

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM – CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO



MEDICINA/REUMATOLOGIA

PARTE I: MÚLTIPLA ESCOLHA

01 A surdez pode ser efeito colateral do uso de:

- (A) ampicilina
- (B) gentamicina
- (C) cloranfenicol
- (D) clindamicina
- (E) cefalosporina

02 A tríade clássica da pelagra é:

- (A) dermatite, astenia e disceratose
- (B) dermatite, diarreia e ceratite
- (C) dermatite, demência e ceratite
- (D) dermatite, diarreia e demência
- (E) disceratose, demência e astenia

03 Na atelectasia pulmonar pós-operatória persistente, deve-se indicar:

- (A) traqueostomia
- (B) drenagem torácica
- (C) drenagem postural
- (D) toracotomia
- (E) broncoscopia

04 A causa mais provável de febre nas primeiras 24 horas de pós-operatório é:

- (A) atelectasia pulmonar
- (B) infecção na ferida operatória
- (C) infecção urinária
- (D) trombose venosa profunda
- (E) pneumonia

05 O escorbuto é consequência da deficiência de:

- (A) vitamina B1
- (B) vitamina B2
- (C) vitamina B6
- (D) vitamina C
- (E) vitamina D

- 06** A “respiração paradoxal” é manifestação clínica associada à/ao:
- (A) bócio mergulhante
 - (B) obstrução completa de brônquio-fonte
 - (C) pneumotórax hipertensivo
 - (D) tumor de esôfago
 - (E) fratura múltipla de arcos costais
- 07** O local mais freqüente de origem de êmbolos arteriais é:
- (A) átrio esquerdo
 - (B) aorta abdominal
 - (C) ventrículo esquerdo
 - (D) ventrículo direito
 - (E) átrio direito
- 08** Para avaliação de perda sangüínea em um paciente politraumatizado, o melhor procedimento é:
- (A) hematimetria
 - (B) medida da pressão venosa central
 - (C) hematócrito
 - (D) medida da diurese
 - (E) verificação do enchimento capilar
- 09** As principais causas de pancreatite aguda são:
- (A) dislipedemia e trauma
 - (B) “*by pass*” cardiopulmonar e hipotensão
 - (C) litíase biliar e álcool
 - (D) neoplasia e cisto pancreático
 - (E) trauma e drogas
- 10** A ruptura traumática da aorta torácica por desaceleração tem como expressão radiológica mais característica:
- (A) pneumotórax
 - (B) derrame pleural
 - (C) alargamento do mediastino
 - (D) aumento do átrio direito
 - (E) hipertrofia do ventrículo esquerdo



11 Jovem vítima de atropelamento em via pública é levado imediatamente a um serviço de emergência. Duas horas após o acidente, encontra-se agitado e anisocórico, com condições respiratórias e hemodinâmicas satisfatórias. Assinale o melhor exame complementar a ser realizado para avaliar possível trauma craniano.

- (A) Tomografia computadorizada de crânio
- (B) Radiografia simples de crânio
- (C) Exame do líquido céfalo-raquidiano
- (D) Exame do fundo de olho
- (E) Monitoração da pressão intracraniana

12 A Escala do Coma de Glasgow tem sido utilizada pelos Serviços de Emergência para avaliar pacientes com traumatismos cranianos. Os componentes desta escala incluem:

- (A) avaliação da resposta motora
- (B) avaliação da abertura dos olhos, da resposta motora e da resposta verbal
- (C) avaliação da abertura dos olhos e da resposta motora
- (D) avaliação da abertura dos olhos, da resposta motora, da resposta verbal e da resposta hemodinâmica
- (E) avaliação da abertura dos olhos, da resposta motora, da resposta verbal, da resposta hemodinâmica e da resposta gasométrica

13 Que conduta deve ser adotada para o paciente que apresenta um primeiro episódio de pneumotórax hipertensivo?

- (A) Toracocentese com injeção de talco na cavidade pleural
- (B) Drenagem pleural aberta com ressecção costal
- (C) Ventilação com pressão positiva
- (D) Toracotomia imediata
- (E) Drenagem pleural em “selo d’água”

14 Identifique a condição que pode determinar quadro clínico de falso abdômen agudo:

- (A) obstrução intestinal alta
- (B) úlcera duodenal perfurada
- (C) apendicite aguda
- (D) pneumonia lobar
- (E) prenhez ectópica rota



15 Dentre os exames solicitados, durante o acompanhamento da evolução de um paciente “grande queimado”, tem relevante importância na verificação da eficácia da sua hidratação:

- (A) glicemia
- (B) gasometria arterial
- (C) hematócrito
- (D) perfil eletrolítico
- (E) urina (EAS)

16 Deu entrada no serviço de emergência paciente do sexo feminino, 20 anos, com história de foliculites de repetição e que havia manipulado uma lesão na face anterior da coxa direita há uma semana, evoluindo com edema, calor e rubor no local da manipulação, ao que se associou estado febril. Seu acompanhante relatou que, vinte e quatro horas antes da chegada ao serviço de emergência, havia procurado um médico que lhe prescreveu cefalexina. Ao exame, apresentava-se febril e obnubilada. Assinale o diagnóstico provável e a conduta a ser adotada no caso.

- (A) Celulite de coxa direita – tratamento com cefalexina
- (B) Celulite de coxa direita – tratamento com penicilina G
- (C) Sepses estafilocócica – tratamento com ceftriaxona
- (D) Sepses estafilocócica – tratamento com oxacilina associada à gentamicina
- (E) Sepses por germes desconhecidos – tratamento com penicilina G associada à amicacina

17 Um paciente, que apresente queimadura profunda na face e no pescoço, deve ser vigiado nas primeiras 48 horas, devido à possibilidade de:

- (A) ectrópio palpebral
- (B) úlcera de córnea
- (C) edema de glote
- (D) choque hipovolêmico
- (E) anquilose têmporo-mandibular

18 O tratamento imediato a ser realizado na sala de emergência, em casos de traumatismos torácicos com tamponamento cardíaco, é:

- (A) drenagem pleural em “selo d’água”
- (B) clampeamento da aorta torácica
- (C) esternotomia mediana
- (D) ligadura da carótida direita
- (E) pericardiocentese



19 Paciente com quadro de abdômen agudo foi submetido à rotina radiológica. Na radiografia de tórax em PA, evidenciou-se pneumoperitônio e elevação do diafragma direito. Estes achados radiológicos fortemente sugerem:

- (A) perfuração de víscera oca
- (B) megacólon tóxico
- (C) infarto enteromesentérico
- (D) diverticulite
- (E) pancreatite aguda necro-hemorrágica

20 Homem, 40 anos, após grande ingestão de álcool, por três dias, apresenta dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia. Ao exame, aumento do fígado e dor à palpação. Dias após a suspensão do álcool, houve melhora significativa. O diagnóstico provável é:

- (A) pielonefrite
- (B) hepatite alcoólica
- (C) pneumonia na base pulmonar direita
- (D) hepatite viral
- (E) colangite



PARTE II – DISCURSIVA

1ª Questão: (2,0 pontos)

Homem branco, 59 anos, há cerca de 18 meses teve diagnóstico de uveíte e foi encaminhado para reumatologista que solicitou exames: Anti LA:5,5 u (<20), Anti RO:5,6 u (<20), CMV: IgM negativo e IgG reagente, Toxoplasmose: IgM negativo e IgG reagente, Rx Coluna lombossacra: osteofitos anteriores em L1, L2, L3 e L4. Rx da bacia normal. Foi tratado com colírio de corticosteroide. Passou a ter episódios repetidos de uveíte, bilateral na maioria das vezes. Há 4 meses, surgiu dor lombar e dor nas nádegas com irradiação para a parte posterior das coxas, dificultando o andar. Repetiu radiografia da coluna lombossacra e da bacia que estava semelhante à anterior. Tem um passado de tuberculose ganglionar, tratada aos 19 anos, e de hipertensão arterial desde os 40 anos em uso de losartan e anlodipina. Exame físico: 160x90 mmHg, 36,2°C, 80 btm/min e 18 irm. Sobrepeso. Hiperemia conjuntival bilateral. Varizes MMII e sinais de osteoartrose. Sem dor ao exame da bacia e MMII, mas sob efeito de AINES.

De acordo com o quadro apresentado:

- dê sua hipótese diagnóstica.
- indique qual exames solicitaria.

2ª Questão: (2,0 pontos)

Mulher branca, 65 anos, há 10 dias, ao lavar a cabeça, sentiu dor na região temporal direita. Dois dias após, sentiu dor semelhante na região contralateral, mais ao toque. Há 5 dias, surgiu nódulo avermelhado na região temporal esquerda e a dor se estendeu para região auricular, posteriormente. Não teve febre e nem cefaléia. Hipertensa há 30 anos, em uso de losartan, atenolol e atorvastatina. Exame físico: 150x80 mmHg, 36,6°C, 72 btm/min, 16 irm. Sopro sistólico ++/4 pancardíaco, mais evidente na área aórtica e mitral. Artérias temporais palpadas bilateral, algo espessadas, mas sem sinais flogísticos.

Considerando o relato acima:

como você procederia, depois de terminada a consulta?

3ª Questão: (2,0 pontos)

Homem branco, 38 anos, há 2 semanas durante atividade física, ao fazer movimento brusco de rotação do corpo, teve dor intensa “tipo deslocar” na face anterior e posterior do tórax que durou dois dias. Foi a um ortopedista que pediu exame: RM/Coluna torácica: acentuação da cifose dorsal. Colapsos parciais de corpos vertebrais D4, D5, D7 e D8. Neste último, há sinais de edema na metade superior do corpo, indicando colapso recente. Sinais de osteopenia notadamente em D4, D5 e D7. Posteriormente, pediu mais exames; Rx de crânio: normal. Rx bacia: osteoporose e flebolitos na pelve. Rx quadril: osteoporose dos colos femorais. Rx coluna lombar: osteoporose. DMO: coluna lombar com -32% em relação a adulto jovem e -37% em relação à mesma faixa etária, com DP: -3,62. Colo de fêmur com -32% em relação a adulto jovem e -31% em relação à mesma faixa etária, com DP:-3,00. Htm:5,00 Hb:15,6 Hto:45,4 Lcm:6600 0/1/0/0/45/46/8 Plq:290000 VHS:2 Ur:38 Cr:1,1 Ca:9,3 P:4,1 Pt:7,5 A:4,9 G:2,6 FA:204 (250) EAS: normal. Não faz uso regular de nenhum medicamento e não tem outras queixas. O exame físico é normal.

Tendo em vista os dados do caso descrito:

- apresente sua hipótese diagnóstica.
- indique qual seria sua conduta terapêutica.



4ª Questão: (2,0 pontos)

Mulher branca, 37 anos, há 4 meses com dor no ombro direito que foi atribuída à bursite, e melhorou com AINES. No mês seguinte, retornou a dor acompanhada de edema no punho esquerdo, sem boa resposta aos AINES. Evoluiu com dor e edema bilateral dos punhos, MCF e IFP, pior à noite. Percebeu também mancha “clara no centro com bordas avermelhadas” na região pré-tibial direita. Foi a um reumatologista que pediu exames: Htm:3,86 Hb:12 Hto:35,8 Lcm:8700 0/1/0/0/0/76/15/8 Plq:310000 VHS:71 Gli:96 Ur:32 Cr:0,7 Pt:7,5 A:4,3 G:3,2 alfa1:2,3% alfa2:10,3% beta:12,7% gama:16,5% Célula LE: negativa Anti RO: negativo Anti LA: negativo Anti RNP: negativo Anti Scl 70: negativo FAN: positivo 1/40, padrão homogêneo C3: 36 (90-180) C4:12 (10-40) CH50:80 (70-200) F. Reumatóide:34,4 UI/ml (<15) VDRL: negativo HbsAg: negativo Anti-HBs: negativo Anti-HCV: negativo Anti Sm: negativo Fenótipo HLAB27: 7,04% (<40) Rx mãos e punhos: osteopenia periarticular dos ossos das mãos e punhos. Exame físico com dor à palpação e edema do punho direito, joelho direito e IFP bilateral, sem flogose. Manchas brancas com bordos eritematosos de aspecto infiltrado, com 6 cm e 4cm, se coalescendo na região pré-tibial direita com hipoestesia.

Segundo o quadro apresentado:

- a) explicita sua hipótese diagnóstica.
- b) solicitaria outros exames?

5ª Questão: (2,0 pontos)

Homem branco, 18 anos. Diagnóstico de LES há um ano. Na ocasião, apresentava febre, poliartralgia, fadiga, perda de peso e lesão cutânea com FAN positivo 1/640 padrão homogêneo e Anti-Dna ds: reagente. Foi tratado com hidroxicloroquina e, após três meses, assintomático, foi suspenso o tratamento. Há um mês, voltou a ter poliartralgia, emagrecimento e fadiga. Medicado com Meticortem 1mg/Kg/dia com melhora objetiva. Após duas semanas, foi reduzida a dose do corticóide para 0,5mg/Kg/dia. Voltou a ter febre com queda do estado geral, e, na residência, teve crise convulsiva tipo clônica dimidiada à esquerda. Foi atendido em Serviço de Emergência, onde fez TC/Crânio que foi normal. Exame físico normal. Solicitado avaliação do reumatologista.

Qual seria sua conduta para este caso?