



## Residência Médica UERJ 2021

### PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Angiologia (201) / Cardiologia (202) / Endocrinologia (203) / Gastroenterologia (204) /  
Geriatria (205) / Hematologia e Hemoterapia (206) / Nefrologia (207) / Pneumologia (208) /  
Reumatologia (209) / Clínica Médica (506)

#### PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **50** questões, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **3 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 1 hora** do início da prova

#### INSTRUÇÕES DA PROVA OBJETIVA

- 1) Na mesa, são permitidos apenas este caderno, o cartão-resposta e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, entregue este caderno e o cartão-resposta ao fiscal de sala.
- 3) Os três últimos candidatos somente poderão deixar a sala juntos, até que o último entregue a prova. Os três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

#### NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva (a bolinha deve estar completamente preenchida, caso contrário sua resposta poderá não ser computada. Somente as respostas nele assinaladas serão objeto de correção).

**Atenção:** Por motivo de segurança, o candidato **NÃO** poderá anotar seu gabarito em nenhum outro local que não seja seu cartão-resposta.

#### NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Verifique, somente após autorização do início da prova, a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha ou parte dela.

**Atenção:** Por motivo de segurança, este caderno **NÃO** poderá ser levado pelo candidato em nenhum momento.

**Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.**

ORGANIZADOR



**CEPUERJ**

**CLÍNICA MÉDICA**

**1)** Mulher de 55 anos apresenta história de disfagia a sólidos e líquidos concomitante de início há dois anos. Relata perda de 10kg nesse período, impactação do alimento em região torácica e dor torácica ocasional, que vem melhorando nas últimas semanas. Refere que, algumas vezes, elevar os braços ajuda ou ocorre regurgitação do alimento. O provável diagnóstico e o exame complementar que define o diagnóstico, respectivamente, são:

- a) acalasia / esofagomanometria
- b) carcinoma de esôfago / esofagografia
- c) anel de Schatzki / endoscopia digestiva alta
- d) hérnia diafragmática / tomografia computadorizada de tórax com contraste

**2)** Homem de 33 anos, em investigação de infertilidade, relata história de adinamia, cansaço a médios esforços e diarreia ocasional. Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 9,0g/dL, leucócitos = 4.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 110.000/mm<sup>3</sup>, VCM = 110, CHCM = 32, glicemia = 90mg/dL, creatinina = 0,9mg/dL, cálcio = 8,7mg/dL, fósforo = 2,5mg/dL, fosfatase alcalina = 750UI, proteína total = 7g/L, albumina = 3,3g/dL, globulina = 3,7g/dL e ferro sérico = 50ug/dL (normal = 65 a 175ug/dL). O exame de imagem mostra zonas de Looser ou padrão de pseudofraturas no fêmur esquerdo. Não há história de cirurgias prévias. A melhor hipótese diagnóstica e o exame complementar indicado, respectivamente, são:

- a) doença celíaca / biópsia intestinal
- b) doença de Whipple / biópsia intestinal
- c) amiloidose / ressonância magnética abdominal
- d) linfangiectasia intestinal / ressonância magnética abdominal

**3)** Homem de 21 anos, com anemia falciforme padrão SS, em uso crônico de ácido fólico (1mg/dia), refere várias internações por crises vaso-oclusivas, com algumas transfusões sanguíneas. Relata que, com o uso da hidroxiureia, houve redução das internações. Está com olhos amarelados e relata dor abdominal em hipocôndrio direito, colúria, náuseas e vômitos há 15 dias, mas nega febre, acolia fecal, dor óssea e quadro semelhante prévio. O exame físico mostra fígado palpável, dor em hipocôndrio direito, hepatimetria de 12cm, com bordas regulares e ausência de esplenomegalia. O exame de sangue apresenta os seguintes resultados: hemoglobina = 8g/dL, leucócitos = 10.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 450.000/mm<sup>3</sup>, reticulócitos = 14%, bilirrubina total = 8mg/dL, TGO = 100U/L, TGP = 134U/L, fosfatase alcalina = 845U/L, gama-GT = 120U/L, 5-nucleotidase = 25UI/L (normal: abaixo de 10UI/L). A complicação mais provável nesse quadro e o exame que definirá esse diagnóstico, respectivamente, são:

- a) síndrome de Gilbert superposta / dosagem da glicuronil-transferase
- b) hepatite viral pós-transfusional / marcadores de hepatite
- c) crise vaso-oclusiva intra-hepática / USG abdominal
- d) coledocolitíase / colangiorressonância

ORGANIZADOR

**CEPUERJ**

**4)** Idosa de 65 anos, com diabetes tipo 2 e doença renal crônica, em tratamento dialítico há vários anos, apresenta quadro de dor óssea. Foi realizada uma biópsia óssea, que mostra formação osteoide diminuída e baixo número de osteoclastos e osteoblastos, descrito como padrão de baixo *turnover* ósseo. Na doença renal crônica com osteodistrofia renal, o valor de PTH ideal seria por volta de 150pg/mL. Com isso, nesse caso, o PTH e a fosfatase alcalina, respectivamente, são:

- a) 90pg/mL / diminuída
- b) 90pg/mL / aumentada
- c) 250pg/mL / diminuída
- d) 250pg/mL / aumentada

**5)** Idoso de 60 anos, em investigação de tosse seca e emagrecimento, apresenta TC de pulmão com massa de 5cm próximo ao hilo direito. É fumante e etilista social. Está emagrecido e o nível de consciência está preservado. Os exames complementares mostram: hemoglobina = 10g/dL, glicemia = 95mg/dL, ureia = 15mg/dL, creatinina = 0,9mg/dL, ácido úrico = 2,5mg/dL, sódio = 122meq/L, potássio = 4,1meq/L, cloro = 100meq/L. O diagnóstico mais provável do distúrbio eletrolítico e o provável valor do sódio urinário em 24h, respectivamente, são:

- a) hiponatremia normovolêmica / menor que 30meq/L
- b) hiponatremia normovolêmica / maior que 30meq/L
- c) hiponatremia hipovolêmica / menor que 30meq/L
- d) hiponatremia hipovolêmica / maior que 30meq/L

**6)** Mulher de 45 anos, com quadro de angina instável, é internada para colocação de dois *stents* farmacológicos. Após 10 dias, inicia quadro de febre, dispneia e epistaxe. Nega precordialgia e, ao chegar ao hospital, evolui com crise convulsiva generalizada. Ao exame físico, está torporosa, com leve monoparesia em dimídio direito, hipocorada ++/4, petéquias em extremidades e sopro sistólico pancardíaco ++/4. Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 8g/dL, leucócitos = 12.000/mm<sup>3</sup>, com 5% de bastões, plaquetas = 15.000/mm<sup>3</sup>, BT = 3,0mg/dL, U = 80mg/dL, C = 3,5mg/dL, LDH = 1.000UI/L. O TAP e o PTT estão normais. O diagnóstico e a melhor conduta terapêutica nesse caso, respectivamente, são:

- a) ateroembolismo / plasmaférese
- b) endocardite infecciosa / antibióticos
- c) septicemia por estafilococos / antibióticos
- d) púrpura trombocitopênica trombótica / plasmaférese

**7)** Homem de 65 anos, com hipertensão arterial e diabetes tipo 2, se queixa de dispneia aos pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna há algumas semanas. Ao exame clínico: PA = 160/105mmHg, FC = 100bpm, turgência jugular a 45° e na ausculta cardíaca, o ritmo era regular em 3 tempos, com galope pré-sistólico, sem sopros. Havia crepitações bibasais na ausculta do aparelho respiratório e edema de membros inferiores ++/4. O ecocardiograma apresenta hipertrofia de VE concêntrica, aumento do AE e a fração de ejeção era de 53%. Nesse caso, o melhor tratamento é:

- a) clonidina e furosemida
- b) digitálico e indapamida
- c) betabloqueador e inibidor da enzima de conversão
- d) espironolactona associada ao controle adequado da pressão arterial

**8)** Homem de 63 anos, com hipertensão arterial bem controlada, está no 5º dia de pós-operatório de artroplastia de quadril. Apresenta desconforto precordial em aperto, sudorese fria e dispneia leve há seis horas. Ao exame físico, apresenta bulhas rítmicas, normofonéticas sem sopros, ausência de turgência jugular a 45°, mas com B3 e B4. Na ausculta pulmonar, há murmúrio vesicular, com estertoração fina nos terços inferiores de ambos os hemitórax; PA = 110 x 60mmHg, FR = 22irpm e FC = 110bpm. O ECG mostra supradesnível de ST de V1 a V6 e sobrecarga do átrio esquerdo. O diagnóstico é infarto agudo do miocárdio (IAM) e foi iniciado AAS. O tipo de infarto e a melhor conduta para esse quadro, respectivamente, são:

- a) IAM anterior, Killip II / uso de diuréticos e angioplastia primária urgente
- b) IAM laterodorsal, Killip II / o uso de diuréticos e angioplastia primária urgente
- c) IAM anterior, Killip III / priorizar a infusão de dobutamina, nitroglicerina e diuréticos
- d) IAM laterodorsal, Killip III / priorizar a infusão de dobutamina, nitroglicerina e diuréticos

**9)** Homem de 40 anos é internado por apresentar adinamia, cansaço, queda do estado geral e gengivorragia há sete dias. Nega história pregressa de cirurgia, perda sanguínea e uso de drogas. Há 45 dias, foi diagnosticado com hepatite, com transaminases acima de 1.000UI/L, sendo negativas as sorologias para vírus A, B e C. No exame físico está hipocorado ++/4, PA = 120 x 60mmHg, FC = 98bpm, FR = 20irpm, sem hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia. O exame de sangue realizado durante a internação apresentou os seguintes resultados: hepatograma sem alterações; hemoglobina = 6g/dL; VGM = 103, leucócitos = 2.500/mm<sup>3</sup> com diferencial mostrando 45% de linfócitos, 8% de monócitos, 45% de polimorfonucleares; plaquetas = 95.000; contagem de reticulócitos = 2,5%. As dosagens séricas de ferro e homocisteína são normais. O diagnóstico mais provável e o exame complementar para confirmar o diagnóstico, respectivamente, são:

- a) anemia aplástica / aspirado e biópsia de MO
- b) deficiência de B12 / dosagem do ácido metilmalônico
- c) anemia hemolítica / teste de Coombs direto e indireto
- d) leucemia mieloide crônica / pesquisa do cromossomo Philadelphia

**10)** Paciente de 70 anos refere adinamia, fraqueza e aumento do volume do pescoço. O exame físico mostra esplenomegalia e linfadenopatias de cadeia cervical. Relata episódios ocasionais de sinusite e faringite. Os exames complementares mostram: hemoglobina = 9g/dL, reticulócitos = 15%, leucócitos = 20.000/mm<sup>3</sup>, bastões = 2%, segmentados = 30%, linfócitos = 56%, monócitos = 5%, eosinófilos = 2%, plaquetas = 180.000/mm<sup>3</sup>, proteína total = 5g/dL, globulina = 1,2g/dL, VHS = 80mm/h e LDH = 1.000UI/L. O diagnóstico mais provável e a complicação associada, respectivamente, são:

- a) linfoma / anemia hemolítica microangiopática
- b) mieloma múltiplo / anemia hemolítica microangiopática
- c) mononucleose infecciosa / anemia hemolítica autoimune
- d) leucemia linfocítica crônica / anemia hemolítica autoimune

**11)** Homem de 60 anos, com quadro de doença diverticular colônica com perfuração, evolui com febre alta e persistente de 40°C. Inicia quadro de melena, associado a petéquias e hematúria. Os sinais vitais apresentam: PA = 80 x 60mmHg e FC = 120bpm. Os exames mostram leucócitos = 20.000, 20% de bastões, plaquetas = 40.000/mm<sup>3</sup>, PTT e TAP alargados, com níveis baixos de fibrinogênio. Foi iniciado tratamento com antibióticos de largo espectro. Para correção definitiva dessa coagulopatia, a prioridade deve ser:

- a) realizar plasmaférese
- b) administrar plasma fresco
- c) realizar laparotomia exploradora
- d) administrar ácido tranexâmico

**12)** Homem de 33 anos procurou atendimento médico com história de cefaleia, fotofobia e febre há sete dias. Apresenta leve rigidez de nuca. No liquor foram encontradas 50 células, 90% de células mononucleares; proteína = 70mg/dL; glicose = 50mg/dL; ausência de germes no Gram e cultura. Está em bom estado geral e tem história pregressa de úlcera dolorosa em bolsa escrotal há vários anos, com cicatriz e episódios esporádicos de nódulos eritemato-violáceos nas pernas e artralgia nos joelhos. O achado mais compatível com o diagnóstico do paciente é:

- a) VDRL positivo no sangue e no liquor
- b) PCR positivo para herpes-vírus no liquor
- c) glomerulonefrite e anti-DNA nativo positivo
- d) vasculite de médios vasos na biópsia dos nódulos

**13)** Idoso de 60 anos, com adenoma de paratireoide e cirurgia programada, relata que há dois dias, após uma longa caminhada, está com dor, edema e vermelhidão no joelho direito, associado a febre. O exame do joelho mostra artrite, com sinais flogísticos intensos e muita dor. É hipertenso e faz uso regular de hidroclorotiazida 25mg/dia. O exame de sangue recente apresenta os seguintes resultados: ácido úrico = 7,5mg/dL, creatinina = 1,7mg/dL, ureia = 48mg/dL, cálcio = 11,5mg/dL, fósforo = 2,9mg/dL. O exame de sangue atual mostra leucocitose e a punção articular indica líquido sinovial turvo, com 35.000 leucócitos, 90% de polimorfonucleares e coágulo pobre em mucina. O diagnóstico e o melhor tratamento para esse paciente, respectivamente, são:

- a) artrite séptica por salmonela / aspiração articular e antibióticos
- b) artrite séptica por estafilococos / aspiração articular e antibióticos
- c) artrite por cristais de fosfato de cálcio / aspiração articular e AINEs
- d) artrite por cristais de pirofosfato de cálcio / aspiração articular e AINEs

**14)** Mulher de 30 anos, com lúpus eritematoso sistêmico (LES) há três anos, em uso de hidroxicloroquina 400mg e 5mg de prednisona por dia, inicia quadro de dispneia progressiva, intensa dor tipo pleurítica, associada com crepitações em bases há alguns dias. A TC de tórax sem contraste (história de alergia) não evidencia doença parenquimatosa, mas mostra algumas faixas de atelectasia, leve espessamento pleural e redução volumétrica pulmonar. A cintilografia de ventilação/perfusão mostrou baixa probabilidade para embolia pulmonar. A prova de função respiratória mostrou volume expiratório forçado (VEF1seg) reduzido, índice de Tiffenau de 80% e teste da difusão de monóxido de carbono diminuído (DLCO). O diagnóstico mais provável é de:

- a) embolia pulmonar relacionado a SAF
- b) síndrome do pulmão encolhido
- c) infecção por coronavírus
- d) pneumonite lúpica

**15)** Mulher de 45 anos está com febre, astenia, mialgia, artralgia, mal-estar, perda de peso, sudorese noturna e cansaço há 45 dias. Ao exame físico: *click* e sopro sistólico em foco mitral, com irradiação para axila, lesões nodulares violáceas dolorosas presentes nas pontas dos dedos do terceiro e quarto quirodáctilos à esquerda, máculas eritematosas indolores nas palmas das mãos e baqueteamento digital. Os exames complementares mostram: hemoglobina = 10g/dL, leucócitos = 9.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 90.000/mm<sup>3</sup>, ureia = 45mg/dL, creatinina = 1,5mg/dL; fator reumatoide positivo; dosagem diminuída de complemento sérico, com C3 e C4 reduzidos. O resultado do exame de urina apresenta: hematúria dismórfica e proteinúria de 500mg em 24h. O diagnóstico mais provável e o exame utilizado para definir o diagnóstico, respectivamente, são:

- a) artrite reumatoide / dosagem de anti-CCP
- b) endocardite marântica / ecocardiografia transesofágica
- c) endocardite infecciosa / ecocardiografia bidimensional
- d) lúpus eritematoso sistêmico / pesquisa de anticorpo antifosfolípido

**16)** Um paciente em tratamento de hanseníase com rifampicina + dapsona dá entrada no pronto-socorro com queixas de cansaço e dispneia. Ao exame físico, encontra-se cianótico. O exame cardiopulmonar é normal, exceto por leve taquipneia (FR = 24irpm). O raio X do tórax é normal. O médico suspeita de efeito colateral do tratamento. As alterações gasométricas esperadas são:

- a)  $\text{PaO}_2$  baixo e  $\text{PaCO}_2$  alto
- b)  $\text{PaO}_2$  normal e  $\text{PaCO}_2$  baixo
- c)  $\text{PaO}_2$  normal e  $\text{PaCO}_2$  alto
- d)  $\text{PaO}_2$  baixo e  $\text{PaCO}_2$  baixo

**17)** Entre as pneumonias comunitárias, as que podem ser diagnosticadas com a pesquisa do antígeno urinário são:

- a) clamídia e hemófilo
- b) legionela e clamídia
- c) legionela e pneumococo
- d) hemófilo e pneumococo

**18)** Um paciente de 60 anos apresenta quadro de insuficiência respiratória aguda na indução anestésica de uma cirurgia eletiva. O anestesista procede à intubação e percebe grande quantidade de secreção gástrica não particulada na traqueia, que evolui com hipoxemia, leucocitose e evolui de um raio X normal para um raio X com “pulmão branco” em poucas horas. Além do suporte ventilatório, a conduta correta, nesse caso, é:

- a) antibioticoterapia
- b) corticosteroide
- c) diurético
- d) observar

**19)** Na prática clínica, é relativamente comum o crescimento de bactérias na urina de pacientes assintomáticos. Entre situações em que o tratamento é recomendado, mesmo na ausência de sintomas, estão:

- a) diabetes, gravidez e cateterismo urinário crônico
- b) prótese valvar aórtica, transplante renal recente e diabetes
- c) gravidez, procedimento urológico e transplante renal recente
- d) cateterismo urinário crônico, prótese valvar aórtica e procedimento urológico

**20)** Um paciente dá entrada no pronto-socorro, lúcido e orientado, com quadro de rigidez muscular e trismo, de início há 24 horas. Refere ferida na sola do pé esquerdo com caco de vidro, enquanto jogava futebol descalço, há cerca de uma semana. Ao exame, apresenta sinais vitais normais, com ferida cortante na sola do pé esquerdo, com sinais flogísticos. O paciente não sabe informar sobre sua história vacinal. Pensando no provável diagnóstico do paciente, o antibiótico de primeira escolha deve ser:

- a) penicilina cristalina
- b) metronidazol
- c) azitromicina
- d) cefazolina

**21)** Um paciente doa sangue e é chamado por conta de um resultado positivo para o HIV-1, repetido e confirmado. O paciente é assintomático. O médico solicita exames de imunofenotipagem (CD4/CD8), carga viral e genotipagem. Em relação ao início do tratamento, o recomendado, nos dias atuais, é iniciar o tratamento:

- a) com CD4 < 500 e com qualquer carga viral
- b) com qualquer CD4 e qualquer carga viral
- c) com CD4 < 500 e carga viral acima de 20.000 cópias
- d) com qualquer CD4 e carga viral acima de 20.000 cópias

**22)** Paciente de 68 anos com quadro de osteoartrite se automedica cronicamente com prednisona 30mg/dia. Refere fraqueza progressiva nos membros inferiores e superiores, proximal, sem alterações sensitivas, ganho de peso e estrias cutâneas abdominais nos últimos meses. Ao exame, tem face de lua cheia, obesidade centrípeta, atrofia da musculatura dos membros e estrias violáceas no abdômen. Tem dificuldade em levantar da cadeira. Os reflexos estão normais. O médico levanta a hipótese de *Cushing* iatrogênico e miopatia secundária. Nesse caso, em relação a CPK, eletroneuromiografia (função motora) e potássio, respectivamente, os índices devem estar:

- a) normal / normal / baixo
- b) aumentado / baixo / baixo
- c) normal / aumentado / baixo
- d) aumentado / baixo / normal

**23)** Mulher de 30 anos procura o médico relatando início de fraqueza progressiva no lado esquerdo da face de início há uma semana. Ao exame clínico, percebe-se desvio da comissura labial para a direita e dificuldade em franzir a testa e cerrar as pálpebras no lado esquerdo. Há também queixas de diminuição da acuidade visual do mesmo lado. Nesse caso, a conduta correta é:

- a) iniciar pulsoterapia
- b) solicitar punção lombar
- c) iniciar prednisona e aciclovir
- d) solicitar ressonância magnética do crânio

**24)** Mulher de 30 anos procura o médico com queixa de diplopia e ptose, fraqueza para mastigar e fraqueza proximal nos membros superiores e inferiores. O médico faz o diagnóstico de miastenia grave e inicia o tratamento com anticolinesterásicos. Na investigação diagnóstica, o médico solicita tomografia de tórax, que revela timo sem alterações. Diante desse resultado, deve recomendar:

- a) repetir o exame anualmente
- b) timectomia eletiva quando possível
- c) não repetir o exame, já que o timo está normal
- d) timectomia caso não responda ao tratamento clínico

**25)** Mulher de 40 anos procura o médico com queixas de “dor de garganta”, tremor, cansaço e insônia. Refere quadro viral há cerca de dez dias. Ao exame, encontra-se taquicárdica, eupneica, afebril. O exame da orofaringe é normal. A palpação da região cervical é dolorosa, com tireoide levemente aumentada difusamente. Apresenta T4 livre aumentado, TSH suprimido e VHS = 80mm/h. O melhor exame para confirmar a suspeita de tireoidite subaguda, nesse caso, é:

- a) ultrassonografia
- b) biópsia por agulha fina
- c) cintilografia com tecnécio 99
- d) ressonância magnética com contraste

**26)** Um paciente com diabetes do tipo 2 acrescenta dapaglifozina (inibidor do cotransportador 2 de sódio e glicose) ao seu esquema terapêutico. Os principais efeitos colaterais relacionados a essa classe de drogas são:

- a) diarreia, poliúria, desidratação
- b) hipoglicemia, diarreia e acidose
- c) poliúria, desidratação, infecção genital e urinária
- d) hipoglicemia, infecção genital e urinária, acidose

**27)** Paciente diabético do tipo 1, de longa data, apresenta-se ao médico com queixas de anorexia, náuseas, vômitos e sensação de saciedade precoce. O médico suspeita de gastroparesia diabética. O melhor exame para confirmação diagnóstica é:

- a) endoscopia digestiva alta
- b) estudo baritado da motilidade gástrica
- c) enterotomografia com contraste iodado
- d) cintilografia com refeição radiomarcada

**28)** Homem de 30 anos procura o médico com queixa de aumento testicular esquerdo indolor. O exame dos testículos revela presença de massa testicular indolor no testículo esquerdo. A ultrassonografia (USG) revela massa homogênea de 3cm. A abordagem diagnóstica correta é:

- a) biópsia a céu aberto com patologia na sala
- b) PSA + alfa-fetoproteínas séricas
- c) orquiectomia inguinal
- d) LDH + CEA

**29)** Idoso de 60 anos, fumante de longa data, procura o médico com queixas de aparecimento de um caroço no pescoço. Ao exame clínico apresenta adenomegalia de 4cm em região cervical anterior, endurecida e aderida aos planos profundos. O restante do exame físico, incluindo o exame de rotina da cavidade oral, é normal. O médico faz uma punção com agulha fina e o laudo histopatológico revela carcinoma escamoso. O próximo passo para a investigação do sítio primário é realizar:

- a) PET-scan de corpo inteiro
- b) pan-endoscopia com biópsias seriadas
- c) TC da cabeça e pescoço com contraste
- d) ressonância magnética da cabeça e pescoço

**30)** Paciente com cirrose secundária a hepatite C tratada realiza USG de rotina que apresenta lesão única de 3cm de diâmetro. No caso de suspeita de hepatocarcinoma, a abordagem diagnóstica correta deve ser solicitar:

- a) tomografia de quatro fases
- b) biópsia por agulha
- c) alfa-fetoproteína
- d) PET-scan

**31)** Homem de 60 anos, obeso, apresenta há cinco anos história de queimação retroesternal, que piora após a alimentação e ao deitar. Evolui com disfagia a sólidos há algumas semanas, mas sem anemia e emagrecimento. O teste respiratório para *Helicobacter pylori* é positivo. O exame complementar mais importante para a decisão da indicação cirúrgica é:

- a) pHmetria mostrando refluxo em mais de 30% das 24 horas
- b) endoscopia digestiva alta com sinais de esofagite e/ou estenoses
- c) seriografia esofagogastroduodenal com achados de hérnia de hiato
- d) esofagomanometria com alta expressiva da pressão do esfíncter esofágico inferior

**32)** Homem de 38 anos relata episódios de dor abdominal em hipocôndrio direito, prurido, icterícia, alteração da cor da urina com períodos de colúria, com início do quadro há 60 dias. Nega febre e acolia fecal. Tem história de diarreia há 5 anos, em investigação. O exame físico mostra fígado doloroso, com hepatimetria de 12cm, com bordas regulares e ausência de esplenomegalia. Os exames iniciais mostram hemoglobina = 13g/dL, leucócitos =  $10.000/\text{mm}^3$ , plaquetas =  $450.000/\text{mm}^3$ , bilirrubina total = 8mg/dL, TGO = 68UI/L, TGP = 74UI/L, fosfatase alcalina = 1.845UI/L, GT = 320UI/L, 5-nucleotidase = 35UI/L (normal: abaixo de 10UI/L). Os marcadores de hepatite A, B e C são negativos e o USG abdominal mostra fígado levemente heterogêneo e ausência de dilatação das vias biliares. O diagnóstico mais provável e o exame complementar mais indicado, respectivamente, são:

- a) colangite esclerosante / colangiorressonância das vias biliares
- b) coledocolitíase / colangiografia endoscópica retrógrada
- c) síndrome de Mirizzi / TC de abdômen com contraste
- d) cirrose biliar primária / anticorpo antimitocôndria

**33)** Homem de 62 anos com cirrose alcoólica é internado com quadro de anasarca e leve dor abdominal. Não há comprometimento respiratório, febre, evidências de encefalopatia. Os exames de sangue apresentam: hemoglobina = 12g/dL creatinina = 1,2mg/dL, ureia = 48mg/dL, sódio = 130meq/L, potássio = 4,4meq/L, bicarbonato = 30meq/L, proteína total = 6,0g/dL, albumina = 3,2g/dL. Está em dieta com restrição de sal e usando espironolactona 100mg/dia, propranolol 80mg/dia e furosemida 40mg/dia. A paracentese mostra líquido ascítico com proteína = 2,0g/dL, albumina = 1,2g/dL, citologia com 500 células/ $\text{mm}^3$  e 60% de polimorfonucleares. Pensando no tratamento da complicação e na prevenção de complicações renais, a melhor conduta é prescrever:

- a) cefotaxima e infundir salina
- b) norfloxacino e infundir salina
- c) cefotaxima, suspender o betabloqueador e infundir albumina
- d) norfloxacino, suspender o betabloqueador e infundir albumina

**34)** Homem de 50 anos, com história de tabagismo e etilismo, é internado com quadro de dor torácica, tosse produtiva, febre e queda do estado geral, iniciando uso de antibióticos. No segundo dia de internação, o paciente evolui com inquietude, irritabilidade, confusão mental, parestesias em extremidades, fraqueza muscular, taquicardia, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) e convulsão. Os exames mostram: hemoglobina = 10g/dL, leucócitos =  $10.000/\text{mm}^3$ , plaquetas =  $200.000/\text{mm}^3$ , glicemia = 100mg/dL, creatinina = 1,5mg/dL, ureia = 68mg/dL, CK = 4.000UI/L, TGO = 220UI/L, TGP = 50UI/L. O provável diagnóstico e sua complicação, respectivamente, são:

- a) síndrome de abstinência alcoólica / hipofosfatemia
- b) síndrome de abstinência alcoólica / hipocalcemia
- c) hepatite alcoólica / encefalopatia hepática
- d) hepatite isquêmica / encefalopatia hepática

**35)** Paciente com 65 anos apresentou quadro de sonolência, bradipsiquismo, intolerância ao frio e bradicardia. O resultado do exame de sangue mostrou T4 livre baixo, TSH aumentado, leucograma de  $10.000/\text{mm}^3$  com 3% de bastões. Iniciou-se reposição com T3 e T4 e, no 5º dia do tratamento, evoluiu com queda da pressão arterial sem resposta a volume, acidose metabólica com aumento do lactato, hipoglicemia e hiponatremia. Além de administrar antibiótico, o paciente deve iniciar:

- a) noradrenalina
- b) hidrocortisona
- c) dobutamina
- d) adrenalina

**36)** Homem de 50 anos, dislipidêmico, com quadro de doença coronariana e sintomas progressivos, usando AAS e betabloqueador em dose plena, colocará dois *stents* farmacológicos. O paciente apresenta a variante genética com perda da função do alelo 2C19\*2, do sistema do citocromo P450. As funções renal e hepática são normais. Pensando em evitar a trombose do *stent*, a melhor opção para associar ao AAS deve ser feita com:

- a) prasugrel
- b) ticlopidina
- c) dipiridamol
- d) clopidrogel

**37)** Mulher de 55 anos tem história de dor lombar e hematúria macroscópica com três episódios anteriores semelhantes há alguns anos, com resolução espontânea. Nega outras queixas urinárias ou febre. O exame físico é inexpressivo e o resultado dos exames laboratoriais mostram: hemoglobina =  $12,5\text{g/dL}$ , leucócitos =  $9.000/\text{mm}^3$ , plaquetas =  $250.000/\text{mm}^3$ , creatinina =  $1,3\text{mg/dL}$ , ureia =  $40\text{mg/dL}$ . O resultado do exame de urina de 24h mostra volume de 2,3L; 80 a 100 hemácias/campo, sem proteinúria ou piúria; pH = 5,0; densidade = 1.004, achados semelhantes aos episódios prévios. Os exames complementares para definir o diagnóstico são:

- a) cultura para tuberculose urinária e genexpert urinário
- b) fator antinuclear sérico e biópsia renal com imunofluorescência
- c) citologia urinária para pesquisa de tumor urotelial e cistoscopia
- d) TC abdominal com contraste e eletroforese de hemoglobina no sangue

**38)** Mulher de 50 anos, em investigação de anemia, apresenta os seguintes dados: hemoglobina =  $9\text{g/dL}$ , leucócitos =  $10.000/\text{mm}^3$ , plaquetas =  $350.000/\text{mm}^3$ , VCM = 75fL, HCM = 26pg, reticulócitos = 0,8%, ferro sérico =  $45\text{ug/dL}$  (50-150ug/dL), TIBC =  $300\text{ug/dL}$  (300-360ug/dL), ferritina =  $100\text{ug/dL}$ . O índice de saturação da transferrina e o diagnóstico mais provável, respectivamente, são:

- a) 15% / anemia ferropriva
- b) 20% / anemia sideroblástica
- c) 15% / anemia de doença crônica
- d) 20% / anemia por talassemia minor

**39)** Homem de 39 anos, com história de formigamento e dormência na ponta dos dedos das mãos, evolui com a presença de úlcera dolorosa em indicador da mão direita, com a necessidade de analgésicos potentes. Tem fenômeno de Raynaud há vários anos. Os pais eram diabéticos e dislipidêmicos. O paciente realizou exames de rotina há quatro meses, com os seguintes resultados: hemoglobina glicada = 5,8%, LDL-colesterol = 120mg/dL, triglicerídeos = 150mg/dL. Refere tabagismo e etilismo. Além da lesão ulcerada na mão, o exame físico apontou presença de tromboflebite superficial de repetição na perna esquerda. Os pulsos periféricos eram normais, exceto o pulso radial à direita; também havia cianose do indicador e do polegar da mão direita. O diagnóstico mais provável é de:

- a) aterosclerose
- b) esclerodermia
- c) tromboangeíte obliterante
- d) microangiopatia do diabético

**40)** Mulher de 34 anos com quadro de poliartralgia em joelhos e tornozelos de início há três dias, associado com febre de até 39°C, evolui com calafrios e aparecimento de lesões petequiais nos dedos das mãos, com evolução para pápulas e, mais tarde, para pústulas. Ao exame físico, apresenta artrite em joelho direito, com sinais flogísticos, limitação do movimento e muita dor. A melhor conduta diagnóstica e terapêutica nesse caso, respectivamente, deve ser:

- a) RM do joelho direito / colchicina e AINEs
- b) punção do joelho direito / ceftriaxona e AINEs
- c) punção do joelho direito / penicilina cristalina e azitromicina
- d) RM do joelho direito / colchicina e corticoide em dose anti-inflamatória

**41)** Mulher de 55 anos apresenta, em exame de rotina, nódulo solitário no lobo direito da tireoide. A USG mostrou nódulo sólido de 2cm e uma punção aspirativa da lesão apresentou o laudo citológico de uma neoplasia folicular classificada como Bethesda tipo IV. Os resultados de T4 livre e TSH estavam dentro dos valores normais. A conduta mais adequada, nesse caso, é:

- a) repetir a punção guiada pelo USG
- b) puncionar e instilar álcool para necrose do nódulo
- c) realizar testes moleculares com expressão genética
- d) realizar tireoidectomia parcial e acompanhar com tireoglobulina

**42)** Mulher de 40 anos, com hipertensão arterial sistêmica de difícil controle há alguns anos, evolui com cansaço, fraqueza muscular, câibras, cefaleia e adinamia. Os níveis tensionais estão elevados e o fundo de olho mostra cruzamentos patológicos, áreas de hemorragia e edema de papila. Há diminuição da amplitude da carótida direita associada com sopro. Os exames laboratoriais revelam glicemia = 90mg/dL, ureia = 20mg/dL, creatinina = 0,9mg/dL, sódio = 140meq/L, potássio = 3,2meq/L, bicarbonato = 32meq/L. Os níveis da renina, assim como os de aldosterona, estavam altos e foram realizadas sem uso de medicamentos. O diagnóstico mais provável é de:

- a) estenose da artéria renal por displasia fibromuscular
- b) estenose da artéria renal por placas ateromatosas
- c) vasculite de grandes vasos por poliarterite nodosa
- d) vasculite de grandes vasos por arterite temporal

**43)** Homem de 55 anos, tabagista 30 maços-ano há 15 anos, realiza TC de tórax, com achado de nódulo pulmonar subsólido (aspecto de vidro fosco puro), solitário, de 1cm em lobo inferior esquerdo, sem calcificações. Nega emagrecimento e etilismo. Não apresenta TC prévia para comparação. Em relação ao caso, é correto afirmar que:

- a) o aspecto em vidro fosco eleva a chance de malignidade
- b) se maligno, o tipo histológico mais provável é epidermoide
- c) existe indicação de acompanhamento com nova TC em três meses
- d) existe indicação imediata de realização de PET-scan para a definição de malignidade

**44)** Homem de 54 anos realizou colonoscopia para rastreamento de neoplasia colorretal. No exame foi detectado um pólipó pediculado de 1,3cm, que foi totalmente removido. A análise histológica revelou um pólipó adenomatoso, sem áreas de displasia. Nesse caso, a melhor conduta é repetir a colonoscopia em:

- a) 1 ano
- b) 3 anos
- c) 5 anos
- d) 10 anos

**45)** Mulher de 45 anos dá entrada no pronto-socorro com história de cefaleia súbita de forte a intensa, associada com fotofobia, náuseas, vômitos, com posterior queda no banheiro há 48 horas. Durante o exame físico demonstrou certa confusão mental e leve rigidez de nuca. Após alguns dias, passa a apresentar piora da cefaleia, náuseas e vômitos, rebaixamento de nível de consciência progressiva, papiledema, diplopia com alteração da mirada lateral à esquerda e bradicardia. A tomografia mostra sangue no espaço subaracnoide, ventriculomegalia e apagamento de sulcos e cisternas encefálicas. O diagnóstico da patologia de base, sua complicação e tratamento, respectivamente, são:

- a) hemorragia intraparenquimatosa por TCE / vasoespasma / corticoide
- b) hemorragia subaracnoide por rotura de aneurisma / vasoespasma / corticoide
- c) hemorragia intraparenquimatosa por TCE / hidrocefalia / derivação ventriculoperitoneal
- d) hemorragia subaracnoide por rotura de aneurisma / hidrocefalia / derivação ventriculoperitoneal

**46)** Mulher de 30 anos inicia quadro com febre de 38°C, cefaleia e discreta rigidez de nuca há sete dias. A paciente tem artrite reumatoide e faz uso de 20mg de prednisona e metotrexate de longa data. Está sonolenta, confusa, com sinal de Kernig e Brudzinski. O fundo de olho é normal e o exame do liquor mostra: 500 células/mm<sup>3</sup> (55% células mononucleares e 45% de neutrófilos), proteína = 165mg/dL, glicose = 45mg/dL e tinta Nankim negativa. A paciente apresenta anti-CCP positivo e anti-HIV por ELISA não reagente. O Gram da cultura positiva do liquor e do sangue só mostra bastonetes Gram-positivos. O tratamento preferencial deve ser feito com:

- a) ampicilina, podendo associar gentamicina por 3 semanas
- b) ceftriaxone, podendo associar vancomicina por 3 semanas
- c) penicilina cristalina, podendo associar gentamicina por 10 dias
- d) sulfa x trimetopim, podendo associar vancomicina por 10 dias

**47)** Mulher de 40 anos, veterinária, apresenta lesão ulcerada no dorso da mão direita há dois meses. No exame físico há presença de nódulos eritematosos em todo o braço direito de início há duas semanas e não há linfadenopatia. A paciente nega febre. O diagnóstico e o melhor exame a ser solicitado nesse caso, respectivamente, são:

- a) esporotricose linfocutânea / exame direto do raspado da lesão
- b) esporotricose linfocutânea / cultura do raspado da lesão
- c) síndrome de Sweet / pesquisa de FAN e crioaglutininas
- d) síndrome de Sweet / biópsia do nódulo eritematoso

**48)** Homem de 30 anos relata história de dor intensa, descarga anal mucopiossanguinolenta, associada com uma adenite inguinal que evolui para fistulização. Há ulceração e estenose retal e a biópsia dessa mucosa mostra criptite com um processo inflamatório composto por linfócitos, monócitos, polimorfonucleares e células gigantes, formando tecido granulomatoso. O agente etiológico causador desse quadro e sua confirmação clínica, respectivamente, são:

- a) *Treponema pallidum* / sorologia com VDRL e FTA-ABS
- b) *Neisseria gonorrhoeae* / Gram e cultura do material coletado
- c) *Chlamydia trachomatis* / teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) do swab retal
- d) *Calymmatobacterium granulomatis* / teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) do swab retal

**49)** Homem de 45 anos apresenta quadro de febre esporádica, perda do movimento da metade da face do lado esquerdo, perda do paladar, dificuldade de deglutição, associado com visão turva, olho vermelho e dor à movimentação ocular de evolução em meses. No exame físico, as parótidas estavam aumentadas, dolorosas e com saída de secreção clara dos seus óstios. Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 12g/dL, leucócitos = 10.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 240.000/mm<sup>3</sup>, creatinina = 1,0mg/dL, cálcio = 9,8mg/dL, proteína total = 7,0g/dL com albumina = 3,2g/dL, amilase = 1.000UI/L. Esse quadro é sugestivo de síndrome de:

- a) Behçet
- b) Ramsay-Hunt
- c) Vogt-Koyanagi-Harada
- d) Heerfordt por sarcoidose

**50)** Mulher de 55 anos, com miocardiopatia dilatada, refere apresentar, há cerca de 15 dias, piora da dispneia, tosse seca e dor tipo pleurítica, apesar de fazer uso de furosemida, enalapril, carvedilol, hidralazina e espironolactona. Estava dispneica e com exame físico de derrame pleural à esquerda. O exame de imagem mostrou algum grau de congestão pulmonar, cardiomegalia e derrame pleural do hemitórax esquerdo até o terço médio. Os exames laboratoriais mostraram: hemoglobina = 11g/dL, leucócitos = 9.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas = 280.000/mm<sup>3</sup>, creatinina = 1,0mg/dL, proteína total = 6,2g/dL, LDH = 250UI/L. A análise do líquido pleural revelou cor amarelo citrino; proteína = 3,0g/dL; LDH = 125UI/L, 300 leucócitos/mm<sup>3</sup>, sendo 90% mononucleares; glicose = 65mg/dL; pH = 7,35, adenosina deaminase = 30UI/L, interferon-gama de 120pg/mL (normal até 120pg/mL), pró-BNP de 1.600pg/mL e a pesquisa de células malignas foi negativa. Em relação ao derrame pleural, nesse caso, é correto afirmar que é um:

- a) transudato, e o pró-BNP nesse nível define sua causa cardiológica
- b) transudato, achado, na maioria das vezes, na embolia pulmonar
- c) exsudato por lúpus induzido pela hidralazina
- d) exsudato por tuberculose pleural