de pesquisa rápida na orofaringe de *Streptococcus* que foi negativo. Ao exame físico observa-se faringite exsudativa, com aumento do volume amigdalino considerável, e adenopatias cervicais elásticas, semelhante ao já observado na avaliação prévia. A temperatura é de 38°C.

Os resultados dos estudos analíticos são os seguintes:

Leucócitos	6 100/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos, segmentados	51%
Neutrófilos, bandas	3%
Eosinófilos	2%
Linfócitos, atípicos	37%
Monócitos	7%

Qual das seguintes alternativas é o agente causal mais provável?

- A. Citomegalovírus
- B. *Fusobacterium* spp.
- C. *Neisseria meningitidis*.
- D. *Streptococcus* beta-hemolítico
- E. Vírus de Epstein-Barr.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** A presença de uma amigdalite exsudativa, febril, acompanhada de adenopatias cervicais, num adolescente, deve fazer



equacionar um diagnóstico diferencial entre amigdalite bacteriana (cujo agente causal mais frequente, o *streptococcus* B-hemolítico do grupo A, é menos provável com um teste rápido negativo) e um quadro de mononucleose infecciosa, cujo agente causal mais frequente é o Vírus de Epstein-Barr. A avaliação analítica é concordante com esta última hipótese diagnóstica, na medida em que observamos a presença de linfócitos atípicos.

*Restantes alíneas:*

*A - O citomegalovírus pode igualmente causar um quadro de mononucleose infecciosa, mas não é o agente mais provável.*

*B - Não é agente etiológico habitual de amigdalite.*

*C - Não é agente etiológico de amigdalite.*

*D - A amigdalite a streptococcus B-hemolítico do grupo A é menos provável na presença de um teste rápido negativo para este agente, conjugada com a avaliação analítica em que existe a presença de linfócitos atípicos. Outros estreptococos b-hemolíticos, como do grupo B, não são agentes etiológicos de amigdalite.*

---

## **PERGUNTA 117**

Uma menina de 15 meses de idade é trazida pelos serviços de emergência médica pré-hospitalar ao serviço de urgência, após episódio caracterizado por retroversão ocular, sialorreia e movimentos tónico-clónicos dos quatro membros com duração de cerca de 10 minutos e resolução espontânea. À chegada da equipa de emergência pré-hospitalar a criança estava sonolenta e com febre pelo que foi administrado paracetamol, no local. Os antecedentes pessoais não revelaram patologias. O esquema vacinal encontra-se atualizado. O tio materno tem história de epilepsia. Os sinais vitais na admissão ao serviço de urgência são temperatura timpânica 38°C, frequência cardíaca 105/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 98/41 mm Hg. Ao exame físico a criança está sonolenta mas reativa a estímulos. Sem outros achados relevantes no exame neurológico. Sem alterações patológicas nas auscultações cardíaca ou pulmonar. A otoscopia e o exame da orofaringe não revelaram alterações patológicas. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros da normalidade.

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

- A. Dar alta e reavaliar em consulta externa.
- B. Manter vigilância clínica no serviço de urgência.
- C. Realizar eletroencefalograma.
- D. Realizar punção lombar.
- E. Realizar TC cerebral.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Até à recuperação completa ao estado basal, de modo a verificar se não ocorrem novos episódios (CF complexa) e não existem alterações neurológicas (realizado novamente com a criança acordada e no estado basal) que justifiquem posterior avaliação.

*Restantes alíneas:*

*A - Não até completa recuperação do estado basal.*

*C - Apenas necessário em caso de alterações neurológicas focais, CF prolongadas e/ou complexas, que não aparenta ser o caso.*

*D - Deve realizar-se punção lombar se suspeição de infeção do SNC, o que não aparenta ser o referido no caso.*

*E - A TC cerebral apenas deve ser realizada caso existam alterações neurológicas e/ou CF complexas*

---

## **PERGUNTA 118**

Um homem de 38 anos de idade, bancário, é trazido ao serviço de urgência pelos serviços de emergência médica pré-hospitalar quinze minutos após colapso, enquanto orientava o jogo de futebol do seu filho. A sua mulher diz que ele "recuperou em poucos minutos", mas que imediatamente antes de perder a consciência, sentou-se e disse: "tenho a pior dor de cabeça da minha vida". Não tem antecedentes de relevo exceto para apendicectomia há 21 anos. Não toma qualquer medicação. Não fuma nem bebe bebidas alcoólicas e faz exercício físico três vezes por semana. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência

cardíaca 96/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 160/94 mm Hg. Está vigil e orientado. Aparenta estar com dor. As pupilas são simétricas, isocóricas e reativas à luz. A auscultação pulmonar não apresenta alterações. Os exames cardíaco e abdominal não apresentam alterações. O exame neurológico não revela défices focais. Realizou TC do crânio à entrada que não revelou massas anormais ou hidrocefalia.

Os resultados dos exames laboratoriais à entrada revelam:

#### **Sangue**

Sódio	142 mEq/L
Potássio	3,8 mEq/L
Cloro	102 mEq/L
Bicarbonato	26 mEq/L
Glucose	105 mg/dL

#### **Líquido cefalorraquidiano**

Glóbulos rubros:	<b>tubo 1</b> - 800/mm <sup>3</sup> ;	<b>tubo 3</b> - 650/mm <sup>3</sup>
Glóbulos brancos:	<b>tubo 1</b> - 8/mm <sup>3</sup> ;	<b>tubo 3</b> - 9/mm <sup>3</sup>
Glucose:	<b>tubo 1</b> - 60 mg/dL;	<b>tubo 3</b> - 60 mg/dL
Pressão:	<b>tubo 1</b> - 170 mmH <sub>2</sub> O;	<b>tubo 3</b> - 170 mmH <sub>2</sub> O
Proteínas (total):	<b>tubo 1</b> - 36 mg/dL;	<b>tubo 3</b> - 36 mg/dL

Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da condição clínica deste doente?

- A. Aneurisma sacular.
- B. Hidrocefalia de pressão normal.
- C. Hipertensão não controlada.
- D. Malformação arteriovenosa.
- E. Trauma cranioencefálico oculto.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** A descrição de cefaleia súbita intensa como “a pior dor de cabeça da vida” deve soar o alarme para hemorragia subaracnoideia. A perda transitória de consciência pode ter sido causada por isto. A TC crânio não mostra alterações por estarmos nas primeiras horas de instalação, mas na presença de elevada suspeita clínica a punção lombar pode mostrar líquido cefalorraquidiano hemático em vários tubos, como é apresentado neste caso: presença de grande quantidade de eritrócitos no tubo 1 e tubo 3 (a persistência de eritrócitos no tubo 3 ainda, exclui a possibilidade de se ter

tratado de um procedimento traumático no local da punção). A causa mais frequente de hemorragia subaracnoideia é a ruptura de aneurisma cerebral.

*Restantes alíneas:*

*B - A hidrocefalia de pressão normal é uma entidade crónica caracterizada pela tríade de alterações cognitivas, incontinência de esfíncteres e alteração da marcha, sem presença de eritrócitos no LCR.*

*C - A causa mais frequente de hemorragia subaracnoideia é ruptura de aneurisma cerebral. O descontrolo agudo de pressão arterial mais frequentemente causa hematomas parenquimatosos em localização profunda.*

*D - A causa mais frequente de hemorragia subaracnoideia é ruptura de aneurisma cerebral. A ruptura de malformações arteriovenosas mais frequentemente causa hematomas parenquimatosos em localização lobar.*

*E - A queixa de cefaleia precedeu a queda, e não há outra história de trauma. Embora a hemorragia subaracnoideia possa ter causa traumática, não havendo outros sinais de trauma, nem hematoma epicraniano, epidural ou subdural, é menos provável ter sido esta a causa.*

---

## **PERGUNTA 119**

Um homem de 65 anos de idade, gestor financeiro, é trazido ao serviço de urgência de ambulância após colapso em casa há 45 minutos. A sua mulher relata que ele caiu quando se levantou da cadeira. Não perdeu a consciência nem bateu com a cabeça. Tem antecedentes médicos de dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo 2. Está medicado habitualmente com glipizida e atorvastatina. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 90/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 130/72 mm Hg. Ao exame físico o doente está vígil; apresenta disfasia ligeira, mas compreende ordens. É destro. O exame neurológico revela fraqueza na parte inferior da hemiface direita. A força muscular no membro superior direito é de 1/5. A força na coxa e perna direitas é de 3/5. Os reflexos bicipitais, tricipitais e braquiorradiais estão ausentes à direita. Os reflexos rotuliano e aquiliano estão hipoativos à direita. Os reflexos tendinosos profundos estão normais à esquerda. O sinal de Babinski está presente à direita.

A causa mais provável das alterações observadas neste doente é a oclusão de qual das seguintes artérias?

- A. Cerebral anterior esquerda.
- B. Cerebral média esquerda.
- C. Cerebral posterior esquerda.
- D. Coroideia anterior esquerda.
- E. Vertebral direita.

**Proposta Academia:** B

**Chave Oficial:** B

Área de conhecimento: Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** O doente apresenta alteração da linguagem, de predomínio motor, com hemiparesia direita, de predomínio braquial. Desta forma a lesão será localizada no hemisfério esquerdo e terá de envolver a área de Broca e a porção mais lateral da circunvolução pré-central. Esta topografia anatómica corresponde ao território da cerebral média esquerda. (HPIM19 2572-9, HPIM20 p.3069-77)

*Restantes alíneas:*

*A - Neste caso, deveria haver maior atingimento do membro inferior vs membro superior e não deveria existir défice de linguagem. (HPIM19 2572-9, HPIM20 p. 3069-77)*

*C - Neste caso, deveriam existir sinais localizadores ao mesencéfalo (P1 proximal) e/ou defeito de campo visual. Seria improvável o defeito de linguagem. (HPIM19 2572-9, HPIM20 p.3069-77)*

*D - Neste caso, os sintomas são mínimos, ou poderá incluir hemiparesia e hemianopsia. (HPIM19 2572-9, HPIM20 p.3069-77)*

*E - Neste caso, não existiria defeito de linguagem, podendo, no entanto, existir parésia facial. Os défices motores são raros na oclusão vertebral. No entanto, encontraríamos também outros sinais, nomeadamente hipostesia termo-álgica esquerda, ataxia, vertigem entre outros. (HPIM19 2572-9, HPIM20 p.3069-77)*

---

## PERGUNTA 120

Uma mulher de 28 anos de idade é referenciada à consulta do médico assistente por medições de pressão arterial elevadas obtidas em rastreio no seu local de

trabalho, onde trabalha como empacotadora. Ela refere que, de uma forma geral, tem sido saudável. A sua medição inicial de pressão arterial há dois dias era 168/98 mm Hg. Na reavaliação, no dia seguinte, a sua pressão arterial era 175/104 mm Hg. Não tem antecedentes médicos de relevo. Não toma qualquer medicação nem suplementos da ervanária. Na história familiar há a registar hipertensão arterial no seu pai. A sua pressão arterial durante uma consulta de ginecologia há dois anos era normal. Os sinais vitais são temperatura 36,7°C, frequência cardíaca 88/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 170/102 mm Hg. Tem 170 cm de altura e pesa 63 kg; IMC 22 kg/m<sup>2</sup>. A auscultação pulmonar não revela alterações patológicas. A auscultação cardíaca revela S<sub>4</sub> e ritmo de galope. O abdómen é mole e depressível à palpação com ruídos hidroaéreos mantidos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os resultados dos exames urinários estão dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos exames laboratoriais revelaram:

**Soro**

Azoto ureico	8 mg/dL
Creatinina	0,7 mg/dL
Sódio	141 mEq/L
Potássio	3,2 mE/L
Bicarbonato	30 mEq/L
Cloro	101 mEq/L

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado?

- A. Colher urina de 24 horas para doseamento de ácido vanilmandélico e metanefrina.
- B. Colher urina para rastreio toxicológico.
- C. Determinar a atividade da renina plasmática e concentração sérica de aldosterona.
- D. Iniciar terapêutica com espironolactona.
- E. Recomendar dieta com redução de sódio e reavaliar a pressão arterial em um a dois meses.

**Proposta Academia:** C

**Chave Oficial:** C

Área de conhecimento: Endocrinologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma doente jovem com hipertensão arterial de novo. Apresenta hipocaliémia associada, o que torna muito provável a possibilidade de se tratar de um caso de hiperaldosteronismo

primário. O primeiro passo no diagnóstico é o doseamento da atividade da renina plasmática e concentração sérica de aldosterona.

*Restantes alíneas:*

*A - Seria útil para diagnóstico de feocromocitoma, no entanto a doente não apresenta sintomas sugestivos de feocromocitoma.*

*B - Nada na história clínica sugere que a colheita de urina para rastreio toxicológico possa ser útil.*

*D - Poderá ser um tratamento para hiperaldosteronismo primário, no entanto o diagnóstico ainda não está estabelecido.*

*E - A redução de sódio não permitirá resolver a hipertensão nem contribuir para o esclarecimento diagnóstico.*

---

## PERGUNTA 121

Uma mulher de 18 anos de idade, estudante universitária, vem ao consultório médico por dor de garganta, tosse leve e adenopatias desde há três dias. Tem estado a tomar medicamentos para a tosse sem prescrição médica, paracetamol e descongestionantes e nenhum tem aliviado os sintomas. Vive num dormitório universitário onde mais ninguém se encontra doente. Ela nota também alguma dor abdominal, leve. Os sinais vitais são temperatura 38,2°C, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 112/74 mm Hg. Tem 173 cm de altura e pesa 104 kg; IMC 35 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico observa-se uma doente obesa que não aparenta estar em *distress* agudo. A observação da orofaringe revela exsudados nos pilares amigdalinos. A palpação do pescoço revela gânglios aumentados de tamanho nas cadeias anteriores e posteriores, bilateralmente. A auscultação pulmonar e o exame do coração não revelam alterações patológicas. Observa-se abdómen obeso e o fígado e o baço conseguem ser palpados. O resto do exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Amigdalite exsudativa.
- B. Difteria.
- C. Faringite estreptocócica.
- D. Mononucleose.
- E. Peri-hepatite.

**Proposta Academia: D**

**Chave Oficial: D**

Área de conhecimento: Infeciologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma jovem saudável com quadro agudo de faringite, exsudado amigdalino e adenopatias cervicais. O carácter agudo destas manifestações pode sugerir etiologia bacteriana, sobretudo considerando a febre com temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ . No entanto, o facto de estas manifestações serem pouco exuberantes e de estar presente tosse, encaixa melhor em etiologia vírica. A associação do quadro a organomegalias abdominais, numa jovem saudável (mesmo que obesa), é altamente sugestiva de mononucleose, pelo que no cômputo geral parece ser esta a opção mais provável.

*Restantes alíneas:*

*A - A amigdalite exsudativa não configura um diagnóstico, mas sim um achado clínico.*

*B - O quadro clínico ligeiro, mesmo que com sintomatologia sistémica associada, não é compatível com difteria, que seria mais expectável em crianças ou pré-adolescentes não vacinados, e que se manifesta com obstrução de via aérea.*

*C - A faringite estreptocócica poder-se-ia apresentar com um quadro semelhante ao descrito, embora este fosse expectavelmente mais exuberante, hiperagudo, sem associação com tosse ou organomegalias e com contexto domiciliário associado.*

*D - A peri-hepatite é uma das manifestações da síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, uma complicação rara mas descrita de infecção gonocócica disseminada; é possível que a doente apresente quadro de faringite gonocócica com complicação já incipiente, embora isto seja bastante mais raro do que qualquer uma das outras opções.*

---

**PERGUNTA 122**

Uma mulher de 40 anos de idade vem ao centro de saúde para avaliação anual de saúde. A história médica é significativa para artrite degenerativa dos joelhos, diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial. A medicação habitual inclui



enalapril, glicazida e ibuprofeno. Ela refere que as suas avaliações da glicemia capilar no domicílio variam entre 200 mg/dL e 300 mg/dL nos últimos três meses. Raramente bebe bebidas alcoólicas e não fuma nem consome drogas ilícitas. Ela tem 162 cm de altura e pesa 91 kg de peso; IMC 34 kg/m<sup>2</sup>. Os sinais vitais são temperatura 37°C, frequência cardíaca 65/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 135/85 mm Hg. A auscultação pulmonar não revela alterações patológicas e a avaliação cardíaca exclui sopros ou galopes. À percussão a extensão hepática é de 15 cm. A panícula adiposa abdominal é extensa com poucas estrias da parede abdominal.

Os resultados do estudo sérico são:

<b>Soro</b>	
ALT	130 U/L
AST	100 U/L
Fosfatase alcalina	150 U/L
Glucose	220 mg/dL
Colesterol	
Total	300 mg/dL
HDL	30 mg/dL
LDL	190 mg/dL
Triglicéridos	350 mg/dL

A biópsia hepática evidencia esteatose hepática associada a inflamação lobular e lesão hepatocelular.

Qual dos seguintes fatores na história médica da doente mais aumentam o risco para a sua condição médica?

- A. Consumo de álcool.
- B. Diabetes *mellitus*.
- C. Hipercolesterolemia.
- D. Hiper cortisolismo.
- E. Obesidade.

**Proposta Academia:** E

**Chave Oficial:** E

Área de conhecimento: Endocrinologia

**Validação da afirmação correcta:** O quadro clínico descrito apresenta uma doente com múltiplos fatores de risco para doença hepática não alcoólica, com uma biópsia compatível com esteato-hepatite não alcoólica. Entre os fatores apresentados os mais relevantes são a obesidade, a hipercolesterolemia e a

diabetes mellitus. Entre estes o mais relevante é a obesidade, sendo que em doentes apenas com obesidade, a presença de doença hepática não alcoólica é frequente, sendo menos comum em doentes apenas com hipercolesterolemia ou apenas Diabetes *mellitus* (por exemplo Diabetes *mellitus* tipo 1).

*Restantes alíneas:*

*A - O consumo de álcool era raro, contribuindo pouco para o risco de doença hepática não alcoólica.*

*B - Menos associado ao risco que a obesidade.*

*C - Menos associado ao risco que a obesidade.*

*D - Pode contribuir para a doença hepática não alcoólica, mas não se trata de um fator clássico. Está também menos associado ao risco que a obesidade.*

---

### **PERGUNTA 123**

Um homem de 64 anos de idade vem ao consultório médico por cefaleias. Tem uma história longa de enxaqueca, tratada sem sucesso com medicação múltipla não prescrita por médico. Ambos os pais têm enxaqueca assim como dois irmãos. O doente descreve as cefaleias como latejantes, intermitentes, aliviando com o repouso e acompanhadas de alguma fotofobia. Ocorrem menos do que três vezes por mês. Tem antecedentes de hemorragia por úlcera péptica para a qual está medicado com ranitidina; dependência de narcóticos no passado; disfunção erétil; doença cardíaca isquémica - atualmente estável e assintomática e para a qual toma atenolol.

Qual das seguintes é a contraindicação mais importante para a prescrição de sumatriptano neste doente?

- A. História de disfunção erétil.
- B. História de doença cardíaca isquémica.
- C. História prévia de dependência de narcóticos.
- D. Terapêutica com atenolol.
- E. Terapêutica com ranitidina.

**Proposta Academia: B**

**Chave Oficial: B**

Área de conhecimento: Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** A utilização de triptanos está contraindicada em doentes com doença cardiovascular ou cerebrovascular (HPIM19 2591, HPIM2020 3101-2).

*Restantes alíneas:*

*A - Os triptanos não estão habitualmente associados a disfunção sexual; outros fármacos preventivos de enxaqueca, como os beta-bloqueantes e antidepressivos tricíclicos, estão mais associados a este efeito lateral.*

*C - Os triptanos não apresentam risco nesta situação dado que não agonistas de receptores dos opióides, nem apresentam efeitos euforizantes. O seu potencial para dependência existe contudo nas situações de cefaleia crónica.*

*D - O sumatriptano não interage com o atenolol.*

*E - O sumatriptano não interage com a ranitidina.*

---

## PERGUNTA 124

Uma mulher de 24 anos de idade, empregada de limpeza, vem ao consultório médico para avaliação de uma massa na face dorsal do punho direito, que aumentou do tamanho de uma ervilha para o de um berlinde nos últimos dois meses. A massa tem uma evolução de dois anos e às vezes é dolorosa depois de um longo dia de trabalho. A história médica anterior não identifica patologias de relevo e a doente não faz qualquer medicação. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. O exame físico revela uma massa de 1,5 cm, indolor, móvel, de cor azulada que é palpável na face dorsal da zona radial do punho direito. À palpação não há alterações nas dimensões da massa.

Qual dos seguintes exames complementares é o mais adequado, neste momento?

- A. Ecografia do punho.
- B. Fator reumatóide.
- C. Raio-x do punho
- D. RM do punho.
- E. Nenhum estudo é necessário.

## **Proposta Academia: E**

### **Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Reumatologia

**Validação da afirmação correcta:** Perante uma doente jovem, previamente saudável, com uma massa na face dorsal do punho com 2 anos de evolução, a primeira hipótese diagnóstica é tratar-se de um quisto sinovial. Os quistos sinoviais são tipicamente assintomáticos, no entanto após os esforços é possível provocarem dor. É também comum a sua oscilação de tamanho, não superando habitualmente os 2,5 cm. A palpação é indolor ao exame físico. Assim, perante o contexto clínico apresentado, é altamente provável que a utente apresente um quisto sinovial, sem sinais ou sintomas de alarme para outra etiologia (clínica, tempo de evolução e tamanho). A pergunta induz em erro ao perguntar qual o exame é mais adequado, mas na verdade na maioria dos casos o diagnóstico dos quistos sinoviais é clínico, tal como no caso em questão.

*Restantes alíneas:*

*A - A ecografia do punho seria claramente a opção correta caso a opção "nenhum estudo" não fosse uma das opções. A ecografia permite caracterizar o quisto, sendo um exame acessível e sem radiação associada.*

*B - O fator reumatóide é um anticorpo que surge habitualmente associado à Artrite Reumatóide, podendo ser no entanto negativo nesta doença, e positivo em outras doenças reumáticas e não só. A semiologia apresentada não favorece a hipótese de artrite reumatóide ou outra artropatia crónica, e portanto não faz sentido o doseamento do fator reumatóide.*

*C - A radiografia do punho é um excelente exame para avaliação óssea, mas perante o contexto clínico apresentado esta opção não faz sentido uma vez que se trata muito provavelmente de uma lesão de partes moles, não observada na radiografia.*

*D - A RMN do punho é um excelente exame para avaliação do punho, permitindo observar com grande detalhe as partes moles. Seria bastante provável que uma RMN do punho permitisse ver este quisto sinovial, no entanto tal exame não é necessário, uma vez que apenas com a observação clínica é possível fazer este diagnóstico.*

## PERGUNTA 125

Uma mulher de 52 anos de idade, com hipertensão arterial bem controlada, regressa ao consultório para reavaliação periódica. Encontra-se atualmente medicada com atenolol, aspirina e vitamina E. Refere que uma amiga teve uma fratura da anca há três semanas e que se encontra preocupada com o seu próprio risco de osteoporose. Está em menopausa há quatro anos. A doente segue uma dieta hipolípida. É fisicamente ativa embora não pratique exercício físico. Tem 173 cm de altura e pesa 63,5 kg; IMC 21 kg/m<sup>2</sup>. Os sinais vitais são frequência cardíaca 64/min e pressão arterial 134/84 mm Hg.

Qual dos seguintes exames é o mais adequado para o estudo de osteoporose nesta paciente?

- A. Densitometria óssea do colo do fémur.
- B. Determinação da concentração sérica de cálcio.
- C. Determinação da concentração sérica de fosfatase alcalina.
- D. Determinação da taxa de excreção urinária de hidroxiprolina.
- E. TC da coluna lombar.

**Proposta Academia:** A

**Chave Oficial:** A

Área de conhecimento: Reumatologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente em causa é uma mulher de 52 anos em pós-menopausa e não apresenta fatores de risco para osteoporose (nem Major nem Minor), pelo que segundo as guidelines e orientações clínicas (DGS e outras) não tem indicação formal para rastreio de osteoporose através da avaliação da densidade mineral óssea por osteodensitometria do colo do fémur. Deveria apenas fazer o calculo do FRAX (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=pr>). No entanto, de entre as alíneas apresentadas é a mais correcta pois as outras opções não se enquadram.

*Restantes alíneas:*

*B - A medição do cálcio sérico é um estudo posterior em doentes com osteoporose ou osteopenia ou em doentes com forte suspeita de osteoporose secundária, nomeadamente hiperparatiroidismo.*

*C - A medição sérica da fosfatase alcalina é um estudo posterior em doentes com osteoporose ou osteopenia ou em doentes com forte suspeita de osteoporose secundária, nomeadamente Doença de Paget.*

*D - A excreção urinária de hidroxiprolina é um marcador de remodelação óssea e, estes não estão validados na prática clínica.*

*E - A requisição de TC da coluna lombar não tem indicação no rastreio de osteoporose. Destacar que na suspeita de fraturas osteoporóticas vertebrais (cifose dorsal, agravamento da lordose cervical, diminuição da estatura e dorsolombalgia crónica progressiva em doente de risco) deve ser requisitado radiografia simples da coluna dorsal e lombar em perfil.*

---

## PERGUNTA 126

Uma mulher de 27 anos de idade, programadora informática, vem ao consultório médico para seguimento de amenorreia e infertilidade com 18 meses de duração. Na consulta prévia, uma semana antes, foi observada galactorreia no exame mamário. Ela não está a tomar qualquer medicação. Os resultados dos estudos laboratoriais obtidos, nessa altura, mostram uma concentração de prolactina sérica de 81 ng/mL (normal 1,9-25 ng/mL). A concentração sérica de hormona estimulante da tiróide é normal. A RM do crânio mostra um adenoma da hipófise com 5 mm de diâmetro. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Tem 157,7 cm de altura e pesa 47,5 kg; IMC 19 kg/m<sup>2</sup>.

Qual das seguintes é a opção terapêutica mais adequada para esta doente?

- A. Medicação com bromocriptina.
- B. Medicação com clomifeno.
- C. Medicação com gonadotropina humana.
- D. Realizar cirurgia transfenoidal.
- E. Recomendar ganho de peso moderado.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Endocrinologia

**Validação da afirmação correcta:** O caso representa uma doente com prolactinoma (adenoma hipofisário, com galactorreia e prolactina plasmática elevada). O tratamento de primeira linha é um agonista dopaminérgico, como a bromocriptina.

*Restantes alíneas:*

*B - Não é tratamento para prolactinoma. Usado como indutor de ovulação mas não é adequado em doente com causa tratável de infertilidade (prolactinoma).*

*C - Usado para tratamento de várias causas de infertilidade, mas não é adequado neste contexto por doente com condição tratável (prolactinoma).*

*D - Raramente utilizado em prolactinomas (apenas se falência/intolerância a agonistas dopaminérgicos)*

*E - Seria uma recomendação em caso de amenorreia hipotalâmica funcional. Neste caso não tem indicação por se tratar de um prolactinoma.*

---

## **PERGUNTA 127**

Uma enfermeira de 36 anos de idade, 5 gesta, 1 para, 4 abortos, vem ao consultório médicos para solicitar contraceção. Seis meses antes teve um parto vaginal não complicado com recém-nascido vivo de 2835 g de peso. A gravidez foi vigiada na consulta de alto risco obstétrico devido aos antecedentes obstétricos. Desde o parto que amamenta e o casal tem usado como método contracetivo a amenorreia lactacional e o coito interrompido. Nos antecedentes pessoais apenas se realça os quatro abortos, todos com necessidade de dilatação e curetagem para resolução. Há três anos, na avaliação em consulta de infertilidade, foi feito o diagnóstico de síndrome antifosfolípido. Atualmente, a doente não se sente capaz de lidar com um novo aborto. Ela não pode usar preservativo por ter alergia ao látex. Não faz medicação habitual. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. O exame físico não revela alterações patológicas relevantes.

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

- A. Contraceção oral combinada.
- B. Diafragma.
- C. Dispositivo intrauterino.
- D. Laqueação tubar bilateral.
- E. Selo contracetivo transdérmico.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um método altamente eficaz, não hormonal, de longa duração, facilmente reversível, sem risco tromboembólico associado. Seria o método ideal para esta paciente.

*Restantes alíneas:*

*A e E - O Síndrome anticorpo antifosfolípido acarreta um risco tromboembólico elevado, pelo que a utilização de contração hormonal combinada está contraindicada.*

*B - Método com baixa taxa de eficácia, comparativamente com os outros métodos. O diafragma pode estar associado a reações alérgicas.*

*D - Método altamente eficaz, porém é uma cirurgia e tem os riscos inerentes à mesma (em particular numa paciente de elevado risco tromboembólico), e é um método definitivo. Trata-se de uma paciente ainda jovem, com 1 filho, que poderá não ter o seu projeto reprodutivo terminado, embora de momento (relembre-se que está apenas a 6 meses do último parto) não tencione engravidar novamente. As taxas de sucesso das técnicas de reversão da LT são baixas, pelo que no caso de arrependimento teria de recorrer a técnicas de procriação medicamente assistida, também estas com risco associado de fenómenos tromboembólicos.*

---

## PERGUNTA 128

Um homem de 79 anos de idade recorre ao centro de saúde por perda progressiva de audição desde há vários anos. Encontra-se preocupado agora por ter dificuldade em ouvir e perceber os netos; no entanto, consegue entender o que os filhos dizem. Nega cefaleias ou otalgias. Tem antecedentes de hipertensão arterial e doença coronária. Encontra-se medicado com clonidina, metoprolol e aspirina. Os sinais vitais estão dentro dos parâmetros de normalidade. Ao exame físico não há cerúmen nos canais auditivos externos. A condução aérea é melhor que a óssea. Os teste auditivos mostram perda nas frequências mais elevadas.

Qual das seguintes alternativas é o diagnóstico mais provável?

- A. Colesteatoma.
- B. Neurinoma do acústico.
- C. Otosclerose.



- D. Presbiacusia.
- E. Reação adversa a medicação.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: ORL

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se da causa mais frequente de hipoacusia bilateral simétrica, assim com perda nos agudos. Ausência de discrepância entre compreensão e percepção de som sugere presbiacusia sensorial.

*Restantes alíneas:*

*A - No colesteatoma a condução aérea seria pior que a óssea e teria de haver história prévia de otites de repetição ou otite média crónica.*

*B - Neurinoma do acústico, habitualmente unilateral, menos frequente que presbiacusia.*

*C - Otosclerose confere surdez de condução e habitualmente unilateral.*

*E - Múltiplos anos de evolução e a perda de audição seria em todas as frequências.*

---

## **PERGUNTA 129**

Uma lactente de 3 meses de idade é trazida pela mãe à consulta de saúde infantil por vômitos frequentes. A mãe refere: «Nas últimas duas semanas ela vomita de cada vez que mama.» Quando questionada, a mãe refere que a criança não chora quando vomita. Tem mantido três a quatro dejeções semilíquidas diárias, de cor amarelada, desde o nascimento e, para além dos vômitos, aparenta estar saudável. A última observação em consulta aos 2 meses de idade não identificou achados patológicos. A criança está sob aleitamento materno exclusivo. Mantém evolução estatura-ponderal e perímetro cefálico no percentil 75. Os sinais vitais são temperatura 37,3°C, frequência cardíaca 110/min e pressão arterial 77/48 mm Hg. O exame físico está dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Divertículo de Meckel.
- B. Estenose hipertrófica do piloro.
- C. Gastroenterite vírica.
- D. Má rotação intestinal com vólvulo.
- E. Refluxo gastroesofágico.

**Proposta Academia: B**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Um quadro de vómitos após as mamadas, em pequeno lactente, que fica bem após o vômito, deve fazer equacionar o diagnóstico de estenose hipertrófica do piloro, situação em que há obstrução ao esvaziamento gástrico. Apesar de não ser a idade mais habitual (tipicamente entre as 3 e as 6 semanas de vida), pode manifestar-se até às 12 semanas de idade, sendo rara a sua apresentação posterior. Desta forma, é considerado um diagnóstico a excluir nesta situação.

*Restantes alíneas:*

*A - O divertículo de Meckel não é causa habitual de vómitos (a não ser se complicado de uma obstrução), sendo mais frequentemente assintomático, ou manifestando-se por hemorragia intestinal baixa.*

*C - A gastroenterite vírica não parece plausível, uma vez que não temos nem contexto epidemiológico, nem alteração do trânsito intestinal, e temos um quadro de vómitos com duas semanas de evolução e exclusivamente após as mamadas.*

*D - A má rotação intestinal com vólvulo é uma emergência, em que existe uma torção, e sintomatologia obstrutiva franca com repercussão no estado geral, que não é o caso.*

*E - O refluxo gastroesofágico, apesar de ser uma situação claramente muito mais frequente do que a estenose hipertrófica do piloro, por definição é exatamente a regurgitação de conteúdo gástrico sem esforço, que não é aparentemente o caso, uma vez que são referidos vómitos – quer no motivo de consulta, quer pela mãe. O facto de o bolçar poder ser referido como “vómitos” pelo prestador de cuidados não invalida a necessidade de confirmar se se trata de uma ou outra situação – e perante o enunciado não temos qualquer outra informação para além do termo “vômito”.*

### PERGUNTA 130

Um homem de 23 anos de idade, emigrante de origem angolana a residir em Portugal há um ano, solteiro e desempregado, é trazido ao serviço de urgência por familiares que estranham o seu comportamento nos últimos dois meses. Os familiares dizem «ele fala e ri sozinho [...] passa o tempo em frente ao espelho a observar-se». Relatam ainda que o doente tem estado mais ativo e desinibido, tendo deixado de procurar emprego porque está convencido que vai ganhar um prémio de lotaria. Quando questionado sobre o assunto, o doente refere que se apercebeu desse facto através de mensagens que lhe são enviadas em programas televisivos e que existem câmaras que o observam em casa por estarem interessados no dinheiro que vai receber. Os familiares referem que o doente deambula fora de casa durante a noite e aumentou bastante o consumo de tabaco. Quando o doente é interrogado, afirma «vocês já sabem as respostas às perguntas que me estão a fazer...», emitindo discurso altissonante e acelerado. O avô materno do doente morreu por suicídio. Ao exame físico o doente apresenta-se vígil e orientado, mas desconfiado, colaborando mal na entrevista. Ri de forma imotivada.

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

- A. Administrar diazepam por via endovenosa.
- B. Iniciar antipsicótico injetável de longa duração de ação.
- C. Iniciar carbonato de lítio.
- D. Pedir pesquisa de drogas de abuso na urina.
- E. Pedir TC cranioencefálica.

**Proposta Academia:** D

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** Nesta primeira fase, é importante proceder ao diagnóstico diferencial, nomeadamente entre Perturbação psiquiátrica e Perturbação secundária ao consumos de tóxicos.

*Restantes alíneas:*

*A - Poderia ser necessário a administração de Diazepam para contenção do doente, no entanto pelos riscos associados à administração IV, opta-se sempre pela administração IM.*

*B - O antipsicótico injetável de longa duração poderia ser uma opção de tratamento mas apenas para terapêutica de manutenção e não de fase aguda.*

*C - Nesta primeira fase o mais importante é conter o doente e esclarecer o quadro clínico, nomeadamente fazer o Diagnóstico Diferencial. Só após exclusão de outras causas para o presente caso, nomeadamente consumo de tóxicos e patologia orgânica poderíamos pensar no tratamento mais adequado.*

*E - Deve ser feita TAC-CE para exclusão de patologia orgânica, no entanto dado ser um exame moroso, dispendioso e que requer que o doente esteja calmo poderá ser mais prudente iniciar a marcha diagnóstica pela colheita de urina e de sangue.*

---

### **PERGUNTA 131**

Uma mulher de 32 anos de idade, casada e sem filhos, recorre ao centro de saúde por queixas álgicas musculoesqueléticas múltiplas e solicitando certificado de incapacidade temporária para o trabalho. As queixas álgicas tiveram início há oito meses, distribuem-se por vários locais do corpo e variam em intensidade de dia para dia, tendo impacto na capacidade de se concentrar no trabalho, apesar de dizer «gosto do que faço». Ela trabalha como relações públicas numa empresa multinacional, na qual não se sente integrada. Refere ainda dispareunia, condicionando a frequência da atividade sexual e fragilizando a relação com o marido. Os sinais vitais são temperatura 36.2°C, frequência cardíaca 98/min, frequência respiratória 12/min e pressão arterial 135/74 mm Hg. Ao exame físico apresenta bom estado geral. Está normalmente corada e hidratada. As auscultações cardíaca e pulmonar não apresentam alterações patológicas. O exame musculoesquelético não apresenta alterações. O exame ginecológico está dentro dos parâmetros de normalidade.

Dos seguintes, qual é o próximo passo mais adequado na gestão desta doente?

- A. Investigar as causas médicas gerais mais prováveis.
- B. Referenciar para consulta de psiquiatria.
- C. Recomendar medicação com citalopram.
- D. Referenciar para consulta de medicina física e reabilitação.
- E. Recomendar analgesia de recurso (SOS) com tramadol.

**Proposta Academia: A**

**Chave oficial: A**

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um quadro clínico de uma mulher jovem que se apresenta com queixas álgicas musculoesqueléticas inespecíficas e queixas de disporeunia. Ambas as condições clínicas (mesmo que possivelmente "benignas ou transitórias") cursam atualmente com bastante impacto no funcionamento da doente. O objetivo educacional da pergunta parece ser enfatizar-se que antes de se assumir uma etiologia psicogénica para um quadro clínico (mesmo que muito sugestivo) é fundamental excluir "organicidade" ou doenças médicas potencialmente tratáveis.

*Restantes alíneas:*

*B - Pode vir a ser uma hipótese de gestão da doente no futuro, se se confirmar tratar-se de um quadro de perturbação de sintomas somáticos/perturbação somatoforme. No entanto, é fundamental excluir primeiro doenças médicas potencialmente tratáveis antes de se encaminhar a doente dos cuidados de saúde primários para uma consulta de psiquiatria.*

*C - Pode vir a ser um tratamento psicofarmacológico útil numa doente com perturbação de sintomas somáticos/perturbação somatoforme. Ainda assim, como dito anteriormente, antes de assumir uma etiologia psicogénica para o quadro é fundamental excluir "organicidade" ou doenças médicas potencialmente tratáveis.*

*D - Embora a doente pudesse beneficiar no futuro de fisioterapia, o diagnóstico ainda não é claro e é necessário um maior investimento clínico antes de se proceder a um plano de reabilitação.*

*E - Mesmo que o controlo sintomático seja vivido pela doente como uma prioridade, nas síndromes dolorosas é fundamental o esclarecimento etiológico (ainda para mais numa mulher jovem). Assim, a investigação adicional é premente. Por outro lado, numa doente que à partida não se encontra a realizar um esquema de medicação analgésica de base e cujas queixas são principalmente musculoesqueléticas é muito questionável a opção pelo tramadol em SOS.*

---

**PERGUNTA 132**

Uma mulher de 40 anos de idade recorre ao hospital por febre persistente, entre 39°C e 40°C, de predomínio noturno, desde há três semanas. Refere ainda ter sudação noturna, anorexia e perda de peso de aproximadamente 11 kg. Tem história de toxicod dependência, há vários anos, com recursos a heroína por via

intravenosa. Os sinais vitais são temperatura 38,5°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 130/70 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 97% (ar ambiente). Tem 173 cm e pesa 47 kg; IMC 15,7 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico revela palidez da pele e mucosas e marcas de picada de agulha nos membros superiores. A auscultação cardíaca revela sopro diastólico mais audível no ápex. A auscultação pulmonar não apresenta alterações patológicas. O exame do abdómen encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. Sem outras alterações na pele ou ao exame neurológico.

Os resultados dos estudo analíticos revelam:

#### Soro

Creatinina	0,9 mg/dL
Glicose	90 mg/dL
Azoto ureico	30 mg/dL
VS eritrocitária	80 mm/1 <sup>a</sup> hora
Proteína C reativa	30 mg/dL

#### Sangue

Hemoglobina	10 g/dL
Leucócitos	16 300/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	78%
Linfócitos	19%
Plaquetas	145 x 10 <sup>9</sup> /L

#### Urina

Densidade	1020
pH	6
Glucose	Negativo
Proteínas	Negativo
Sangue	+++

Colheu-se sangue para hemoculturas.

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

- A. *Candida* spp.
- B. *Escherichia coli*.
- C. *Klebsiella pneumoniae*.
- D. *Mycoplasma pneumoniae*.
- E. *Staphylococcus aureus*.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Infeciologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente apresenta quadro compatível com endocardite de válvula tricúspide/mitral. Considerando o contexto de toxicoddependência endovenosa, os agentes mais prováveis são contaminantes

da pele e mucosas, nomeadamente *Staphylococcus*. Embora, dos agentes compatíveis com essa epidemiologia, as infecções fúngicas (opção A) são mais frequentemente subagudas (a doente tem quadro clínico com 3 semanas de evolução), ao passo que a endocardite estafilocócica (opção E) apresenta tipicamente curso clínico fulminante ou hiperagudo. Contudo, o *Staphylococcus aureus* é um agente muito mais frequente, em qualquer contexto, comparativamente aos fungos.

*Restantes alíneas:*

*B e C - Os bacilos Gram-negativo são muito raramente implicados em endocardite, particularmente na ausência de alterações estruturais valvulares consideráveis ou de válvula protésica, e têm habitualmente ponto de partida abdominal ou urinário, que a doente não apresenta.*

*D - O *Mycoplasma pneumoniae* é um possível agente de endocardite, extremamente raro e mais habitualmente associado a válvula protésica ou nativa disfuncionante; a doente não apresenta contexto particularmente relevante para este agente.*

---

### PERGUNTA 133

Um rapaz de 3 anos de idade é trazido pela mãe ao centro de saúde por halitose e rinorreia. A mãe refere «Ele tem tido problemas de mau hálito desde há cerca de 2-3 meses. A princípio pensei que ele estava apenas sujo, mas lavo-lhe sempre o cabelo, faço a lavagem dentes após todas as refeições e dou-lhe banho e o cheiro aparece cinco minutos após terminar. Ultimamente teve um constipação forte e nada do que eu tente lhe seca o nariz. Acha que pode ser algum desequilíbrio químico?» Ao exame físico, apresenta-se apirético, cooperante e com bom estado geral e sinais de boa higiene. Não apresenta alterações na otoscopia, secreções na orofaringe ou adenopatias cervicais. No entanto, apresenta escorrência de cor acinzentada na narina esquerda e sente-se um odor fétido no exame da cabeça e pescoço. O restante exame físico não apresenta alterações patológicas.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Adenoidite.
- B. Corpo estranho nasal.
- C. Polipose nasal.
- D. Rinite alérgica.
- E. Sinusite.

## **Proposta Academia: B**

### **Chave oficial: B**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Corpos estranhos nasais podem passar despercebidos por longos períodos, pois provocam inicialmente poucos sintomas e são difíceis de visualizar. Os primeiros sintomas incluem corrimento nasal unilateral inicialmente mucoso e depois mais purulento, com cheiro fétido, e respiração maioritariamente pela boca. No caso clínico apresentado verifica-se um fenómeno denominado de bromidrose que consiste num mau cheiro generalizado do corpo que pode acontecer nestes casos.

*Restantes alíneas:*

*A - Pela ausência de alterações à observação da orofaringe este diagnóstico é pouco provável. Verifica-se frequentemente congestão nasal, com rinorreia posterior mucopurulenta, associado a desconforto na orofaringe.*

*C - Nestes casos também se verifica uma obstrução nasal proeminente com rinorreia mucopurulenta unilateral, no entanto, não está descrito o cheiro fétido nem a halitose associada a esta situação, pelo que não seria considerada o diagnóstico mais provável.*

*D - Este não seria o diagnóstico mais provável uma vez que os sintomas são ligeiramente diferentes dos apresentados, nomeadamente congestão nasal intermitente, com espirros, prurido nasal e ocular e rinorreia seromucosa, que agravam tendencialmente com a exposição a alérgenos. Podem experienciar também cefaleias, tosse e pieira.*

*E - Este não seria o diagnóstico mais provável pois nesta idade ainda não se verificou o desenvolvimento dos seios frontais ou maxilares, apenas estão presentes os seios etmoidais que condicionam uma sintomatologia mais inespecífica: congestão nasal com rinorreia purulenta unilateral ou bilateral, febre, tosse.*

---

## **PERGUNTA 134**

Um recém-nascido de 5 dias de vida é trazido ao centro de saúde para avaliação. A mãe refere ter muitas dúvidas pois está a fazer aleitamento materno exclusivo e não sabe se quantidade de leite ingerida está a ser suficiente. Atualmente



mama a cada duas horas e meia, bolsando em pequena quantidade em algumas mamadas. A criança tem cinco a seis dejeções diárias de fezes pastosas amareladas e sete a oito micções diárias. O parto foi eutócico, às 39 semanas de gestação, após gravidez de baixo risco que decorreu sem intercorrências. Antropometria ao nascimento: peso 3075 g, comprimento 48,5 cm, perímetro cefálico 34,5 cm. Hoje apresenta um peso de 2925 g (perda ponderal de 4,9%). Os sinais vitais e o restante exame físico estão dentro dos parâmetros da normalidade.

Para além de reavaliar o recém-nascido a curto prazo, qual das seguintes medidas é a mais adequada neste momento?

- A. Encaminhar ao serviço de urgência.
- B. Iniciar domperidona.
- C. Iniciar suplementação com fórmula infantil.
- D. Manter o aleitamento materno exclusivo.
- E. Realizar urocultura.

**Proposta Academia: D**

**Chave oficial: D**

Área de conhecimento: Pediatria

**Validação da afirmação correcta:** Neste caso temos um recém-nascido com 5 dias de vida, clinicamente bem, com padrão de micções e dejeções mantidas, sob aleitamento materno exclusivo, com uma perda ponderal de 4,9%, aceitável para os dias de vida (tolera-se até 10% de perda ponderal). Ainda não recuperou peso de nascimento, mas poderá fazê-lo até aos 10-14 dias de vida. Desta forma, estaria indicado manter o aleitamento materno exclusivo, e reavaliar posteriormente.

*Restantes alíneas:*

*A - Não há sinais clínicos de doença/gravidade que motivem a observação em contexto de urgência.*

*B - O uso da domperidona, um procinético, não está recomendado.*

*C - Também não há critérios que levem à indicação de iniciar suplementação com leite de fórmula.*

*E - De igual modo não tem indicação a realização de estudos complementares, como a urocultura.*

### PERGUNTA 135

Um rapaz de 10 anos de idade vem ao centro de saúde por odinofagia, eritema conjuntival do olho esquerdo e febre baixa nas últimas 24 horas. Um colega da turma apresenta sintomatologia semelhante. A temperatura timpânica é de 37,8°C. Ao exame físico apresenta orofaringe ruborizada, eritema conjuntival, o bordo palpebral apresenta secreções secas e um gânglio pré-auricular palpável, móvel e de consistência elástica. A acuidade visual encontra-se preservada.

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

- A. Adenovírus.
- B. *Chlamydia trachomatis*.
- C. *Staphylococcus aureus*.
- D. *Streptococcus pneumoniae*.
- E. Vírus herpes simplex.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Oftalmologia

**Validação da afirmação correcta:** O doente apresenta um quadro de conjuntivite aguda de etiologia vírica. A explicação para tal prende-se com a associação a faringite e sinais clínicos sugestivos - linfadenopatia pré auricular, olho vermelho, secreções secas e história de contactos próximos. Assim sendo, o adenovírus (agente mais comum das conjuntivites víricas) é a resposta correta.

*Restantes alíneas:*

*B - O quadro mais sugestivo é de conjuntivite viral aguda e não bacteriana.*

*C - O quadro mais sugestivo é de conjuntivite viral aguda e não bacteriana.*

*D - O quadro mais sugestivo é de conjuntivite viral aguda e não bacteriana.*

*E - Apesar de ser um vírus, a história de faringite e a ausência de lesões tornam o adenovírus mais provável.*

**PERGUNTA 136**

Uma adolescente de 16 anos de idade vem consultório médico por queixas de astenia e catamênios abundantes. Cumpre dieta vegan desde há três anos. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Os sinais vitais são temperatura timpânica 37°C, frequência cardíaca 78/min, frequência respiratória 17/min e pressão arterial 118/72 mm Hg. Ao exame físico observa-se palidez da pele e mucosas. A auscultação cardíaca revela S<sub>1</sub> e S<sub>2</sub> presentes e um sopro sistólico grau 2/6. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

<b>Soro</b>		<b>Sangue</b>	
Ferro	17 µg/dL	Hemoglobina	7,5 g/dL
Ferritina	2 ng/mL	VGM	73 fL
		Hematócrito	23%
		HCM	20 pg/célula
		Leucócitos	5200/mm <sup>3</sup>
		Neutrófilos, segmentados	56%
		Linfócitos	21%
		Plaquetas	150x10 <sup>9</sup> /L

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

- A. Aconselhamento dietético.
- B. Administração de ferro endovenoso.
- C. Administração de ferro oral.
- D. Iniciar estroprogestativo oral.
- E. Transfusão de glóbulos rubros.

**Proposta Academia:** D/C

**Chave oficial:** C

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** O enunciado descreve um caso de hemorragia uterina anómala (HUA) com repercussão (anemia) durante a adolescência. 80% das HUA na adolescência associam-se a ciclos anovulatórios. Após investigação para exclusão de outras causas, seria importante tranquilizar pois estas alterações são normalmente transitórias. O segundo passo, e mais importante, é o controlo da causa da anemia, ou seja, da hemorragia. O

tratamento de primeira linha são os contraceptivos hormonais combinados (estroprogestativos - opção D) que vão regularizar as variações hormonais. Por outro lado, dado que a doente se apresenta com anemia, para além de controlar a hemorragia, também seria importante complementar o seu tratamento com ferro oral (opção C) com intuito de repor as suas reservas.

*Restantes alíneas:*

*A - Apesar de ser importante uma dieta variada, principalmente no caso de hemorragia crónica, esta hipótese não iria resolver o problema de base, nem corrigir a anemia.*

*B - O ferro EV é um bom suplemento para o tratamento, mas não controla a hemorragia.*

*E - A doente encontra-se assintomática e hemodinamicamente normal, pelo que não se justifica a transfusão.*

---

### PERGUNTA 137

Uma mulher de 44 anos de idade, de origem africana, rececionista, vem ao consultório médico por história de febre baixa persistente e tosse, ocasionalmente produtiva, com expectoração amarela, desde há cinco meses. Não tem tido espirros, congestão nasal, hemoptises ou sintomas do trato respiratório superior. Tem tido sudorese noturna, ocasional, que a doente relaciona com o início da menopausa. Os seus períodos menstruais têm intervalos de 26 dias; o último período menstrual terminou há dois dias. Os antecedentes médicos incluem várias infeções fúngicas nos últimos quatro meses, que responderam a vários antifúngicos tomados sem prescrição médica. Ela não fuma e bebe vinho ao jantar quase diariamente. Não é casada; vive com o namorado e uma filha de 12 anos numa área rural. Ela notou uma perda ponderal de 4,5 kg, nos últimos três meses, os quais atribui a stress no emprego. Os sinais vitais são temperatura 37,8°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 150/80 mm Hg. Tem 163 cm de altura e pesa 68 kg; IMC 26 kg/m<sup>2</sup>. A doente não apresenta sinais de estar agudamente doente. O exame físico não revela outras alterações.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Doença de Lyme.
- B. Infeção VIH.
- C. Peri-menopausa.
- D. Pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*.

E. Pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Infeciologia

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de uma doente de meia-idade, de origem africana, com quadro constitucional (astenia, perda ponderal, hipersudorese, febrícula persistente), associado a sintomas respiratórios arrastados (que sugerem, dado o contexto, tuberculose pulmonar em evolução) e infecções fúngicas recorrentes (que sugerem, dado o contexto, susceptibilidade aumentada a infecções). A doente vem de um ambiente geográfico de elevado risco, tendo possivelmente comportamentos de risco associados.

*Restantes alíneas:*

*A - A doença de Lyme não se manifesta habitualmente com quadro febril constitucional sem focalização, sendo mais tipicamente associada a meningoencefalite subaguda a crónica, febre recorrente ou artrite.*

*C - Apesar dos sintomas de hipersudorese se poderem confundir com sintomatologia peri-menopausa, a doente aparenta manter ciclos regulares, além de que a peri-menopausa de associa mais a ganho ponderal.*

*D e E - Os sintomas respiratórios da doente são pouco expressivos e arrastados, nada compatíveis com quadro pneumónico agudo tipicamente associado aos agentes referidos nestas opções.*

---

## PERGUNTA 138

Uma mulher de 32 anos de idade traz a filha de 18 meses à consulta de vigilância de saúde infantil. A médica assistente seguiu a criança desde o seu nascimento. A criança apresenta múltiplas malformações congénitas e atraso mental que requerem fisioterapia e terapia ocupacional semanais, assim como consultas frequentes de cirurgia, cardiologia e nefrologia. Nesta consulta a

médica repara que a mãe parece cansada. Quando questionada a respeito da sua aparência, responde: «tenho acordado todas as noites às 3 da manhã com preocupações sobre vários assuntos.» Menciona também que o marido saiu de casa há dois meses.

Das seguintes alternativas, qual a questão ou afirmação mais apropriada neste momento?

- A. «Acha que a sua filha está a ter consultas com demasiados especialistas?»
- B. «Fale-me dos seus sonhos.»
- C. «Gostaria de tomar um comprimido para dormir durante algumas noites?»
- D. «Porque é que o seu marido saiu de casa?»
- E. «Ultimamente tem vindo a sentir-se em baixo?»

**Proposta Academia: E**

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um quadro clínico de uma mulher jovem com um quadro inespecífico e ainda mal caracterizado que parece surgir numa altura de maior preocupação pessoal (estado de saúde da filha e saída do marido de casa há dois meses). O "cansaço" da vinheta clínica não foi tanto a experiência subjetiva de astenia reportada pela doente, mas sim eventuais alterações comportamentais/indumentária ou aparência ao nível do exame físico - que preocuparam e foram devidamente sinalizadas pela médica. É assim fundamental indagar acerca da possibilidade de humor depressivo ou vivências de anedonia. A resposta mais adequada é assim a resposta (E) para não deixar por diagnosticar um quadro depressivo subjacente (e depois claro teria de se avaliar a perigosidade da doente para si e terceiros - neste caso o risco de infanticídio).

*Restantes alíneas:*

*A - Embora possa ser interessante ter um feedback da percepção da doente acerca dos cuidados médicos prestados à filha não é o mais premente.*

*B - Embora possa ser relevante explorar os sonhos (enquanto material interno e idiossincrático da pessoa) num processo psicoterapêutico não é o mais premente de momento (é necessário esclarecer o quadro clínico).*

*C - Poderia vir a ser necessário face à insónia da doente, embora seja mais apropriado questionar acerca de quadro depressivo (que poderia inclusivamente explicar a insónia).*

*D - Seria importante, não para satisfazer a curiosidade do médico, mas para compreender se este afastamento se deu em contexto de esgotamento (o marido ter saído de casa pela situação da filha com malformações congénitas), ou por discussões frequentes com a doente (motivadas eventualmente por alterações comportamentais ou quadro depressivo). Ainda assim não parece ser a resposta mais premente.*

---

### PERGUNTA 139

Uma mulher de 48 anos de idade, sua doente nos últimos 10 anos, vem à consulta por fadiga desde há quatro meses. Nega alterações do cabelo ou obstipação. Não perdeu peso e não apresenta outros sintomas sistémicos. Ela refere que tem tido mais tempo para estar com os seus amigos porque o filho mais novo saiu recentemente de casa para estudar na universidade. Quando interrogada sobre padrões de sono, queixa-se se não dormir muito bem, o que atribui ao facto de o marido risonar. A sua medicação habitual inclui estradiol, didrogesterona e um complexo multivitamínico que toma diariamente. O exame físico é normal com exceção de excesso de peso; o IMC é 26 kg/m<sup>2</sup>. Os resultados do eletrocardiograma e estudo analítico, incluindo hemograma completo e análises de urina, realizados dois meses antes para efeitos de contratação de um seguro, são normais.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado para determinar a causa da fadiga desta doente?

- A. Dosear ferritina sérica.
- B. Dosear hormona estimulante da tiroide.
- C. Investigar a presença de depressão.
- D. Investigar hábitos alimentares.
- E. Requisitar estudo do sono.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** A Perturbação Depressiva pode cursar com fadiga e alteração dos hábitos de sono. Devem ser investigados sintomas de índole depressiva antes de se proceder à requisição de exames complementares de diagnóstico.

*Restantes alíneas:*

*A - Seria recomendado doseamento de ferritina sérica caso o hemograma revelasse uma diminuição da hemoglobina abaixo do normal, o que não se verifica.*

*B - As alterações tiroideias podem cursar com fadiga, embora geralmente ocorram outros sintomas que não se verificam no presente caso. Ainda assim, devem ser descartados sintomas de índole depressiva antes de se proceder aos exames complementares de diagnóstico.*

*D - Dado o excesso de peso, os hábitos alimentares devem ser questionados e muito provavelmente proposto um plano alimentar. No entanto, a causa de fadiga deve ser a primeira preocupação nesta doente.*

*E - A fadiga pode ser secundária a um distúrbio do sono, no entanto devem ser descartados sintomas de índole depressiva antes de se proceder aos exames complementares de diagnóstico.*

---

## PERGUNTA 140

Uma mulher de 39 anos de idade recorre ao serviço de urgência por cefaleia intensa de novo desde essa manhã. Tem antecedentes de enxaqueca e dores ósseas crónicas sem diagnóstico estabelecido. Gesta 1, para 0, por abortamento às 7 semanas, aos 34 anos de idade. A medicação habitual inclui drospirenona + etinilestradiol e ibuprofeno em SOS. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 102/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 119/78 mmHg; SpO<sub>2</sub> 98% (ar ambiente). A mulher pontua a dor com 7 pontos numa escala de 10 pontos. Ela tem 160 cm de altura e pesa 76 kg; IMC 29,7 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico a doente apresenta-se vígil, colaborante e com *fácies* de dor. Observa-se pele com livedo reticular exuberante na face anterior dos braços e face medial das pernas. Os gânglios não são palpáveis. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Os exames do abdómen, musculoesquelético e neurológico não revelam alterações patológicas.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

<b>Soro</b>		Glucose	110 mg/dL
Creatinina	1,1 mg/dL	AST	34 U/L
Azoto ureico	35 mg/dL	ALT	56 U/L



Proteína C Reativa	9 mg/dL	Hemoglobina	13,4 g/dL
Sódio	141 mEq/L	Leucócitos	5400/mm <sup>3</sup>
Potássio	3,9 mEq/L	Neutrófilos, segmentados	68 %
		Linfócitos	24 %
		Plaquetas	89 x 10 <sup>9</sup> /L

## Sangue

A RM crânioencefálica revelou trombose do seio venoso cerebral transverso; sem outras alterações. Foi iniciada heparina em perfusão e a doente foi admitida numa unidade de vigilância contínua para estabilização e investigação adicional.

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

- A. Anticorpo anticardiolipina.
- B. Biópsia de pele.
- C. Ecocardiograma com doppler.
- D. Ecodoppler dos membros inferiores.
- E. Fator reumatoide.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Neurologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente apresenta vários factores de risco para trombose venosa cerebral, incluindo ser mulher, com excesso de peso e medicada com contraceptivo hormonal. Contudo, devem ser investigadas causas de trombofilias. Neste caso, a doente tem história de aborto, e apresenta PCR elevada e trombocitopenia, sugerindo o diagnóstico de Síndrome de Anticorpos Antifosfolipídicos, que é uma conhecida causa de trombose venosa cerebral. Um dos autoanticorpos que faz parte dos critérios laboratoriais de diagnóstico é o anticorpo anticardiolipina.

*Restantes alíneas:*

*B - Nas doenças neurológicas, e na ausência de lesões cutâneas, a biópsia de pele é normalmente feita na investigação de neuropatias periféricas de pequenas fibras, não sendo a manifestação clínica desta doente.*

*C - O ecocardiograma não faz parte dos critérios de diagnóstico da Síndrome de Anticorpos Antifosfolipídicos, embora possa ser útil na avaliação posterior das complicações deste síndrome ou de comorbilidades frequentemente associadas.*

*D - Já existe documentação de um evento trombótico vascular pela trombose venosa cerebral, pelo que não é necessário documentar outro evento para preencher este critério de diagnóstico da Síndrome de Anticorpos Antifosfolipídicos.*

*E - O factor reumatóide não é um dos autoanticorpos que faz parte dos critérios laboratoriais de diagnóstico da Síndrome de Anticorpos Antifosfolipídicos.*

---

### PERGUNTA 141

Uma mulher de 62 de idade recorre ao serviço de urgência por vómitos de conteúdo entérico, distensão abdominal e paragem de emissão de gases e fezes com 30 horas de evolução. Tem antecedentes de hemicolecomia direita laparoscópica por adenocarcinoma há 12 meses. O período pós-operatório dessa cirurgia foi complicado por infeção incisional profunda no local de exteriorização da peça operatória, onde se desenvolveu um hérnia incisional. Realizou quimioterapia adjuvante. Tem antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Os sinais vitais são temperatura 37,5°C, frequência cardíaca 110/min, frequência respiratória 20/min e pressão arterial 80/40 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 88% (ar ambiente). Ela tem 158 cm de altura e pesa 90 kg; IMC 36 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico revela um abdómen globoso e distensão abdominal, rubor e tumor no local da hérnia incisional. A doente refere dor à palpação da hérnia. Refere dor ligeira à descompressão. A auscultação abdominal revela escassos ruídos peristálticos metálicos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Os resultados da gasometria são os seguintes:

#### **Gases**

PO <sub>2</sub>	65 mm Hg
PCO <sub>2</sub>	36 mm Hg
pH	7,32
Bicarbonato	18 mEq/L
Lactatos	2,5 mmol/L
SatO <sub>2</sub>	89%

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado?

- A. Fluidoterapia endovenosa.
- B. Laparoscopia exploradora.
- C. Raio-X simples do abdómen.
- D. Redução da hérnia incisional.
- E. TC abdominal e pélvica.

## **Proposta Academia: A**

### **Chave oficial: A**

Área de conhecimento: Cirurgia Geral

**Validação da afirmação correcta:** Trata-se de um quadro de vômitos, distensão abdominal, paragem de emissão de gases e fezes, compatível com oclusão intestinal por hérnia estrangulada (sinais de compromisso vascular: rubor e a dor à descompressão), complicada por um eventual choque séptico e/ou hipovolémico. Na abordagem da doente desidratada e em choque, a fluidoterapia é prioritária para estabilização hemodinâmica.

*Restantes alíneas:*

*B - A laparoscopia pode não ser a opção mais segura e eficaz na abordagem urgente de abdómen agudo por oclusão, sobretudo em abdómen já operado.*

*C - Perante o diagnóstico clínico de hérnia estrangulada, a doente tem indicação operatória urgente, dispensando outros exames.*

*D - Trata-se de uma hérnia estrangulada. A tentativa de redução teria o risco de tornar generalizada uma peritonite que está neste momento localizada ao saco herniário.*

*E - Perante o diagnóstico clínico de hérnia estrangulada, a doente tem indicação operatória urgente, dispensando outros exames.*

---

## **PERGUNTA 142**

Um homem de 45 anos vem ao consultório médico por história de dor epigástrica em queimadura, intermitente, com três meses de evolução. Notou pela primeira vez a dor há três meses, após um jantar de grande volume. Desde então, teve episódios semelhantes de dor, habitualmente relacionados com situações de stress, após refeições em quantidade particularmente abundante ou quando corre para apanhar o autocarro. Não tem antecedentes patológicos de relevo. Bebe um copo de vinho por dia, ao jantar, e não fuma. A história familiar é relevante para cancro do cólon no pai, irmão mais velho com diabetes *mellitus* tipo 2 e mãe com enfarte agudo do miocárdio aos 55 anos de idade. Tem 178 cm de altura e pesa 82 kg; IMC 26 kg/m<sup>2</sup>. Os sinais vitais estão dentro dos padrões de normalidade e o exame físico, incluindo a avaliação abdominal, não

demonstra alterações. O eletrocardiograma em repouso não evidencia alterações.

Neste momento, qual dos seguintes estudos é o próximo passo mais adequado solicitar?

- A. Ecocardiograma.
- B. Endoscopia digestiva alta.
- C. Esofagografia com bário.
- D. Prova de esforço.
- E. TC torácica.

**Proposta Academia:** D/A

**Chave oficial:** D

Área de conhecimento: Gastroenterologia

**Validação da afirmação correcta:** a Prova de esforço (PE) é um dos MCD's possíveis para diagnóstico da doença arterial coronária (DAC). É classicamente definida com essencial neste diagnóstico (CECIL). Permite o diagnóstico nos doentes com PPT alto e permite excluir no doentes com PPT baixo. Neste caso com probabilidade pré-teste (PPT) intermédia-baixa, a PE se negativa apresenta um forte valor preditivo negativo e com isso possibilita a exclusão de DAC como causa de dor/epigastralgia. Aparentemente o doente não apresenta nenhuma condição que diminua a sensibilidade da PE (HVE, BCRE, Pré-Excitação, Digoxina, etc). No entanto, segundo a última Guideline da ESC para escolher entre ECG de esforço (PE) e Imagiologia de esforço (Eco, RMN, Cintigrafia) devíamos conhecer previamente a função do VE (FEVE) do doente (através de um ETT de repouso). Perante um doente com risco intermédio-baixo também é aceitável que se utilize AngioTAC Coronária para exclusão de DAC significativa.

A - Na Guideline ESC 2017 está claro que para uma definição clara da probabilidade pré-teste e de forma a determinar a função do VE (FEVE), está indicado realizar ETT em repouso, prévio ao teste de esforço, assim como análises laboratoriais, ECG Repouso e RX Tórax. Na nossa opinião esta alínea também deve ser considerada certa.

*Restantes alíneas:*

*B - A dor é sugestiva de angina cardíaca e não de patologia GI. O doente não apresenta Clínica, Antecedentes pessoais ou familiares que sugiram solicitar EDA com 1ª linha de diagnóstico.*

*C - A dor é sugestiva de angina cardíaca e não de patologia GI. O doente não apresenta Clínica, Antecedentes pessoais ou familiares que sugiram solicitar estudo baritado com 1ª linha de diagnóstico.*

*E - Não se utiliza TAC Torácica para diagnóstico de DAC. Poderia ser solicitado porém uma AngioTAC Coronária (ATC) para quantificação do Score de Cálcio Coronário, que poderia permitir excluir DAC.*

---

### PERGUNTA 143

Uma estudante universitária de 19 anos de idade, caucasiana, vem à consulta de medicina geral e familiar referindo: «Tenho tido problemas com os meus dedos desde que iniciei a faculdade. Tenho crises em que os meus dedos ficam frios e brancos. Por vezes acontece uma vez por semana, outras vezes uma dúzia de vezes por dia, especialmente durante o período de exame e quando tenho enxaquecas.» A doente toma contraceptivo oral. Ela tem tido enxaquecas clássicas muitas vezes por ano desde os 16 anos. Os sinais vitais são temperatura 36,2°C, frequência cardíaca 80/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 110/70 mm Hg. Tem 168 cm de altura e pesa 59 kg; IMC 21 kg/m<sup>2</sup>. O exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O médico assistente aconselha a doente a evitar a exposição súbita a temperaturas frias, a reduzir o *stress*, a vestir roupas quentes no tempo frio e a aquecer as mãos para terminar as crises. A doente regressa para dizer que o plano proposto não está a resultar.

Qual das seguintes farmacoterapias é a mais adequadas neste momento?

- A. Aspirina.
- B. Ergotamina.
- C. Nifedipina.
- D. Propranolol.
- E. Reserpina.

**Proposta Academia:** C

**Chave oficial:** C

Área de conhecimento: Reumatologia

**Validação da afirmação correcta:** O contexto clínico descreve uma jovem com Síndrome de Raynaud, que quando associado aos períodos de stress torna-se provavelmente primário (não associado a outras doenças, como o Lúpus eritematoso sistémico ou a Esclerodermia, por exemplo). O tratamento do fenómeno de Raynaud, para além das medidas locais de aquecimento e proteção

do frio, é feito com vasodilatadores. A opção certa para tratamento vasodilatador é a nifedipina, apresentando evidência superior às restantes opções.

*Restantes alíneas:*

*A - A aspirina é menos eficaz que a nifedipina para o tratamento do fenómeno Raynaud.*

*B - A ergotamina é um vasoconstritor, estando portanto contra-indicada neste caso.*

*D - O propanolol poderá agravar o fenómeno de Raynaud.*

*E - A reserpina poderá agravar o fenómeno de Raynaud.*

---

## PERGUNTA 144

Um homem de 73 anos de idade recorre ao serviço de urgência por prostração e diarreia profusa. Foi submetido a um ressecção intestinal extensa, hemicolectomia direita e jejunostomia terminal por quadro de isquemia mesentérica aguda há dois meses. Tem antecedentes de fibrilhação auricular e enfarte agudo há 10 anos. Ex-fumador (20 UMA, sem consumo há 10 anos). Está medicado com varfarina e bisoprolol. Os sinais vitais são temperatura 36,4°C, frequência cardíaca 70/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 100/50 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 96% (ar ambiente). Ele tem 178 cm de altura e pesa 57,7 kg; IMC 18,2 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico observa-se pele e mucosas descoradas e desidratadas. No exame do abdómen observa-se cicatriz de laparotomia mediana supra e infraumbilical, com ostomia no flanco direito; a palpação é indolor, sem defesa e sem massas ou organomegalias palpáveis.

Os resultados dos estudos analíticos revelam:

<b>Sangue</b>		VGM	78 fL
Hemoglobina	10 g/dL	Leucócitos	9000/mm <sup>3</sup>

Neutrófilos, segmentados	55%	Albumina	1,7 g/dL
Linfócitos	27%	Sódio	122 mEq/L
INR	1,3	Potássio	5,2 mEq/L

**Soro**

Creatinina 4,2 mg/dL

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

- A. Colite isquémica.
- B. Colite pseudomembranosa.
- C. Doença de Crohn.
- D. Gastroenterite aguda.
- E. Síndrome do intestino curto.

**Proposta Academia: E****Chave oficial: E**Área de conhecimento: Gastroenterologia

**Validação da afirmação correcta:** Consiste na má absorção resultante de ressecção extensa do intestino delgado (como no caso supracitado). Associa-se a diarreia e a deficiências nutricionais com desequilíbrios hidroelectrolíticos e hipoproteinemia com hipoalbuminemia. Tendo em conta o contexto clínico e achados analíticos, é a opção mais provável.

*Restantes alíneas:*

*A - Apesar dos antecedentes cirúrgicos e dos vários factores de risco cardiovasculares, a apresentação clínica não é sugestiva de colite isquémica (dor abdominal seguida de diarreia sanguinolenta).*

*B - Surge, habitualmente, em doentes medicados com antibióticos e manifesta-se com diarreia sem sangue, com ou sem dor abdominal.*

*C - Apesar da doença de Crohn apresentar dois picos etários, o segundo nesta faixa etária, tendo em conta os antecedentes e história actual, não é a causa mais provável.*

*D - Pode manifestar-se com diarreia e desequilíbrios hidroelectrolíticos. No entanto, tendo em conta os antecedentes associado a hipoalbuminemia, não é a opção mais provável.*

**PERGUNTA 145**

Um homem de 38 anos de idade, bancário de profissão, vem ao consultório médico por cansaço e dificuldade em manter as tarefas habituais na sua atividade profissional desde há seis meses. Ele nega emagrecimento, cefaleias, alterações da visão ou dor torácica. Não toma medicação habitualmente. Ele nega hábitos tabágicos e etílicos. Não tem restrições alimentares. A mãe tem hipertensão arterial que está medicada. Os sinais vitais são temperatura 36,1°C, frequência cardíaca 72/min, frequência respiratória 17/min e pressão arterial 142/90 mm Hg (membro superior direito) e 141/86 mm Hg (membro superior esquerdo). O doente tem 179 cm de altura e pesa 89 kg; IMC 27,8 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico observa-se um homem com bom estado geral, que aparenta estar ansioso. Observam-se mucosas normalmente coradas e hidratadas. As auscultações cardíaca e pulmonar encontram-se dentro dos parâmetro de normalidade. O abdómen apresenta-se globoso. A palpação do abdómen não revela massas anormais; não são audíveis sopros. O exame neurológico não revela alterações da força, sensibilidade ou dos reflexos osteotendinosos. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Qual das seguintes alternativas é o próximo passo mais adequado relativamente ao valor tensional registado?

- A. Iniciar bromazepam.
- B. Iniciar carvedilol.
- C. Reavaliar após duas semanas.
- D. Solicitar creatinina sérica.
- E. Solicitar ecocardiograma.

**Proposta Academia: C**

**Chave oficial: C**

Área de conhecimento: Medicina Interna

**Validação da afirmação correcta:** Perante os valores apresentados de TA, num indivíduo jovem (especialmente) sem outros fatores de risco CV ou lesão de órgão-alvo decorrente de HTA, deve ser confirmada a elevação da TA numa outra ocasião.

*Restantes alíneas:*

*A - As benzodiazepinas de longa ação não têm um papel no controlo tensional.*



*B - Num doente com baixo risco cardiovascular como o exposto, não deve ser iniciada terapêutica no imediato sem serem tentadas medidas de intervenção sobre o estilo de vida.*

*D - A creatinina sérica poderia ser importante após estabelecimento do diagnóstico de HTA para estudo de lesão de órgão-alvo ou causa secundária para a HTA.*

*E - O ecocardiograma poder-se-ia justificar no estudo de lesão de órgão-alvo relacionada com HTA.*

---

### PERGUNTA 146

Uma mulher de 36 anos de idade recorre ao serviço de urgência por dor de início súbito na base do hemitórax direito, que agrava com os movimentos respiratórios, associada a dispneia desde há dois dias. É nuligesta e tem história de asma na infância e adolescência. Sem outros antecedentes de relevo. Está medicada com contraceptivo oral (estroprogestativo) desde há seis meses. Os sinais vitais são temperatura 37,2°C, frequência cardíaca 99/min, frequência respiratória 24/min e pressão arterial 110/60 mm Hg; SpO<sub>2</sub> 93% (ar ambiente). Ao exame físico apresenta discreta cianose labial. A auscultação cardíaca revela S<sub>1</sub> e S<sub>2</sub> presentes, taquicardia, sem outras alterações. A auscultação pulmonar encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O restante exame físico encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O raio-X do tórax não apresenta alterações de significado patológico.

Os resultados dos estudos analíticos revelaram:

#### **Soro**

Creatinina	0,9 mg/dL
Glucose	119 mg/dL
Proteína C reativa	0,8 mg/dL
Sódio	142 mEq/L
Potássio	3,7 mEq/L
Cloro	102 mEq/L

#### **Sangue**

Hemoglobina	13 g/dL
Leucócitos	12000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos, segmentados	75%
Linfócitos	20%
Plaquetas	160 x 10 <sup>9</sup> /L

#### **Gases**

PO <sub>2</sub>	58 mmHg
PCO <sub>2</sub>	19 mmHg
pH	7,45
Bicarbonato	24 mEq/L

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

- A. Cultura de expetoração.
- B. D-dímeros.
- C. Espirometria.
- D. Exame ventilatório com difusão de monóxido de carbono.
- E. Pesquisa de vírus respiratórios (zaragatoa nasal).

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Pneumologia

**Validação da afirmação correcta:** A doente apresenta quadro sugestivo de tromboembolismo pulmonar – toma contraceptivos orais, apresenta-se com dor pleurítica e dispneia, sem sinais de infeção, e gasimetricamente com hipoxémia e hipocápnia. Portanto, pedir D-dímeros seria o mais indicado.

*Restantes alíneas:*

*A - Não há suspeita de infeção.*

*C - Não é adequado neste quadro.*

*D - Pode estar alterado no tromboembolismo pulmonar, mas não é utilizado para o seu diagnóstico.*

*E - Não tem quadro clínico sugestivo.*

---

## **PERGUNTA 147**

Um homem de 61 anos de idade, caucasiano, vem ao consultório médico porque a um colega de trabalho foi-lhe diagnosticado recentemente cancro do pulmão e está preocupado consigo próprio. Ele trabalha há 35 anos como canalizador numa refinaria de petróleo e fuma um maço de cigarros por dia há mais de 40 anos (40 UMA). Tem tido ocasionalmente infeções do trato respiratório superior para os quais lhe têm prescrito antibióticos. Há anos que o médico assistente o encoraja a deixar de fumar. Hoje, refere que tem tido alguma dispneia ao subir escadas e que tem tido tosse seca com alguma frequência desde há longo tempo. Os sinais vitais são temperatura 36,9°C, frequência cardíaca 78/min, frequência respiratória 16/min e pressão arterial 152/88 mm Hg. Tem 185 cm de altura e pesa 77 kg; IMC 22 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame físico nota-se pele e couro cabeludo danificados pelo sol. Observa-se hipocratismo digital. A auscultação

pulmonar revela diminuição dos sons respiratórios, sem ruídos adventícios. Restante exame do tórax sem alterações. O médico assistente realiza a prova cutânea de tuberculina e solicita um raio-X do tórax e análises serológicas. Quando o doente vem a consulta de seguimento o médico informa-o que a prova de tuberculina é negativa e que o raio-X do tórax revela lesões de fibrose e cicatriciais predominantemente nos campos pulmonares inferiores. As provas de função pulmonar mostram doença pulmonar restritiva e redução da capacidade de difusão e do volume respiratório forçado no primeiro segundo (FEV1).

Qual das seguintes alternativas é a causa subjacente mais provável da condição deste doente?

- A. Asbestos.
- B. Hidrocarbonetos.
- C. Poeiras orgânicas.
- D. Sílica.
- E. Zinco.

**Proposta Academia:** A

**Chave oficial:** A

Área de conhecimento: Pneumologia

**Validação da afirmação correcta:** Esta profissão pode estar associada à exposição de asbestos - caracteriza-se por fibrose pulmonar principalmente nos lobos inferiores e associa-se a hipocratismo digital.

*Restantes alíneas:*

*B - Pode estar associada a pneumoconiose com fibrose e o doente está constantemente exposto a hidrocarbonetos (petróleo), no entanto é uma etiologia muito mais rara e, portanto, não se considera esta como a mais correta.*

*C - Não há história de exposição a poeiras orgânicas (trabalho com alimentação, animais, etc).*

*D - Alterações arquiteturais maioritariamente associadas aos lobos superiores.*

*E - Não há história de exposição e é uma causa rara de desenvolvimento de doença pulmonar.*

**PERGUNTA 148**

Um homem de 78 anos de idade é trazido ao serviço de urgência por familiares devido a confusão mental nos últimos quatro dias, que tem vindo a agravar. A família menciona que o seu estado mental se tem vindo a deteriorar no último ano. Durante este período, também tem tido dores nas costas e nas articulações, astenia e perda ponderal de 4,5 kg. A história médica é de resto irrelevante e não toma qualquer medicação. Os sinais vitais são temperatura 36°C, frequência cardíaca 56/min, frequência respiratória 15/min e pressão arterial 138/78 mm Hg. Tem 173 cm de altura e pesa 67 kg; IMC 23 kg/m<sup>2</sup>. O doente encontra-se orientado para a pessoa, mas desorientado no espaço e no tempo. A auscultação cardíaca revela sopro sistólico audível no bordo esternal superior direito, sem irradiação. A palpação do úmero esquerdo, coluna vertebral, coxa e joelho direitos despoleta dor ligeira. Não apresenta outras alterações no exame físico, incluindo o exame neurológico.

Os resultados dos exames laboratoriais revelam:

<b>Sangue</b>		<b>Soro</b>	
Hematócrito	32 %	Cálcio	12,4 mg/dL
Leucócitos	8700/mm <sup>3</sup>	Azoto ureico	27 mg/dL
Neutrófilos, segmentados	60 %	Creatinina	3,9 mg/dL
Eosinófilos	3 %	Sódio	134 mEq/L
Linfócitos	32 %	Potássio	5,3 mEq/L
Monócitos	5 %	Cloro	108 mEq/L
Contagem de reticulócitos	1,3 %	Bicarbonato	24 mEq/L
		Fósforo	4,2 mg/dL
		Proteínas	
		Total	8,8 g/dL
		Albumina	2,8 g/dL

A TC do crânio não revela alterações patológicas.

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- A. Anemia hemolítica autoimune.
- B. Hiperparatireoidismo.
- C. Linfoma.
- D. Lúpus eritematoso sistémico.
- E. Mieloma múltiplo.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial:** E

Área de conhecimento: Medicina Interna

**Validação da afirmação correcta:** O doente apresenta as características CRAB (hipercalcemia, disfunção renal, anemia e, neste caso, dores ósseas – ainda sem referência radiográfica a lesões líticas). Com as características do doente exposto (com enfoque na idade), o diagnóstico mais provável é Mieloma Múltiplo.

*Restantes alíneas:*

*A - No caso de se tratar de AHAI, a contagem de reticulócitos esperada deveria ser superior.*

*B - Para consubstanciar o diagnóstico de hiperparatiroidismo num doente com hipercalcemia (HPT primário), é necessária a determinação do valor de PTH (que não se encontra exposto), bem como a presença de fósforo sérico baixo.*

*D - Não são notadas alterações da linha linfocitária, bem como não são descritas características clínicas de linfoma (sintomas B, adenopatias, etc).*

*E - Pela idade do doente, características clínicas e ausência de alterações analíticas que o comprovem, o diagnóstico de LES é improvável.*

---

## PERGUNTA 149

Uma mulher de 55 anos de idade vem ao consultório médico para uma avaliação inicial de rotina. A mulher refere que se tem sentido bem. Não tem efetuado outras vigilâncias de rotina para além de mamografia anual. O último teste de rastreio para cancro do colo do útero foi há cinco anos. Os sinais vitais e o exame físico encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. É efetuada colheita para citologia cervico-vaginal para rastreio do cancro do colo uterino. Qual dos seguintes resultados da citologia cervico-vaginal requer avaliação imediata?

- A. Alterações celulares compatíveis com atrofia.
- B. Alterações de metaplasia.
- C. Alterações na zona de transição.
- D. Células colunares.
- E. Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

**Proposta Academia:** E

**Chave oficial: E**

Área de conhecimento: Ginecologia

**Validação da afirmação correcta:** As células glandulares atípicas têm indicação para colposcopia (com ou sem biópsia do endométrio, dependendo da idade e fatores de risco).

BECKMANN CAP 47 – CERVICAL NEOPLASIA AND CARCINOMA

*“Atypical Glandular Cells and Other Glandular Abnormalities Glandular cell abnormalities comprise 0.4% of epithelial cell abnormalities. The risk associated with AGC is dramatically higher than that seen with ASC. The risk associated with glandular abnormalities increases as the description in the Bethesda classification system advances from AGC-NOS to AGC, favor neoplasia and, finally, to AIS. Women with AGC of any type except for atypical endometrial cells should undergo colposcopic evaluation, HPV DNA testing, and ECC. If a woman is 35 years or older or is at risk for endometrial neoplasia (i.e., she has unexplained vaginal bleeding or conditions suggesting chronic anovulation), endometrial sampling should also be performed. Women with atypical endometrial cells should have an endometrial biopsy and ECC.”*

*Restantes alíneas:*

*A - Expectável numa paciente pós-menopausa e sem relevância clínica.*

*B - Metaplasia é um processo fisiológico das células da junção escamo-colunar.*

BECKMANN CAP 47 – CERVICAL NEOPLASIA AND CARCINOMA

*“The epithelium is of two types: columnar (glandular) and stratified nonkeratinizing squamous epithelia. The columnar epithelium consists of a single layer of mucus-secreting cells that are arranged into deep folds or crypts. The area where the two types of epithelia meet is called the squamocolumnar junction (SCJ). The SCJ is clinically important, because it is the site where more than 90% of cervical neoplasias arise. During childhood, the SCJ is located just inside the external os. Under the influence of hormones and the acidification of the vaginal environment during puberty, subcolumnar cells undergo metaplasia, a process of transformation. The metaplasia of these cells causes the SCJ to “roll out,” or evert, from its prepubertal position inside the external os to a position on the enlarged cervical surface. Columnar epithelium is also rolled onto the cervical surface, where it is exposed to vaginal secretions, irritants, and a changing hormonal milieu.”*

*C - Não é um resultado possível na citologia. Nos resultados pode constar se a zona de transição é representada ou não representada.*

*D - São células normais do epitélio.*

---

## PERGUNTA 150

Um jovem de 20 anos de idade, estudante de design de moda, que havia sido internado no serviço de psiquiatria seis dias antes após uma tentativa de suicídio, está a participar numa reunião familiar com os pais para preparação da alta. O doente tem antecedentes de esquizofrenia com duas hospitalizações nos últimos dois meses. O primeiro internamento ocorreu porque o doente ouvia duas vozes que criticavam continuamente a sua aparência e a sua escolha de vestuário. Depois de ouvir estas vozes o doente acreditava que todas as pessoas se riam dele e o evitavam. Respondeu bem à terapia com risperidona e as vozes desapareceram. No entanto, duas semanas após a alta, o doente suspendeu a risperidona e foi novamente internado duas semanas depois na sequência de uma tentativa de suicídio. No decorrer deste internamento, o doente recusou reiniciar a risperidona, mas concordou em iniciar o aripiprazol. Desde o seu primeiro internamento, o doente afirma que perdeu o interesse pela moda dizendo «não me dá prazer e não me apetece fazer isso». Durante a reunião familiar, foi enfatizada a importância da adesão terapêutica. Os pais estão preocupados com o doente e pretendem saber mais a respeito do seu prognóstico. Qual dos seguintes é o efeito mais provável do tratamento?

- A. O tratamento irá aumentar a sua motivação para estudar design de moda.
- B. O tratamento irá diminuir o risco de recorrência da fase aguda da doença.
- C. O tratamento irá diminuir o risco de suicídio.
- D. O tratamento irá prevenir a recorrência de alucinações.
- E. O tratamento será mais efetivo do que as outras medicações antipsicóticas.

**Proposta Academia:** B

**Chave oficial:** B

Área de conhecimento: Psiquiatria

**Validação da afirmação correcta:** Vários estudos comprovaram a eficácia do uso continuado de antipsicóticos na prevenção de recaída de fase aguda (Oxford).

*Restantes alíneas:*

*A - A falta de motivação poderá ser um sintoma negativo ou poderá ser um sintoma de um quadro depressivo secundário à esquizofrenia. Apesar do aripiprazol poder ser usado no tratamento coadjuvante da depressão, a primeira linha é o uso de antidepressivos associados a antipsicótico no caso de Perturbação Depressiva secundária à esquizofrenia. Por outro lado, e apesar de o aripiprazol ser um dos antipsicóticos indicados na abordagem aos sintomas negativos, os antipsicóticos não são particularmente eficazes no tratamento destes. Deste modo, apesar de esta alínea não estar propriamente errada, não é a mais correcta das apresentadas.*

*C - Apenas o uso de clozapina e de antidepressivos foram associados à diminuição do risco de suicídio em doentes com esquizofrenia.*

*D - A agudização pode implicar, segundo os critérios de DSM-5, não só a recorrência de actividade alucinatória como de outros sintomas de cariz psicótico. Portanto, apesar de esta alínea não estar totalmente errada, a alínea B é mais completa.*

*E - Com a excepção da clozapina, não há diferenças substanciais na eficácia entre os diferentes antipsicóticos.*