

**Programas:**

Cardiologia  
Gastroenterologia  
Hematologia e Hemoterapia  
Hepatologia  
Nefrologia  
Oncologia Clínica

## RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2025

### PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

15/12/2024

Este caderno, com 28 páginas numeradas, contém 50 questões objetivas de Clínica Médica. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.

### INFORMAÇÕES GERAIS

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, *smartphones*, *tablets*, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

BOA PROVA!

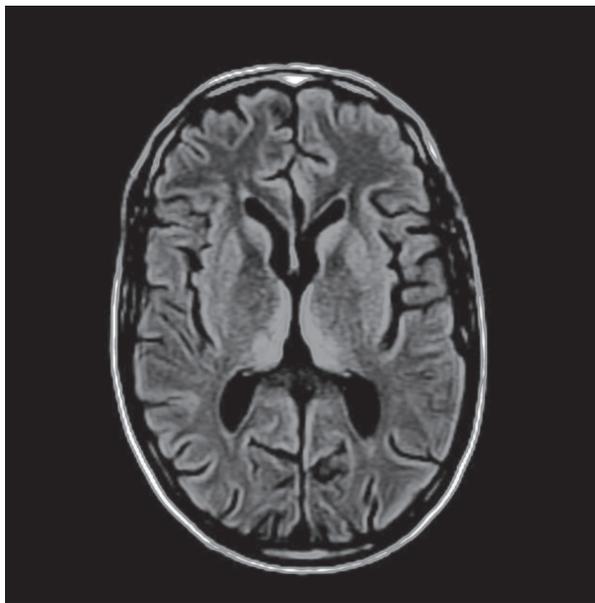
## 01

Homem, 62 anos, com cirrose hepática por hepatite C, dá entrada na emergência em decorrência de hematêmese. Nega episódios prévios semelhantes. Ao exame físico, se encontra hipotenso (PA: 80 x 50 mmHg), taquicárdico (FC: 114 bpm), hipocorado (++)/4+, hipo-hidratado (+/4+) e com ascite moderada. É colhido laboratório de urgência que evidencia anemia, plaquetopenia e aumento de ureia. Com base em tal caso e na provável causa da complicação apresentada, a alternativa que descreve a melhor conduta logo após a estabilização hemodinâmica é:

- (A) Prescrição de análogo de somatostatina e realização de endoscopia digestiva alta para ligadura elástica.
- (B) Prescrição de inibidor de bomba de prótons e encaminhamento imediato para a realização de cirurgia.
- (C) Prescrição de betabloqueador e realização de endoscopia digestiva alta ambulatorialmente.
- (D) Realização imediata de paracentese de alívio e prescrição de betabloqueador.

## 02

Homem, 52 anos, etilista crônico, comparece à unidade de emergência acompanhado da esposa, que descreve que o paciente amanheceu desorientado. Também há o relato de que o paciente vem apresentando, há cerca de 3 dias, quadro de ataxia da marcha. Ao exame físico, além de franca desorientação no tempo e espaço, observa-se marcha cerebelar e nistagmo horizontal e vertical. É realizada a ressonância magnética do crânio abaixo demonstrada.



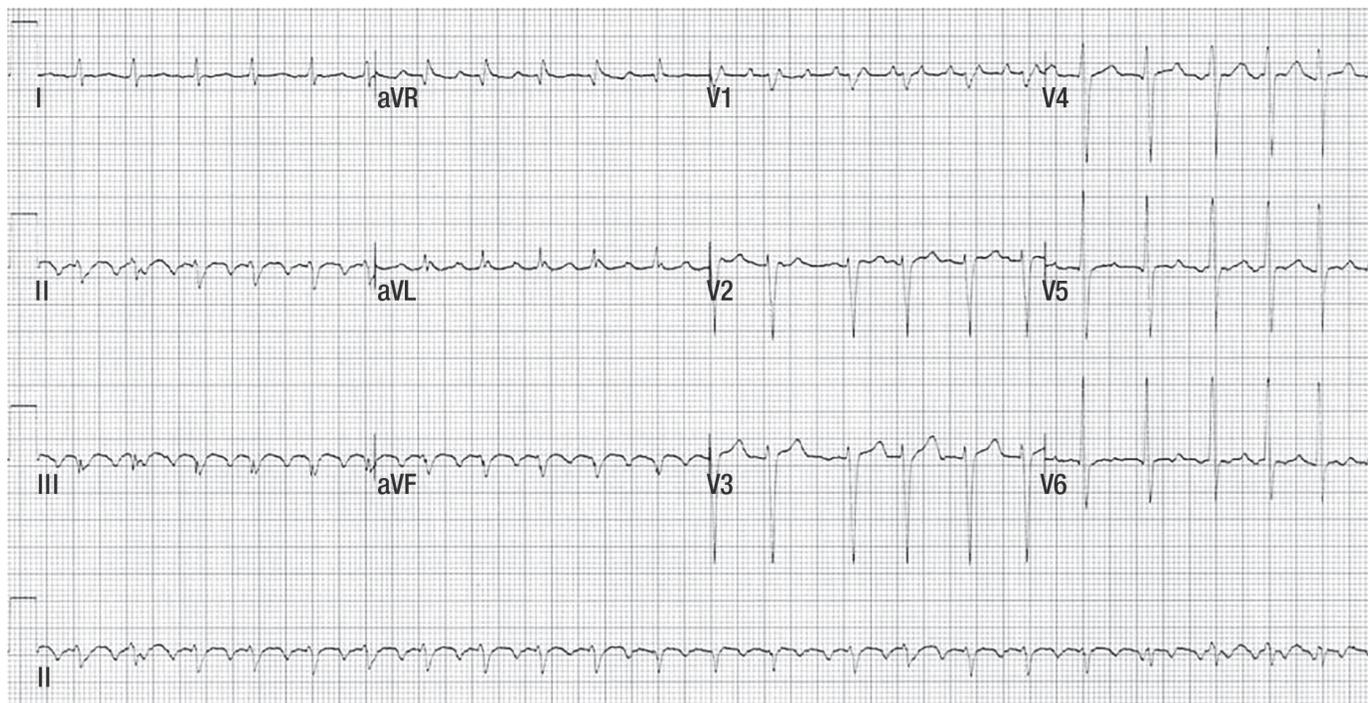
Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

A alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica e a conduta indicada está em:

- (A) Encefalite autoimune; rastreio neoplásico.
- (B) Encefalite herpética; prescrição de aciclovir.
- (C) Encefalopatia de Wernicke; prescrição de tiamina.
- (D) Acidente vascular encefálico isquêmico; trombólise.

# 03

Mulher, 68 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dá entrada na emergência em decorrência de quadro de palpitações, fadiga e dispneia de início há cerca de uma hora. Ao exame físico, apresenta taquicardia (FC: 150 bpm) e sibilos esparsos. É realizado o eletrocardiograma (ECG) abaixo.



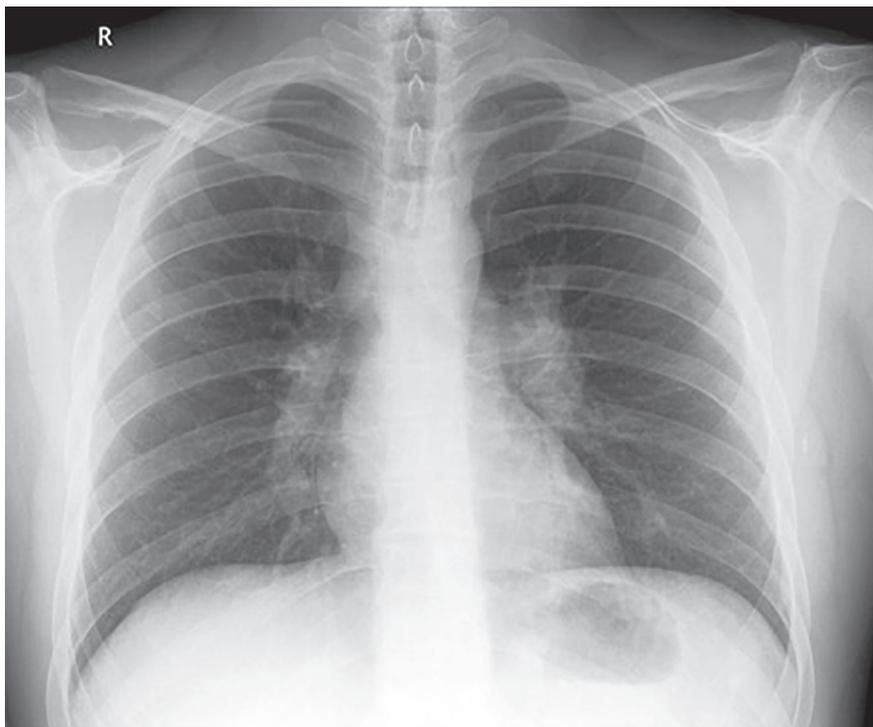
Disponível em: [www.litfl.com](http://www.litfl.com).

O ritmo demonstrado no traçado do ECG acima é:

- (A) Taquicardia por reentrada nodal.
- (B) Taquicardia atrial multifocal.
- (C) Fibrilação atrial.
- (D) Flutter atrial.

# 04

Homem, 40 anos, previamente hígido, comparece à unidade de emergência em decorrência de febre, cansaço, lesões cutâneas em membros inferiores e artralgias. Ao exame físico, apresenta uveíte anterior, eritema nodoso em ambas as pernas e sinais inflamatórios em cotovelo esquerdo, punho direito, joelho esquerdo e tornozelo direito. Exame laboratorial evidencia aumento de provas inflamatórias e hipercalcemia discreta. É realizada a radiografia de tórax abaixo.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

A hipótese diagnóstica principal é:

- (A) Silicose.
- (B) Artrite Reumatóide.
- (C) Síndrome de Löfgren.
- (D) Lupus eritematoso sistêmico.

## 05

Mulher, 72 anos, em acompanhamento médico por hipertensão arterial sistêmica e arterite temporal, comparece a consulta com a Clínica Médica com relato de início, há 3 dias, de dor intensa nos ombros e na cintura escapular. Refere, ainda, rigidez dessas regiões, particularmente pela manhã. Nega lesões dermatológicas. Traz consigo exames laboratoriais que evidenciam aumento da velocidade de hemossedimentação e leve anemia normocítica e normocrômica. Diante dos dados apresentados, a provável hipótese diagnóstica é:

- (A) Dermatomiosite.
- (B) Polimialgia reumática.
- (C) Síndrome anti-sintetase.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico.

## 06

Homem, 48 anos, com diagnóstico recente de tuberculose pulmonar, em tratamento irregular com RIPE, dá entrada na unidade de emergência com relato de dor torácica e fadiga. Ao exame físico, se encontra hipotenso (PA: 90 x 60 mmHg), taquicárdico (FC: 116 bpm), com hipofonese de bulhas cardíacas e turgência jugular patológica. À avaliação dirigida, observa-se queda da pressão arterial sistólica superior a 10 mmHg à inspiração profunda. Exames laboratoriais evidenciam aumento de provas inflamatórias e discreta anemia normocítica e normocrômica. Um eletrocardiograma é realizado, mostrando a existência de alternância elétrica. Com base no quadro descrito, o diagnóstico do caso é:

- (A) Insuficiência tricúspide.
- (B) Cardiomiopatia restritiva.
- (C) Tamponamento cardíaco.
- (D) Infarto agudo do miocárdio.

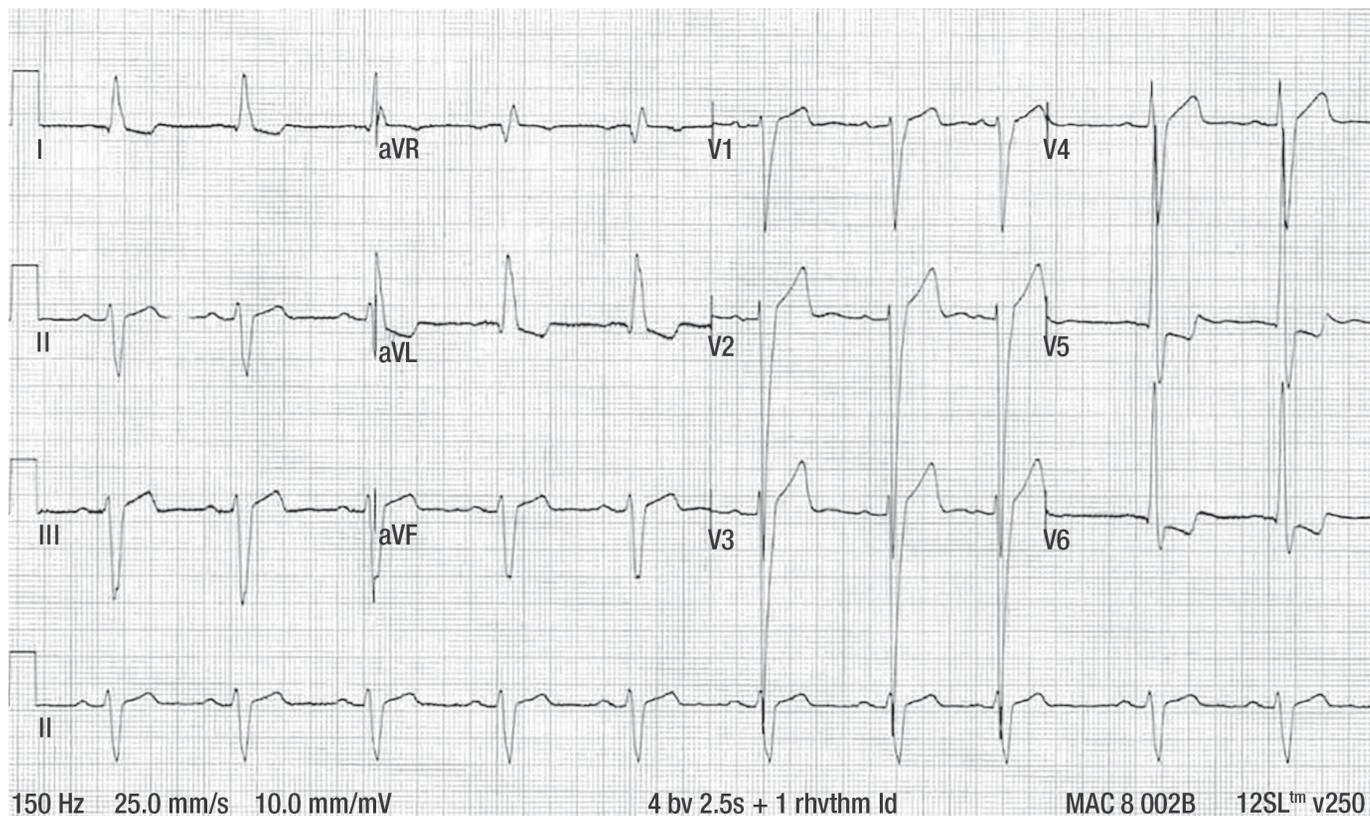
## 07

Mulher, 68 anos, hipertensa e diabética, comparece à consulta médica de rotina trazendo seus exames de controle. Nega a presença de quaisquer sinais e/ou sintomas. Se encontra em uso apenas de metformina e losartana. Ao exame físico, não são observadas alterações dignas de nota. Ao exame laboratorial, evidencia-se aumento de TSH (14,0 UI/L) com T4 livre dentro da normalidade. Com base na hipótese diagnóstica, a conduta correta é:

- (A) Iniciar metimazol.
- (B) Iniciar propiltiouracil (PTU).
- (C) Iniciar levotiroxina em dose alta.
- (D) Iniciar levotiroxina em dose baixa.

# 08

Homem, 70 anos, tabagista, dá entrada na unidade de emergência em decorrência de quadro de síncope. Refere, ainda, episódios de dor torácica, em aperto, de curta duração, sem irradiações. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm, pulso carotídeo de baixa amplitude e de ocorrência tardia, além de ausculta cardíaca com sopro sistólico (4+/6+) no 2º espaço intercostal direito, junto à borda esternal, com irradiação para as carótidas. O exame neurológico se encontra dentro da normalidade. É realizado o eletrocardiograma abaixo demonstrado.



Disponível em: [www.litfl.com](http://www.litfl.com).

Com base no caso clínico descrito, o provável diagnóstico é:

- (A) Estenose mitral.
- (B) Estenose aórtica.
- (C) Insuficiência aórtica.
- (D) Comunicação interatrial.

## 09

Mulher, 38 anos, em investigação de dor abdominal crônica, é levada à unidade de emergência pelo seu esposo devido a quadro de rebaixamento do nível de consciência. O acompanhante refere que a paciente, ao longo do dia, se manteve desorientada e, há cerca de duas horas, apresentou episódio convulsivo, evoluindo sonolenta desde então. Nega quadro convulsivo prévio, embora a paciente já houvesse apresentado outros episódios de desorientação. Ao exame físico, se encontra taquicárdica (FC: 110 bpm), levemente hipertensa (PA: 140 x 90 mmHg), com dor à palpação superficial e profunda em todo o abdome, porém sem descompressão dolorosa. Ao exame neurológico, apresenta tremor de extremidades, além de disestesia predominantemente distal dos membros superiores e inferiores. Um teste de exposição à luz solar da urina coletada revela que a mesma se torna de coloração vinhosa após algum tempo. Exames laboratoriais evidenciam hiponatremia e discreta elevação sérica de transaminases. Diante do exposto, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Esclerose múltipla.
- (B) Encefalopatia hepática.
- (C) Porfíria aguda intermitente.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico.

## 10

Mulher, 32 anos, com diagnóstico de linfoma não Hodgkin, em tratamento quimioterápico, dá entrada no departamento de emergência acompanhada da sua mãe, com relato de febre (temperatura axilar de 38,5°C). Nega quaisquer outros sinais e/ou sintomas, porém descreve ter sido orientada a buscar atendimento médico em caso de febre. Ao exame físico, é confirmada a elevação da temperatura, não havendo, contudo, sinais de localização de possível quadro infeccioso. É realizado exame laboratorial de urgência, que evidencia importante neutropenia (250 neutrófilos/mm<sup>3</sup>), sendo coletadas amostras de hemocultura. A escolha de antibioticoterapia empírica inicial mais indicada para o caso em questão é:

- (A) Cefepime.
- (B) Ceftriaxona.
- (C) Vancomicina.
- (D) Levofloxacino.

# 11

Homem, 65 anos, previamente hígido, comparece à consulta de retorno com a Clínica Médica acompanhado da sua filha, para investigação de quadro de dor em coluna torácica e lombar, de moderada intensidade, iniciada há cerca de 2 meses, que piora com a mobilização e alivia com o repouso. Ao exame físico, se encontra hipocorado (++/4+), emagrecido e com fâcies de dor. Laboratorialmente, apresenta anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina de 8,4 g/dL), hipoalbuminemia (albumina de 3,0 g/dL), hiperglobulinemia (globulina de 5,2 g/dL), hipercalcemia (cálcio total de 10,8 mg/dL), creatinina de 2,1 mg/dL e ureia de 52 mg/dL. Traz consigo o exame da coluna demonstrado a seguir.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

O provável diagnóstico e o exame a ser solicitado a seguir para sua investigação se encontram na alternativa:

- (A) Adenocarcinoma da próstata – dosagem de PSA.
- (B) Carcinoma de tireoide – ultrassonografia da tireoide.
- (C) Mieloma múltiplo – eletroforese de proteínas com imunofixação.
- (D) Carcinoma de células renais – tomografia computadorizada do abdome.

# 12

Homem, 34 anos, andarilho, comparece à consulta com um dermatologista em decorrência do aparecimento, há cerca de 3 meses, de lesão na mão direita. Descreve aspecto inicial de pápula, com crescimento progressivo e evolução para nódulo, com posterior ulceração. Nega contato com gatos e quaisquer outros sinais e/ou sintomas. Ao exame físico, é observada a lesão ulcerada a seguir:



Disponível em: [www.manualdabiologia.com.br](http://www.manualdabiologia.com.br)

A principal hipótese diagnóstica para o caso em questão é:

- (A) Histoplasmose.
- (B) Úlcera de Marjolin.
- (C) Leishmaniose tegumentar.
- (D) Doença da arranhadura do gato.

# 13

Homem, 42 anos, previamente hígido, comparece à consulta na Clínica Médica relatando o surgimento, há cerca de 1 mês, de múltiplas lesões cutâneas vermelho-amarronzadas. Descreve ainda quadro de cólicas abdominais, diarreia e dor musculoesquelética, geralmente após episódios de estresse emocional. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdico (FC: 110 bpm), hipocorado (+/4+), com sopro sistólico pancardiaco (++)/6+), hepatoesplenomegalia e a presença das lesões cutâneas descritas em membros inferiores (demonstradas na imagem a seguir). É constatada a presença do sinal de Darier.



Disponível em: [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net).

O provável diagnóstico do caso apresentado é:

- (A) Doença de Still.
- (B) Porfiria cutânea tarda.
- (C) Mastocitose sistêmica.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico.

## 14

Homem, 64 anos, hipertenso, tabagista, dá entrada na unidade de emergência acompanhado do seu filho em decorrência de hematúria, dor abdominal, febre intermitente e icterícia. Descreve, ainda, perda ponderal não intencional significativa. Ao exame físico, apresenta-se prostrado, hipocorado (+/4+), icterício (++)/4+), com dor à palpação abdominal superficial e profunda do hipocôndrio direito e do flanco esquerdo. Nessa última região, é palpada uma massa. Exames laboratoriais revelam anemia normocítica e normocrômica, trombocitose, hipercalcemia discreta, aumento de bilirrubinas e de fosfatase alcalina. É realizada TC de abdome e pelve, onde se observa lesão expansiva em polo inferior do rim esquerdo, com linfonodomegalia abdominal, porém sem alterações hepáticas e/ou em vias biliares. Sobre o caso clínico descrito, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) Provável carcinoma do rim esquerdo metastático para o fígado.
- (B) Provável carcinoma hepatocelular metastático para o rim esquerdo.
- (C) Provável carcinoma das vias biliares metastático para o rim esquerdo.
- (D) Provável carcinoma do rim esquerdo com síndrome de Stauffer associada.

## 15

Mulher, 22 anos, previamente hígida, comparece ao departamento de emergência relatando quadro de febre, artralgias e *rash* cutâneo. Descreve o *rash* como uma mácula de coloração salmão, presente em grande parte no tronco, de aparecimento e desaparecimento rápido, associado aos picos febris. A paciente refere, ainda, que vem apresentando quadro de artralgias há cerca de dois meses, com acometimento de punhos e joelhos. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdica (FC: 112 bpm), hipocorada (+/4+), febril (temperatura axilar de 39°C), com hepatoesplenomegalia palpável, linfonodomegalia (cervical, supraclavicular e axilar bilateral) e franca sinovite em joelhos e punhos. Exames laboratoriais evidenciam pancitopenia, hipertrigliceridemia, elevação das aminotransferases e elevação proeminente de ferritina (maior que 5.000 mcg/L). Sobre o caso clínico descrito, a hipótese diagnóstica correta e a complicação apresentada são, respectivamente:

- (A) Doença de Still e síndrome de ativação macrofágica.
- (B) Linfoma Hodgkin e linfo-histiocitose hemofagocítica.
- (C) Artrite reumatoide e síndrome de ativação macrofágica.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico e linfo-histiocitose hemofagocítica.

## 16

Mulher, 25 anos, com obesidade e dislipidemia, comparece à consulta com a Dermatologia em decorrência do desenvolvimento de nodulação dolorosa em axila esquerda, de surgimento há cerca de três semanas. Ao exame físico da axila, é observada a lesão demonstrada a seguir:



Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).

Com base no caso descrito e na imagem demonstrada, a hipótese diagnóstica correta é:

- (A) Linfoma.
- (B) Hidradenite supurativa.
- (C) Tuberculose ganglionar.
- (D) Doença da arranhadura do gato.

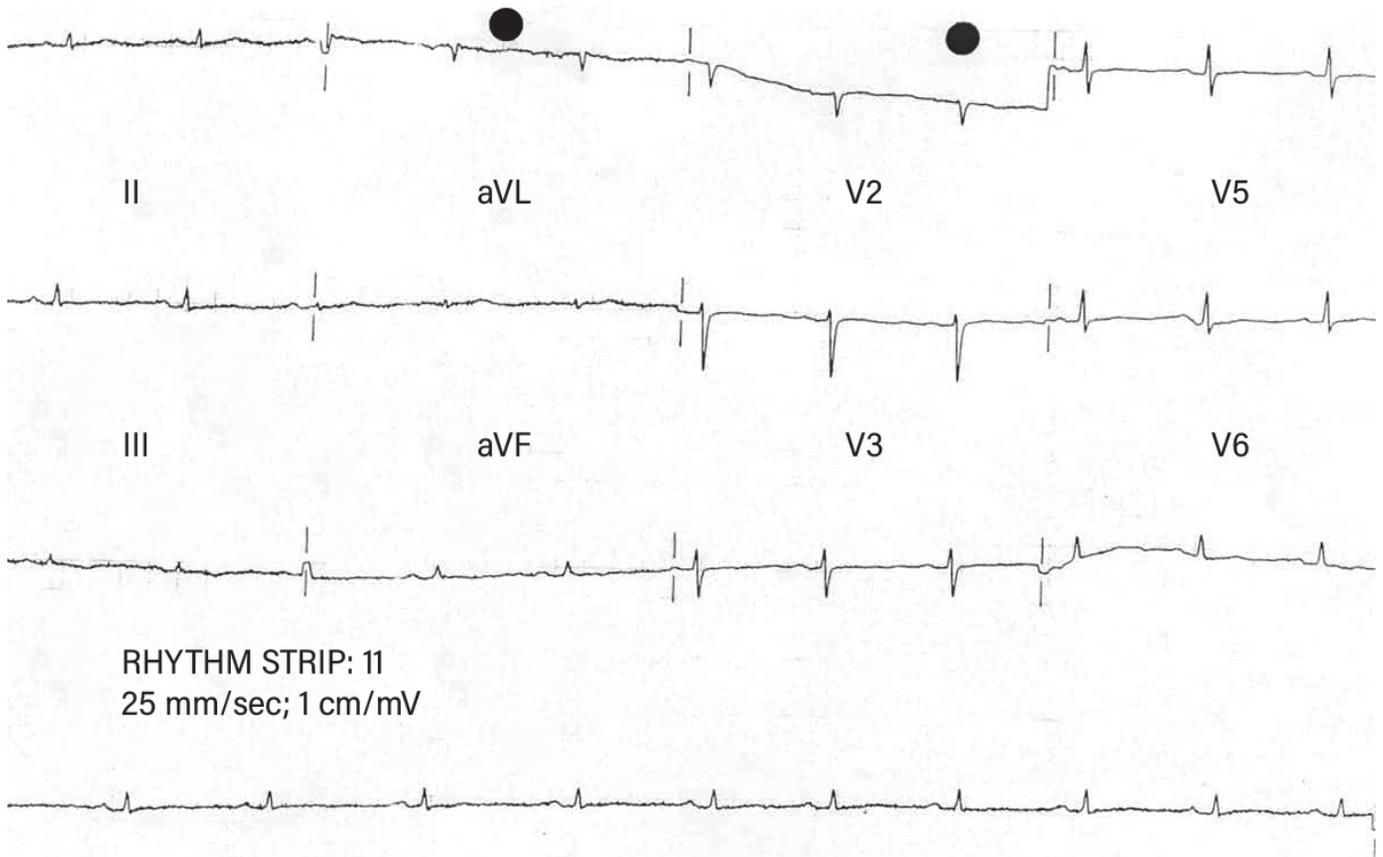
## 17

Homem, 58 anos, com hepatite B crônica, encontra-se em investigação de quadro de parestesias de membros inferiores. Ele comparece à consulta de acompanhamento com a Clínica Médica relatando aparecimento de dor em bolsa escrotal e abdominal, além do surgimento de lesões cutâneas. Quando questionado ativamente, refere também fadiga, febre, artralgias e perda ponderal não quantificada. Ao exame físico, apresenta-se discretamente hipocorado, hipertenso (PA: 140 x 90 mmHg), taquicárdico (FC: 102 bpm), com sinais de orquite e com púrpura palpável nos membros inferiores. Exames laboratoriais evidenciam aumento de provas inflamatórias (VHS e PCR), creatinina de 1,5 mg/dL e ureia de 54 mg/dL, além de EAS com 1+ de proteína e hematúria microscópica. Traz consigo eletroneuromiografia compatível com mononeurite multiplex. A hipótese diagnóstica correta é:

- (A) Poliarterite nodosa.
- (B) Crioglobulinemia mista.
- (C) Poliangeíte microscópica.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico.

# 18

Mulher, 72 anos, dislipidêmica, com síndrome do túnel do carpo bilateral, dá entrada na unidade de emergência acompanhada do seu filho, com relato de síncope. Há histórico de dispneia, dor abdominal recorrente e edema dos membros inferiores. Ao exame físico, apresenta-se taquidispneica (FR: 24 irpm), com dessaturação de oxigênio ( $SpO_2$ : 88%), turgência jugular patológica a 45°, leve hepatomegalia e edema de membros inferiores. É realizado o eletrocardiograma abaixo, bem como ultrassom à beira leito (*point of care* – POCUS) que evidencia a presença de espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do brilho em região septal.



Disponível em: [www.litfl.com](http://www.litfl.com).

A hipótese diagnóstica correta para o caso em questão é:

- (A) Miocardite crônica.
- (B) Amiloidose cardíaca.
- (C) Taquicardiomiopatia.
- (D) Cardiomiopatia hipertrófica.

## 19

Homem, 38 anos, em tratamento irregular de tuberculose pulmonar, dá entrada na unidade de emergência acompanhado da sua esposa, após evoluir com quadro de "tonteira". A acompanhante refere que o paciente estava se queixando anteriormente de dor abdominal e náuseas. Ao exame físico, se encontra hipotenso (PA: 80 x 50 mmHg), taquicárdico (FC: 105 bpm), hipo-hidratado (+/4+) e com dor à palpação abdominal profunda difusamente. Glicemia capilar é realizada, evidenciando hipoglicemia (42 mg/dL). Exames laboratoriais realizados na emergência mostram a presença de leve anemia normocítica e normocrômica, leve eosinofilia, aumento da velocidade de hemossedimentação, hiponatremia (sódio sérico de 125 mEq/L) e hipercalemia (potássio sérico de 5,8 mEq/L). A respeito do caso descrito, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) Injúria renal aguda pelo tratamento com esquema RIPE.
- (B) Crise addisoniana devido a dano adrenal pela tuberculose.
- (C) Disautonomia primária não relacionada com a tuberculose.
- (D) Um quadro de sepse de foco pulmonar devido à tuberculose.

## 20

Homem, 52 anos, hipertenso, com história de infarto agudo do miocárdio há 6 anos, comparece à consulta com a Cardiologia para realização de avaliação do risco cirúrgico, diante da proposta de ressecção de um meningioma localizado na foice do cérebro. Nega alergias e faz uso apenas de anlodipino, sinvastatina e AAS. Exames laboratoriais não apresentam alterações proibitivas para a realização do procedimento. A radiografia de tórax e o eletrocardiograma não demonstram alterações agudas. Deve ser dada ao paciente a seguinte orientação quanto ao uso de seus medicamentos no período perioperatório:

- (A) Deve suspender o AAS 7 dias antes da cirurgia.
- (B) Deve suspender o anlodipino no dia da cirurgia.
- (C) Deve suspender a sinvastatina no dia da cirurgia.
- (D) Deve manter as três medicações no período perioperatório.

## 21

Mulher, 44 anos, previamente hígida, comparece à consulta com a Clínica Médica em decorrência de queixa de fadiga, icterícia e prurido generalizado. Quando questionada, refere perda ponderal não intencional que não foi quantificada. Ao exame físico, se encontra icterícia (+/4+), prostrada, com algumas escoriações por coçadura, tendo dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e hepatoesplenomegalia leve. Traz consigo exames laboratoriais que evidenciam leve anemia normocítica e normocrômica, aumento da velocidade de hemossedimentação, aumento de bilirrubinas direta e indireta e aumento de fosfatase alcalina. Ultrassom de abdome não evidencia obstrução biliar. Com base no caso clínico, o exame complementar que auxiliará muito na investigação da provável hipótese diagnóstica é a pesquisa de anticorpos:

- (A) Anti-LKM1.
- (B) Anti-endomísio.
- (C) Anti-mitocôndria.
- (D) Anti-transglutaminase tecidual.

## 22

Mulher, 62 anos, hipertensa, em uso de anlodipino, dá entrada na unidade de emergência acompanhada da sua filha, com relato de fadiga e parestesias em membros inferiores. Ao exame físico, se encontra hidratada, hipocorada (++)/4+, com hipoestesia em bota longa. Aos exames laboratoriais, apresenta anemia macrocítica (hemoglobina de 9,2 g/dL com volume corpuscular médio de 115 fL), leucopenia (2.000 células/mm<sup>3</sup>), plaquetopenia (98.000/mm<sup>3</sup>) e leve aumento da bilirrubina indireta. A hipótese diagnóstica correta para o caso em questão é:

- (A) Anemia por deficiência de vitamina B12.
- (B) Anemia por deficiência de ferro.
- (C) Intoxicação pelo chumbo.
- (D) Hipotireoidismo.

## 23

Mulher, 62 anos, hipertensa, comparece à consulta de retorno com a Clínica Médica relatando polifagia, poliúria e polidipsia. Ao exame físico, é observada a alteração cutânea abaixo demonstrada. Sinais vitais se encontram estáveis, porém é realizada aferição de glicemia capilar, que se mostra com um valor de 320 mg/dL. Traz consigo, ainda, exames laboratoriais realizados de rotina que demonstram glicemia de jejum de 301 mg/dL, bem como hemoglobina glicada de 9,5%.



Disponível em: [www.fisioderme.com.br](http://www.fisioderme.com.br).

A melhor conduta para o caso em questão é:

- (A) Prescrever dapaglifozina.
- (B) Orientar apenas mudanças no estilo de vida.
- (C) Prescrever metformina em associação com sulfonilureia.
- (D) Orientar mudanças no estilo de vida e iniciar insulinoterapia.

## 24

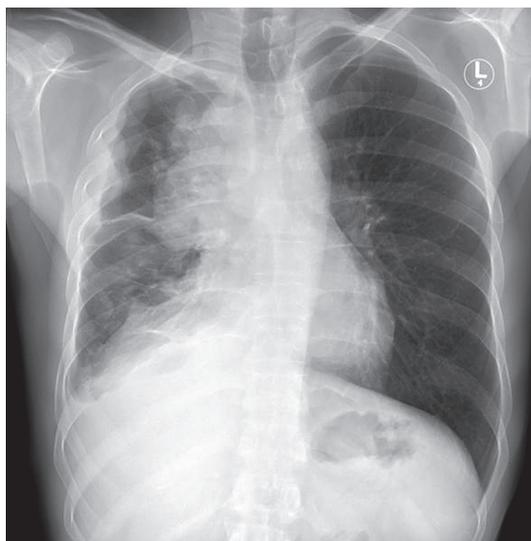
Mulher, 25 anos, previamente hígida, comparece à consulta com a Clínica Médica relatando febre, fadiga e dor em região cervical. Quando questionada, descreve que o quadro se iniciou alguns dias após se recuperar de um quadro gripal. Ao exame físico, se encontra ansiosa, trêmula, taquicárdica (FC: 102 bpm), hipertensa (PA: 140 x 90 mmHg) e com dor na região cervical anterior, em localização compatível com a topografia da glândula tireoide; não há oftalmopatia, mixedema pré-tibial ou acropaquia. A palpação se encontra dificultada em decorrência do quadro algíco, porém parece haver leve aumento da tireoide. São solicitados exames laboratoriais e é prescrita a terapia medicamentosa indicada.

Sobre o caso clínico em questão, o diagnóstico provável é:

- (A) Tireoidite aguda.
- (B) Doença de Graves.
- (C) Tireoidite subaguda.
- (D) Tireoidite de Hashimoto.

## 25

Homem, 45 anos, se encontra internado em enfermaria de Clínica Médica em decorrência de crise miastênica. Ao exame físico, se encontra hipocorado (++/4+), com melhora evolutiva dos sinais e sintomas que o levaram a buscar o atendimento médico. Exames laboratoriais revelam apenas anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina de 8,5 g/dL). Durante a internação hospitalar, é realizada a radiografia de tórax demonstrada abaixo.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

Sobre o caso clínico em questão, a provável causa do aumento do mediastino ântero-superior apresentado pelo paciente é:

- (A) Timoma.
- (B) Teratoma.
- (C) Aneurisma de aorta.
- (D) Bócio mergulhante da tireoide.

## 26

Mulher, 72 anos, em tratamento irregular de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, dislipidemia e fibrilação atrial persistente, dá entrada na unidade de emergência com quadro de afasia não fluente e hemiparesia direita, de predomínio braquiofacial. Segundo filha da paciente, o quadro teve instalação abrupta. A principal hipótese diagnóstica para o quadro neurológico apresentado é um acidente vascular encefálico do tipo:

- (A) Hemorrágico no território das artérias lentículo-estriadas.
- (B) Isquêmico no território da artéria cerebral média esquerda.
- (C) Isquêmico no território da artéria cerebral anterior esquerda.
- (D) Hemorrágico no território da comunicante posterior esquerda.

## 27

Pessoa vivendo com HIV, em tratamento antirretroviral composto por tenofovir, lamivudina, efavirenz e darunavir/r, apresenta acidose metabólica, hipocalemia, hipofosfatemia e hipouricemia, sendo submetido a investigação diagnóstica quanto à hipótese de síndrome de Fanconi, que se revela positiva. O fármaco que provavelmente causou a tubulopatia no paciente foi:

- (A) Efavirenz.
- (B) Tenofovir.
- (C) Darunavir/r.
- (D) Lamivudina.

## 28

Homem, 69 anos, etilista pesado, com diagnóstico há cerca de 10 anos de cirrose hepática compensada, encontra-se internado para investigação de quadro recente de anasarca. Ao exame físico, além dos estigmas de insuficiência hepatocelular, há ascite volumosa e leves sinais de encefalopatia portossistêmica. Seu hemograma mostra a presença de policitemia, ao passo que a dosagem de alfa-fetoproteína mostra um valor muito elevado. Uma tomografia computadorizada de abdome com contraste trifásico deve revelar aspecto compatível com:

- (A) Hepatocarcinoma.
- (B) Doença renal policística.
- (C) Carcinoma medular de rim.
- (D) Hiperplasia nodular focal do fígado.

## 29

Mulher, 25 anos, apresenta queixas de tosse seca e dispneia, além de febre intermitente. Uma radiografia de tórax sugere a presença de massa mediastinal anterior, aspecto que é melhor avaliado na tomografia computadorizada de tórax. Revendo sua anamnese, o padrão de sua febre sugere aspecto de febre de Pel Ebstein, além de haver também histórico de sudorese noturna e emagrecimento. A hipótese diagnóstica principal para o caso é:

- (A) Tuberculose ganglionar mediastinal.
- (B) Linfoma não Hodgkin tipo linfoblástico.
- (C) Linfoma Hodgkin tipo esclerose nodular.
- (D) Mediastinite fibrosante por *Histoplasma capsulatum*.

## 30

Jardineiro de 48 anos apresenta-se para avaliação dermatológica com lesões ulceradas no membro superior direito. Segundo informa, já fez tratamento local com cefalexina e amoxicilina-clavulanato, contudo sem obter sucesso. O aspecto local é de lesões ulceradas no trajeto de drenagem linfática do membro. Como outro dado epidemiológico importante, o paciente informa ter gatos em casa. À investigação, o diagnóstico esperado é:

- (A) Oncocercíase.
- (B) Esporotricose.
- (C) Cromomicose.
- (D) Paracoccidioidomicose.

## 31

Homem, 65 anos, apresenta quadro neuropsiquiátrico compatível com uma síndrome demencial de instalação subaguda. Segundo familiares o paciente também apresenta ataxia de marcha e incontinência urinária. Ele é submetido a alguns exames complementares visando afastar, inicialmente, causas reversíveis de demência. A causa de demência potencialmente reversível mais provável no caso é:

- (A) Neurosífilis.
- (B) Fronto-temporal.
- (C) Hidrocefalia oculta.
- (D) Doença de Alzheimer.

## 32

Homem, 32 anos, apresenta-se à consulta em clínica médica com queixa de cefaleia de evolução subaguda, há cerca de três semanas. O quadro vem se mantendo praticamente inalterado ao longo do tempo de evolução, obtendo apenas alívio temporário da dor quando submetido a analgésicos comuns em algumas idas à unidade de emergência. Ao exame físico, o paciente se mostra um pouco descorado, tem candidíase oral, linfonodomegalia cervical, axilar e inguinal, bem como rigidez de nuca terminal. O paciente é submetido a punção liquórica, que dá saída a líquido (LCR) de aspecto de água de rocha, mas com proteinorraquia aumentada e pleocitose liquórica leve (200 leucócitos/mm<sup>3</sup>), às custas de mononucleares (100%). Uma pesquisa com tinta nanquim mostra falhas de coloração no campo do LCR pela presença de estruturas arredondadas. Um exame de coagulação pelo látex deve confirmar o diagnóstico de meningite por:

- (A) *Naegleria fawleri*.
- (B) *Histoplasma capsulatum*.
- (C) *Cryptococcus neoformans*.
- (D) *Mycobacterium tuberculosis*.

## 33

Mulher, 42 anos, duas semanas após episódio viral respiratório, desenvolve paralisia flácida ascendente de membros inferiores com hipo/arreflexia. É realizada punção liquórica que evidencia a presença de dissociação albumino-citológica. Uma eletroneuromiografia é compatível com AIDP. O tratamento de escolha da paciente é:

- (A) Prednisona 1 mg/kg/dia.
- (B) Ciclofosfamida 2 mg/Kg/dia.
- (C) Metilprednisolona 500 mg/dia.
- (D) Imunoglobulina 400 mg/Kg/dia.

## 34

A doença renal crônica (DRC) é um importante problema de saúde pública, sendo responsável por milhares de pacientes cronicamente submetidos à terapia de substituição renal, incluindo casos efetivamente transplantados. Para definição de sua presença, é necessária a perda de função renal sustentada por, pelo menos, três meses, estando o ritmo de filtração glomerular (TFG) no estágio 3 ou em estágios mais avançados de disfunção. O estágio 3 de DRC é definido pela presença de TFG:

- (A) Entre 60 e 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- (B) Entre 30 e 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- (C) Entre 15 e 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- (D) Inferior a 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

## 35

Uma paciente de 36 anos é submetida à investigação clínica com a hipótese diagnóstica principal de neuromielite ótica de Devic. O anticorpo marcador dessa doença é dirigido contra:

- (A) Antígeno Hu.
- (B) Aquaporina 4.
- (C) Receptor de acetilcolina.
- (D) Canal de cálcio voltagem-dependente.

## 36

Os modelos SOFA (*Sequential-Organ Failure Assessment*), NEWS (*National Early Warning Score*) e MEWS (*Modified Early Warning Score*) são escores aplicados ao diagnóstico e prognóstico de pacientes:

- (A) Idosos frágeis.
- (B) Acometidos por sepse.
- (C) Afetados por sarcopenia grave.
- (D) Aguardando na fila de transplante hepático.

## 37

Homem, 65 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, em acompanhamento irregular por doença renal crônica em tratamento conservador, é atendido às pressas em função de agudização de sua doença de base. Não está urêmico, mas se encontra acidótico e hipercalêmico. São instituídas medidas farmacológicas para controlar a acidose metabólica e a hipercalcemia. Entre as medidas elencadas a seguir, aquela voltada à retirada de potássio do organismo é:

- (A) Glicoinsulinoaterapia.
- (B) Gluconato de cálcio.
- (C) Resina de troca catiônica.
- (D) Beta<sub>2</sub>-agonista adrenérgico.

## 38

Homem, 72 anos, em acompanhamento criterioso de doença pulmonar obstrutiva crônica, fazendo uso regular de glicopirrônio/indacaterol e brometo de ipratrópio, recebe prescrição médica de fluticasona. A indicação desse fármaco baseou-se em:

- (A) Aumento na produção do escarro matinal.
- (B) Presença de mais de 10 pontos no escore CAT.
- (C) Aumento do VEF1 superior a 12% após beta<sub>2</sub>-agonista.
- (D) Presença de eosinofilia superior a 300/mm<sup>3</sup> no hemograma.

## 39

Estudante de Medicina, 20 anos, é internada no hospital para investigação de quadro de derrame pleural à esquerda. A paciente refere febre, tosse seca e sudorese noturna; nega dispneia. É procedida toracocentese diagnóstica que dá saída a líquido amarelo citrino, cuja análise bioquímica revela pH de 7,3, proteína de 3,6 g/dl e LDH de 280 UI/L. Os exames de sangue mostram proteína total de 6,2 g/dl (valor de referência [VR]; 6-8 g/dl) e LDH de 400 UI/L (VR: 200-360 UI/L). A interpretação correta dos critérios de Light do líquido pleural e a hipótese diagnóstica mais provável são, respectivamente:

- (A) Transudato; linfoma Hodgkin.
- (B) Exsudato; tuberculose pleural.
- (C) Exsudato; linfoma não Hodgkin.
- (D) Transudato; insuficiência cardíaca.

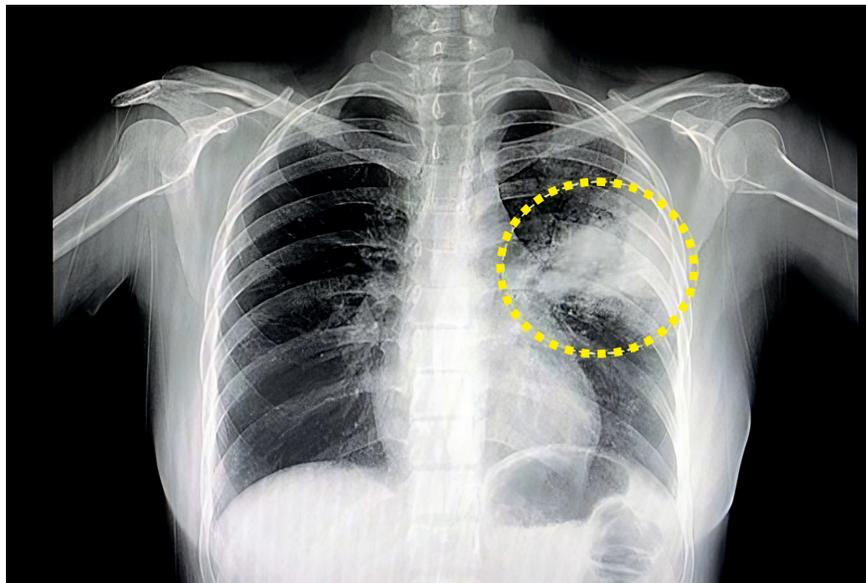
## 40

Paciente portador de asma de difícil controle é avaliado através de exames complementares, sendo constatada eosinofilia significativa, níveis elevados de IgE e bronquiectasias centrais à tomografia computadorizada de tórax. A melhor hipótese explicativa para o caso descrito é:

- (A) Síndrome de Kartagener.
- (B) Síndrome de Churg-Strauss.
- (C) Aspergilose broncopulmonar alérgica.
- (D) Granulomatose eosinofílica com poliangéite.

## 41

Homem, 28 anos, apresenta quadro agudo de febre alta, dor torácica e tosse produtiva de escarro purulento. Ao exame, estão presentes estertores crepitantes e sopro tubário no 1/3 médio do hemitórax esquerdo, além de pectorilóquia local. Sua radiografia de tórax apresenta o aspecto ilustrado abaixo.



Disponível em: MD Saúde – [https://www.google.com/search?sca\\_esv=5186deb0d9fa3253&q=radiografia+de+t%C3%B3rax+...](https://www.google.com/search?sca_esv=5186deb0d9fa3253&q=radiografia+de+t%C3%B3rax+...)

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Tuberculose pulmonar.
- (B) Carcinoma epidermoide de pulmão.
- (C) Abscesso pulmonar por aneróbios de boca.
- (D) Pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*.

## 42

Mulher, 72 anos, é internada para investigação diagnóstica de quadro de febre intermitente, dor abdominal e emagrecimento significativo. O exame físico não apresenta anormalidades sugestivas de nenhuma condição específica. Primeiros exames laboratoriais identificam apenas anemia leve, com padrão sugestivo de anemia de doença crônica, bem como achados sugestivos de infecção do trato urinário (ITU). No 7º de internação, a paciente, que segue internada em uso apenas de sulfametoxazol-trimetoprim (para tratamento de ITU), cloridrato de tramadol 50 mg a cada 8 horas (para alívio de dor) e dipirona (para febre), desenvolve lesões cutâneas vesicobolhosas, além de lesões cutâneas em alvo nas mãos e membros inferiores. As lesões cutâneas afetam cerca de 25% da superfície corporal, estando presentes ainda sinais de acometimento da mucosa oral, conjuntival e anal. Diante da evolução apresentada, o diagnóstico que se impõe é:

- (A) Porfiria cutânea tarda.
- (B) Lúpus cutâneo bolhoso.
- (C) Necrólise epidérmica tóxica.
- (D) Síndrome de Stevens-Johnson.

# 43

Homem, 30 anos, previamente hígido, comparece à consulta com a Clínica Médica relatando aparecimento recente de febre, mialgias e lesões cutâneas difusas. Ao exame físico, são observadas, nos membros superiores, inferiores e tronco, as lesões cutâneas demonstradas abaixo. É digno de nota que as lesões cutâneas estão presentes também nas palmas das mãos e plantas dos pés. Além disso, é palpada discreta linfonodomegalia móvel e indolor nas regiões cervical posterior, axilar e inguinal.



Disponível em: [www.verywellhealth.com](http://www.verywellhealth.com).

Com base na principal hipótese clínica para o caso em questão, os exames que mais provavelmente concluirão o diagnóstico são:

- (A) Pesquisa de FAN e ANCA.
- (B) VDRL e pesquisa de anticorpos TPHA.
- (C) Contagem de CD4 e carga viral do HIV.
- (D) Pesquisa de anti-HCV e carga viral do HCV.

## 44

Mulher, 24 anos, previamente hígida, dá entrada na unidade de emergência acompanhada de sua colega de quarto, em decorrência do aparecimento de taquidispneia. Ao exame físico, se encontra prostrada, taquicárdica (FC: 106 bpm), com frequência respiratória de 28 irpm, saturação de oxigênio de 89% (ar ambiente), hipo-hidratada (++/4+), com dor à palpação abdominal profunda difusamente. Uma radiografia de tórax não evidencia alterações. Exame laboratorial demonstra discreta leucocitose, com evidências de leve hemoconcentração, além de glicemia de 148 mg/dl, leve aumento da creatinina plasmática (1,4 mg/dL), ureia de 55 mg/dL, cloro de 113 mmol/L e sódio de 140 mEq/L. É realizada uma gasometria arterial de urgência com o seguinte resultado:

pH 7,25	PaCO <sub>2</sub> 30	PaO <sub>2</sub> 114	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 18	BE - 4
---------	----------------------	----------------------	----------------------------------	--------

Com base no caso clínico exposto, a provável causa do distúrbio ácido-base apresentado pela paciente é:

- (A) Uremia.
- (B) Diarreia.
- (C) Hiperlactatemia.
- (D) Cetoacidose diabética.

## 45

Homem, 34 anos, gari da empresa urbana de coleta de lixo, dá entrada na emergência relatando febre, mialgias intensas, tosse e dispneia. Ao exame físico, o paciente se encontra icterício (++/4+), hipocorado (++/4+), taquidispneico (FR: 28 irpm), com saturação de oxigênio de 88% e taquicárdico (FC: 102 bpm), apresentando ainda hemorragia conjuntival, crepitações pulmonares bilaterais e dor à palpação profunda do hipocôndrio direito. Laboratorialmente, apresenta anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina de 8,5 g/dL), neutrofilia (15.400 células/mm<sup>3</sup>), plaquetopenia (80.000 células/mm<sup>3</sup>), aumento de bilirrubina direta (5,2 mg/dL), aumento de creatinina (3,4 mg/dL), potássio dentro da normalidade (4,5 mEq/L), hiponatremia (sódio de 132 mEq/L) e aumento de CPK. É realizado exame de imagem do tórax, que revela achados compatíveis com hemorragia pulmonar.

Diante do contexto clínico exposto, a hipótese diagnóstica correta é:

- (A) Síndrome de Weil.
- (B) Poliangeíte microscópica.
- (C) Granulomatose com poliangeíte.
- (D) Doença da membrana basal glomerular.

## 46

Mulher, 20 anos, previamente hígida, comparece ao departamento de emergência em decorrência da presença de febre e massa axilar com drenagem local espontânea de secreção purulenta. Ao exame físico, é observada linfonodomegalia axilar com ponto de fistulização, conforme demonstrado na imagem abaixo. Também é observada lesão papular em antebraço ipsilateral.



Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).

Em razão dos dados apresentados, a informação imprescindível de ser obtida durante anamnese da paciente é:

- (A) Uso de drogas injetáveis.
- (B) Contato com paciente com tuberculose.
- (C) Contato com gato e possível arranhadura.
- (D) Aspectos da vida sexual e uso de preservativo.

## 47

Homem, 65 anos, portador de adenocarcinoma de próstata, dá entrada na unidade de emergência, acompanhado da sua esposa, se queixando de fraqueza nos membros inferiores e dificuldade para urinar. Refere, ainda, quadro de dor lombar de início há um mês, que piora com a mobilização; inicialmente, a dor era de moderada intensidade, tendo passado, atualmente, a ser de forte intensidade. Ao exame físico, é palpado globo vesical ("bexigoma"), ao passo que, ao exame neurológico, apresenta força grau 2 em membros inferiores, nível sensitivo ao nível de T12 e hiperreflexia dos reflexos tendinosos nos membros inferiores. Com base em tal caso clínico, a provável causa da fraqueza muscular apresentada pelo paciente é:

- (A) Siringomielia.
- (B) Abscesso intramedular.
- (C) Mielite transversa de etiologia isquêmica.
- (D) Síndrome de compressão medular neoplásica.

## 48

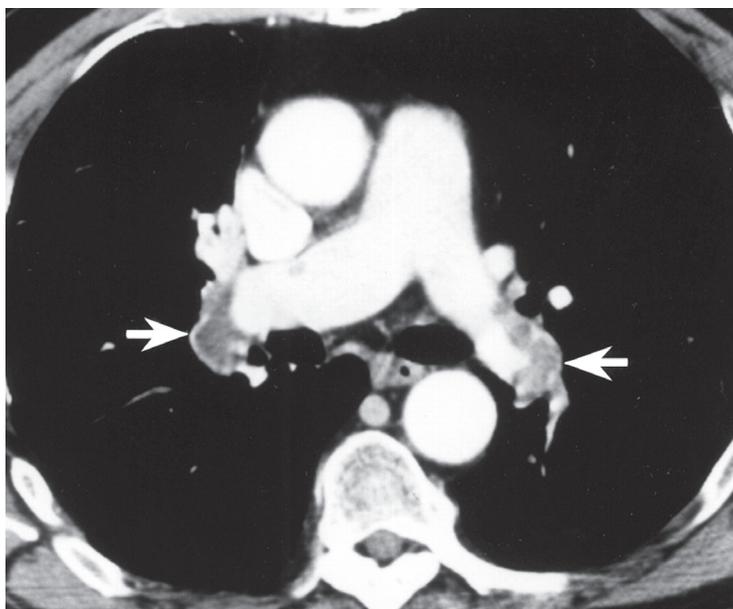
Mulher, 54 anos, hipertensa e diabética, dá entrada na unidade de emergência acompanhada pelo seu filho, que relata que a paciente vem apresentando quadro de náuseas, vômitos e dor torácica ventilatório-dependente. Ao exame físico, a paciente se encontra prostrada, sonolenta, taquicárdica (FC: 105 bpm), taquipneica (FR: 28 irpm), desidratada (+/4+) e com leve edema de membros inferiores (+/4+). Exames laboratoriais mostram aumento plasmático importante da creatinina (9,8 mg/dL) e ureia (224 mg/dL), além de hipercalemia (6,2 mEq/L) e acidose metabólica (pH de 7,25 com PaCO<sub>2</sub> de 30 mmHg e HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> de 15 mEq/L). É realizado um eletrocardiograma que demonstra achados compatíveis com pericardite aguda.

Diante do exposto, a conduta imediata indicada no caso é:

- (A) Diálise de urgência.
- (B) Pulsoterapia com corticoide.
- (C) Prescrição de antibioticoterapia.
- (D) Prescrição de anti-inflamatório não esteroidal associado a colchicina.

## 49

O seguinte exame de imagem foi obtido num paciente com escore de Wells de 6 pontos.



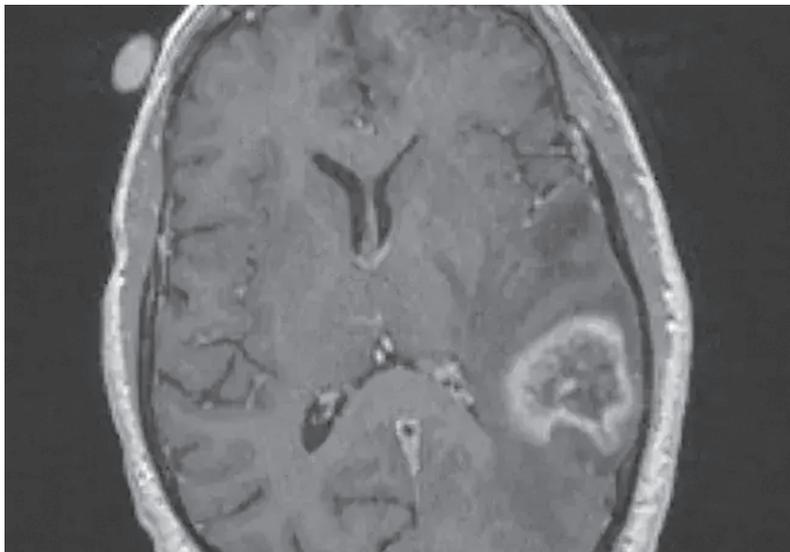
Disponível em: <https://ajronline.org/doi/10.2214/ajr.174.6.1741489>.

O cenário clínico mais provável relacionado ao caso é:

- (A) Homem de 62 anos com diagnóstico de câncer de pâncreas, evoluindo com dispneia súbita.
- (B) Homem de 48 anos com dor torácica súbita associada a eletrocardiograma com supra de ST em parede anterior.
- (C) Mulher de 56 anos com tríade de Beck e pulso arterial paradoxal, em vigência de hipótese de tuberculose pericárdica.
- (D) Mulher de 28 anos com dor torácica súbita, desenvolvida em razão de estresse intenso, sugestiva de cardiomiopatia de takotsubo.

# 50

Homem, 75 anos, encaminhado recentemente ao serviço de Oncologia em função de adenocarcinoma de pulmão, dá entrada no hospital com quadro de hemiparesia e hemianestesia direita de instalação aguda, mas não abrupta, ao longo de 4 dias. É realizado exame de ressonância magnética abaixo ilustrado.



Disponível em: <https://consultqd.clevelandclinic.org/can-stereotactic-radiosurgery-be-safely-combined-with-systemic-therapy-for-brain-mets>.

O tratamento farmacológico que deve ser prescrito a seguir, resultando em provável melhora dos sinais e sintomas neurológicos apresentados, é:

- (A) Aciclovir.
- (B) Dexametasona.
- (C) Oxacilina mais metronidazol.
- (D) Sulfadiazina mais pirimetamina.

