

Aula 00

*Medicina p/ Concursos - Banca FCC -
Curso Regular - 2023 (Questões) Em
PDF*

Autor:

**Ricardo Humberto de Miranda
Félix**

16 de Fevereiro de 2023

Sumário

<i>Apresentação</i>	02
<i>Questões Demonstrativas</i>	03
<i>Questões Comentadas</i>	09



APRESENTAÇÃO

Seja muito bem-vindo(a) ao curso regular de MEDICINA – BANCA FCC. O foco do curso é resolver as questões dos principais assuntos cobrados pela Fundação Carlos Chagas (FCC). Há MUITA, MUITA, MUITA repetição e se a banca mantiver seu estilo é possível que vocês se deparem no dia da prova com mais de 80% das questões de Medicina já resolvidas nas aulas.

O meu nome é Ricardo Humberto de Miranda Félix e sou médico formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, com residência médica em Clínica Médica e Geriatria, além de mestrado pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Hoje sou médico do TRE - RN e do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN. Já fui aprovado nos concursos do TJ-SP, MPU, TRT-SP e TRE-SP.

Com a experiência dos concursos que já fiz, aprendi que o maior diferencial para ser aprovado nas provas da FCC é ter um bom desempenho na prova específica. **Sua pontuação é o triplo das questões básicas.**

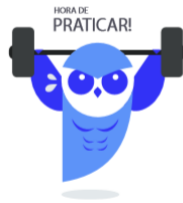
A maioria dos editais de concursos incluem matérias básicas como português, raciocínio lógico-matemático e até Noções de Direito constitucional e administrativo. Otimizar seu tempo de estudo fará diferença. Lembrando que a maioria dos médicos têm muitos empregos, plantões noturnos e pouca disponibilidade para se dedicar de corpo e alma aos estudos para concurso.

Teremos dez aulas englobando todas as disciplinas de Clínica Médica, com mais de 500 questões comentadas. Separei as mais frequentes, destacando os detalhes mais cobrados e gabaritos polêmicos. Com o tempo vocês perceberão o estilo da prova. Espero que gostem e compartilhem sua experiência.

Bons estudos!



QUESTÕES DEMONSTRATIVAS



(TRT22 – 2022)

1. Foram avaliadas 50 mulheres com idade variando de 20 a 35 anos e dosagem de TSH significativamente elevada. O achado MENOS provável é

- (A) Hipotensão diastólica
- (B) Menorragia.
- (C) Galactorreia.
- (D) Derrame pleural e pericárdico.
- (E) Hipercarotenemia.

(TRT22 – 2022)

2. Hemograma com hemácias em rouleaux será encontrado com maior probabilidade em paciente com

- (A) 80 anos, microcitose e pagofagia.
- (B) 60 anos, insuficiência renal e hipercalcemia.
- (C) 35 anos, macrocitose e ataxia.
- (D) 50 anos, icterícia e esplenomegalia.
- (E) 20 anos, plaquetopenia e esquizócitos.

(TRT17 – 2022)



3. A infecção pelo Monkeypox, com relação aos sinais e sintomas iniciais, apresenta como característica distintiva a presença de

- (A) máculas anogenitais que evoluem para pápulas e pústulas.
- (B) ausência de dor nas lesões cutâneas.
- (C) esplenomegalia acentuada.
- (D) lesões de mucosa, principalmente no pênis, ânus e boca.
- (E) febre e mialgia sempre antecedendo o rash cutâneo.

(TRT5 – 2022)

4. Dos achados abaixo, aquele que NÃO se relaciona à síndrome CREST é

- (A) fenômeno de Raynaud.
- (B) pneumopatia intersticial.
- (C) disfagia.
- (D) espessamento distal da pele.
- (E) "aranhas vasculares" cutâneas.

(TJSC – 2021)

5. O rastreamento de bacteriúria assintomática está recomendado para:

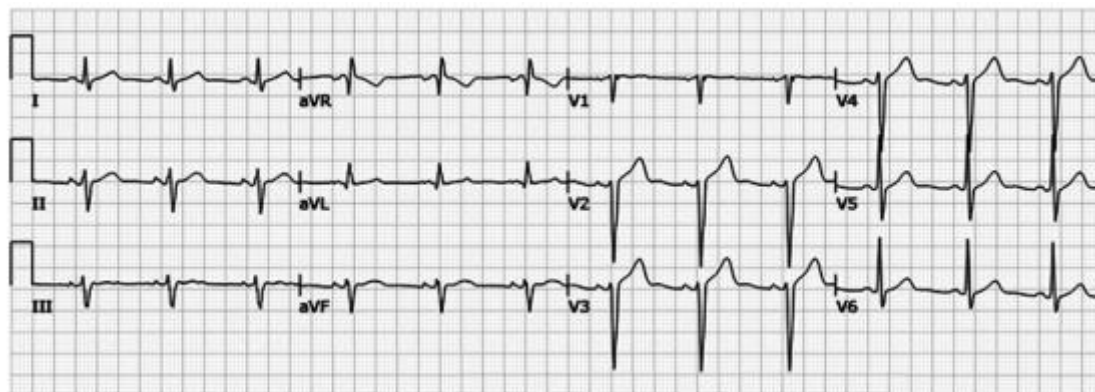
- (A) Gestantes.
- (B) Usuários de cateterismo vesical de demora.
- (C) Transplantados renais.
- (D) Pré-cirúrgico.
- (E) Diabéticos.

(CL-DF – 2018)

6. Uma mulher de 69 anos, sedentária, tabagista e obesa, com histórico de tratamento de hipertensão arterial há 20 anos e uso de metformina e glimepirida há 12 anos, com



acompanhamento médico precário, procura uma unidade de pronto atendimento com queixa de dor retroesternal e precordial intensa há 4 horas, com irradiação para a mandíbula. Nos últimos 30 minutos apresenta náusea e sudorese fria. Está hemodinamicamente estável e tem o ECG abaixo:



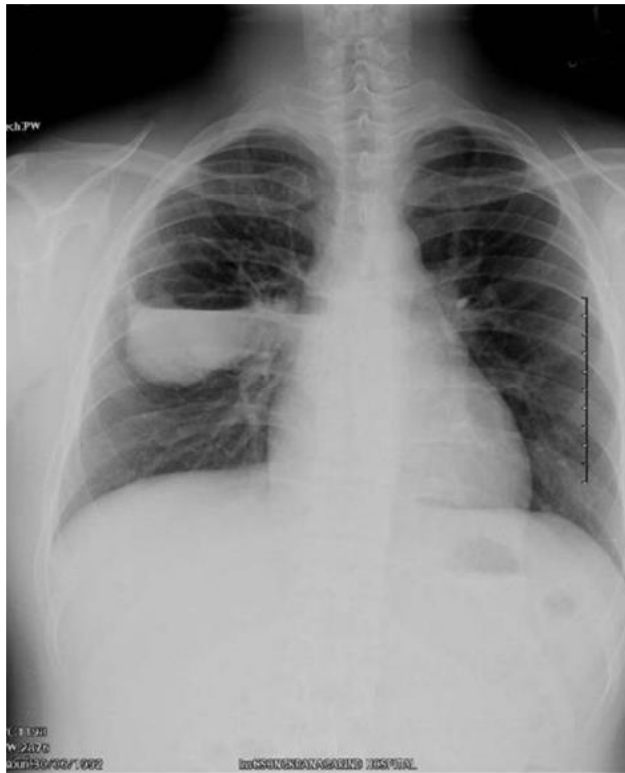
A dosagem de ureia, creatinina, Na, K, hemograma e RNI são normais, com elevação de troponina e CK-MB.

NÃO é recomendada, como parte da terapêutica inicial, a utilização de

- (A) estreptoquinase.
- (B) nitroglicerina.
- (C) metoprolol.
- (D) enoxaparina.
- (E) ácido acetilsalicílico.

(Câmara Municipal de Fortaleza-CE – 2019)

7. Um homem de 80 anos, institucionalizado, ativo, com reduzida atividade física, consciente e orientado, vem apresentando febre baixa, tosse e sudorese noturna há 3 semanas, com queda do estado geral. Tem apresentado alguns episódios de crise de tosse durante o sono. O exame físico revela raros estertores crepitantes no terço médio e inferior do pulmão direito. A radiografia de tórax é mostrada abaixo.



O tratamento inicial deve incluir preferencialmente

- (A) associação de penicilina G e rifampicina.
- (B) antibiótico com atividade contra estafilococo meticilina resistente.
- (C) esquema quádruplo para tuberculose pulmonar ativa.
- (D) cefalosporina com ação contra pseudomonas e metronidazol.
- (E) uma combinação de antibiótico beta-lactâmico/ inibidor de beta-lactamase ou um carbapenêmico.

(TJSC – 2021)

8. Paciente de 25 anos, sexo masculino, admitido no pronto-socorro com episódio de entalo com a carne que havia comido no churrasco há 1 hora. Refere episódio prévio semelhante. Nega tabagismo.

As células mais provavelmente envolvidas na fisiopatologia do caso em questão são os

- (A) neutrófilos.
- (B) eosinófilos.



- (C) macrófagos.
- (D) linfócitos.
- (E) mastócitos.

(TRF5 – 2017)

9. São características que podem estar presentes na Doença de Parkinson, EXCETO:

- (A) Hipotonia e diarreia
- (B) Bradicinesia e tremor de repouso
- (C) Micrografia e instabilidade postural
- (D) Anosmia e depressão
- (E) Fatigabilidade anormal e demência

(TRT2 – 2014)

10. Pode reduzir acentuadamente a gravidade e a frequência dos ataques do angioedema hereditário:

- (A) inibidor de ECA
- (B) corticoide
- (C) anti-histamínico
- (D) epinefrina
- (E) andrógeno



GABARITO



1 A

2 B

3 A

4 B

5 A

6 A

7 E

8 B

9 A

10 E



QUESTÕES COMENTADAS



(TRT22 - 2022)

1. Foram avaliadas 50 mulheres com idade variando de 20 a 35 anos e dosagem de TSH significativamente elevada. O achado MENOS provável é

- (A) Hipotensão diastólica
- (B) Menorragia.
- (C) Galactorreia.
- (D) Derrame pleural e pericárdico.
- (E) Hipercarotenemia.

Comentário:

A principal etiologia do hipotireoidismo primário é a Tireoidite de Hashimoto, de origem autoimune. Entre as demais causas têm-se:

- Iatrogenia (medicação, tireoidectomia, radioiodoterapia ou irradiação externa);
- Medicamentos - tionamidas, lítio, amiodarona, interferon-alfa, interleucina-2, inibidores da tirosina quinase, imunoterapia.
- Doenças infiltrativas - tireoidite fibrosa, hemocromatose, sarcoidose;
- Hipotireoidismo transitório: tireoidite indolor (silenciosa, linfocítica), tireoidite granulomatosa subaguda, tireoidite pós-parto, tireoidectomia subtotal, após terapia com radioiodo para o hipertireoidismo de Graves.

O quadro a seguir demonstra os principais sintomas e sinais do hipotireoidismo. Fique atento às manifestações clássicas de prova: derrame pericárdico, hipertensão diastólica (convergente) e menorragia. **(alternativa A errada, gabarito da questão)**



Manifestações clínicas do hipotireoidismo		
Mecanismo	Sintomas	Sinais
Lentificação metabólica	Fadiga e fraqueza Intolerância ao frio Dispneia ao esforço Ganho de peso Disfunção cognitiva Retardo mental (início infantil) Constipação Retardo no crescimento	Movimento lento e fala lenta Relaxamento tardio dos reflexos tendinosos Bradycardia Carotenemia
Acúmulo de glicosaminoglicanos da matriz celular nos espaços intersticiais de muitos tecidos	Pele seca Rouquidão Edema	Pele grossa Edema facial e madarose Edema periorbital Macroglossia
Outros	Hipoacusia Mialgia e parestesias Depressão Menorragia Artralgia Atraso puberal	Hipertensão diastólica Derrames pleural e pericárdico Ascite Galactorréia

Em relação a exames laboratoriais há presença de hiponatremia, anemia macrocítica, aumento de enzimas musculares (CPK, aldolase, TGO) em decorrência da miopatia mixedematosa; hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, hiperprolactinemia e aumento de homocisteína.



O coma mixedematoso pode ocorrer quando o hipotireoidismo grave é complicado por trauma, infecção, exposição ao frio ou administração inadvertida de hipnóticos ou opiáceos. O diagnóstico deve ser suscitado em pacientes com diminuição do estado mental associado a hipotermia, hipoventilação com hipercapnia, bradicardia, hipotermia e hiponatremia. É uma emergência médica com alta taxa de mortalidade.

O tratamento medicamentoso inclui reposição de levotiroxina por via intravenosa e de hidrocortisona até a exclusão de possível insuficiência adrenal. Além disso, deve-se realizar medidas de suporte que incluem: reposição volêmica, ventilação mecânica, correção da hipotermia e hipoglicemia.

Gabarito: A

(TRT22 - 2022)

2. Hemograma com hemácias em rouleaux será encontrado com maior probabilidade em paciente com

- (A) 80 anos, microcitose e pagofagia.
- (B) 60 anos, insuficiência renal e hipercalcemia.
- (C) 35 anos, macrocitose e ataxia.
- (D) 50 anos, icterícia e esplenomegalia.
- (E) 20 anos, plaquetopenia e esquizócitos.

Comentário:

Questão clássica da FCC, em que pergunta de forma indireta sobre o diagnóstico principal do paciente usando o quadro clínico ou exames complementares. Presença de rouleaux de hemácias é clássico no Mieloma Múltiplo.

O mieloma múltiplo (MM) é caracterizado pela proliferação neoplásica de plasmócitos produzindo uma imunoglobulina monoclonal. As células plasmáticas proliferam na medula óssea (**plasmocitose medular >10%**) e, frequentemente, resultam em extensa destruição esquelética com lesões osteolíticas, osteopenia e/ou fraturas patológicas.

O MM representa aproximadamente 1 a 2% de todos os cânceres e pouco mais de 17% das neoplasias hematológicas nos Estados Unidos. É uma doença de adultos mais velhos, com idade mediana no diagnóstico de 66 anos. O diagnóstico de MM é suscitado por causa de uma (ou mais) das seguintes apresentações clínicas:

- Dor óssea com lesões líticas (58%), classicamente em coluna lombar;



- Aumento da concentração total de proteína sérica e/ou a presença de uma proteína monoclonal na urina ou soro (97%). Esse aumento se manifesta como pico monoclonal na eletroforese de proteínas;
- Sinais ou sintomas sistêmicos sugestivos de malignidade, como anemia inexplicável (73%);
- Hipercalcemia, que é sintomática ou descoberta incidentalmente (28%);
- Insuficiência renal aguda (48%) com urinálise branda ou raramente síndrome nefrótica devido à amiloidose concomitante da cadeia leve da imunoglobulina (AL)

A grande maioria dos pacientes terá uma proteína monoclonal produzida e secretada pelos plasmócitos malignos, que pode ser detectada por eletroforese de proteínas do soro e/ou de uma alíquota de urina de uma coleta de 24 horas combinada com imunofixação do soro e da urina. A proteína M geralmente se apresenta como um único pico estreito, como uma torre de igreja, na região gama, beta ou alfa-2 do traçado da eletroforese.

A imunofixação do soro confirma a presença de uma proteína M e determina seu tipo. As células plasmáticas malignas podem produzir cadeias pesadas de imunoglobulina mais cadeias leves, cadeias leves sozinhas ou nenhuma das seguintes frequências na imunofixação sérica: IgG – 52%, IgA – 21%, apenas cadeia leve kappa ou lambda (Bence Jones) – 16%, IgD – 2%, Biclinal - 2%, IgM - 0,5%, Negativo - 6,5%. O kappa é o isotipo da cadeia leve predominante em comparação com o lambda, por um factor de 2 para 1 com a exceção de as cadeias leves lambda serem mais comuns no mieloma IgD e no mieloma associado à amiloidose.

A eletroforese de proteínas demonstrará uma banda ou pico localizado em 82% dos pacientes com MM. A adição de imunofixação da proteína sérica aumenta a sensibilidade para 93%. Se, adicionalmente, o ensaio da cadeia leve livre do soro (FLC) ou os estudos de proteína monoclonal da urina (eletroforese de proteína na urina e imunofixação da urina) são feitos, a sensibilidade aumenta para 97% ou mais.

Outros achados laboratoriais importantes para prova são: no MM há rouleaux de hemácias e VHS aumentado (em decorrência da neutralização das cargas negativas das membranas eritrocitárias, levando a agregação e maior sedimentação das hemácias); as lesões ósseas líticas não são visualizadas na cintilografia óssea, sendo indicado radiografia e tomografia; não há elevação de marcadores de formação óssea como osteocalcina e fosfatase alcalina óssea.



Três importantes diagnósticos diferenciais:

- **Macroglobulinemia de Waldenström** - é uma entidade clinicopatológica distinta que demonstra o linfoma linfoplasmocitário na medula óssea com uma gamopatia monoclonal IgM no sangue. Principal manifestação clínica é a síndrome de hiperviscosidade. Nesta há queixas neurológicas, como cefaléia, vertigem, nistagmo, tontura, zumbido, surdez súbita, diplopia ou ataxia. A hiperviscosidade marcada, raramente, pode levar a confusão, demência, distúrbios da consciência, isquemia cerebral ou coma. Um achado clássico é a presença de veias retinianas dilatadas, segmentadas e tortuosas, dando uma aparência de "vasos em salsicha". A hiperviscosidade sintomática é uma emergência médica, tratada com plasmaférese.
- **Síndrome POEMS** – composta por **polineuropatia**, **organomegalia**, **endocrinopatia**, **proteína monoclonal**, alterações cutâneas (**skin**). É um distúrbio monoclonal plasmocitário acompanhado de neuropatia periférica, lesões osteoescleróticas, doença de Castleman, organomegalia, endocrinopatia (excluindo diabetes ou hipotireoidismo), edema, alterações cutâneas típicas e/ou papiledema.
- **Síndrome de Schnitzler**: é uma forma de urticária crônica associada à gamopatia monoclonal da classe IgM e mais frequentemente kappa, além de características adicionais, que podem incluir dor óssea, hiperostose esquelética, artralgias, linfadenopatia e febres intermitentes. Não há um teste específico para a síndrome de Schnitzler e os médicos devem manter um alto índice de suspeita em pacientes com urticária crônica e uma proteína monoclonal IgM no soro. A identificação desses pacientes é importante porque muitos terão resolução de seus sintomas após a inibição da via da interleucina-1. Pacientes com síndrome de Schnitzler têm infiltração mínima ou nenhuma linfoplasmocitária da medula óssea; o envolvimento global da medula por essas células deve ser <10%.

Gabarito: B

(TRT17 - 2022)

3. A infecção pelo Monkeypox, com relação aos sinais e sintomas iniciais, apresenta como característica distintiva a presença de

- (A) máculas anogenitais que evoluem para pápulas e pústulas.
- (B) ausência de dor nas lesões cutâneas.
- (C) esplenomegalia acentuada.
- (D) lesões de mucosa, principalmente no pênis, ânus e boca.
- (E) febre e mialgia sempre antecedendo o rash cutâneo.



Comentário:

A Monkeypox (MPX) é uma doença viral de caráter zoonótico, endêmica na África Central e Ocidental, causada pelo vírus Monkeypox (MPXV) do gênero Orthopoxvirus da família Poxviridae. O nome deriva da espécie em que a doença foi inicialmente descrita em 1958. O reservatório ainda é desconhecido, e a principal hipótese é que seja pequenos roedores.

A MPX é geralmente uma doença autolimitada, cujos sinais e sintomas duram de 2 a 4 semanas. O período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, mas pode chegar a 21 dias. A pessoa infectada é assintomática no período de incubação. Os sinais e sintomas iniciais clássicos incluem febre súbita, dor de cabeça, dores musculares, adenomegalia, calafrios e exaustão. A transmissibilidade inicia logo após o início dos sintomas. A detecção de linfadenopatia é uma característica clínica importante, auxiliando no diagnóstico diferencial entre MPX e outras doenças.

A manifestação cutânea ocorre entre um e três dias após os sinais e sintomas iniciais. A erupção cutânea da MPX tem distribuição centrífuga e passa por diferentes estágios: mácula, pápula, vesícula, pústula e crostas. Inicialmente, as lesões têm diâmetro entre meio centímetro e um centímetro, com evolução uniforme. São profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central. A doença se apresenta em sua maioria de maneira leve a moderada com sintomas autolimitados.

Os casos de MPX descritos no surto de 2022 apresentam algumas características atípicas. A erupção pode começar nas áreas genital e perianal, a erupção nem sempre se dissemina para outras partes do corpo e os sintomas prodrômicos podem ser leves ou ausentes. Essas características dos casos mais recentes de MPX podem ser facilmente confundidas com IST. Nos países onde a MPX é endêmica, a mortalidade varia entre 1% e 10%. **(alternativa A correta)**

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato com lesões de pele de pessoas infectadas ou objetos contaminados. A transmissão via gotículas, usualmente, requer contato próximo e prolongado com o paciente infectado. O período de transmissibilidade é encerrado quando o paciente não apresenta mais crostas, e a pele encontra-se cicatrizada.

O diagnóstico diferencial inclui varicela zoster, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancro mole, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular

A notificação/investigação de casos suspeitos **é obrigatória e imediata**, em todo território nacional, em até 24 horas, pelos profissionais de saúde de serviços públicos ou privados.

Definições importantes:



- Caso suspeito: Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva de MPX, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.
- Caso provável: Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de MPX não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de MPX não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico laboratorial de outro diagnóstico.
 - a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
 - b) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
 - c) Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a com caso provável ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
 - d) Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.
- Caso confirmado: caso suspeito com resultado laboratorial Positivo/Detectável para MPXV por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).
- Caso descartado: caso suspeito com resultado laboratorial Negativo/Não Detectável para MPXV por diagnóstico molecular.

Critérios clínicos de gravidade:

- Escore de lesão cutânea: grave (100 a 250 lesões) ou muito grave (mais de 250 lesões);
- Insuficiência respiratória;
- Sepsis;
- Confusão;
- Hepatomegalia;
- Adenomegalia cervical com disfagia;



- Desidratação.

População de Risco:

- Crianças (<8 anos de idade);
- Gestantes;
- Imunossuprimidos (AIDS, leucemia, linfoma, câncer avançado, transplantados - órgãos sólidos, terapia com agentes alquilantes, antimetabólitos, radioterapia, inibidores do fator de necrose tumoral, corticosteroides em altas doses, ser receptor de transplante de células-tronco hematopoiéticas <24 meses após o transplante ou ≥24 meses, mas com doença do enxerto contra o hospedeiro ou recidiva da doença, ou com doença autoimune com imunodeficiência como componente clínico).

O tratamento é de suporte clínico e envolve manejo da dor e do prurido, cuidados de higiene e manutenção do balanço hidroeletrolítico. Não é indicada a antibioticoterapia profilática. Em casos graves, com comprometimento pulmonar, o oxigênio suplementar pode ser necessário. Na presença de infecções bacterianas secundárias às lesões de pele, deve-se considerar antibioticoterapia. Manifestações incomuns podem incluir lesão ocular, proctite e uretrite, podendo necessitar de avaliação específica nesses casos.

Até o momento, não se dispõe de medicamento aprovado especificamente para MPX. Entretanto, alguns antivirais demonstraram alguma atividade contra o MPXV, entre eles Brincidofovir, Cidofovir e **Tecovirimat**. Este último antiviral foi aprovado na Europa e EUA para casos específicos (formas graves): Encefalite; pneumonite; lesões cutâneas com mais de 200 erupções espalhadas pelo corpo; lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e hidratação via oral; lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário à ulceração; e lesão ocular.

Em caso suspeito da doença, deve-se realizar o isolamento imediato do indivíduo e coletar amostras clínicas. Sendo confirmado para MPX **o isolamento do indivíduo só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões. O rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos suspeitos deverão ser realizados por no mínimo 21 dias.**

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas). Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível.

- Não compartilhar o uso de talheres, os quais, devem ser lavados com água entre 60-90°C e sabão comum. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária;
- Evitar visitas e contato com animais;



- Evitar uso de lentes de contato, objetivando reduzir a probabilidade de infecção ocular;
- Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea;
- Não sair de casa de forma desnecessária, e ao sair utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), protegendo as lesões (usando camisas com mangas longa e calças), evitando aglomerações e transporte coletivo.

O profissional e serviços de saúde devem atentar para precaução de contato, gotículas e aerossóis (intubação ou aspiração traqueal, suporte ventilatório não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias) com higienização das mãos, uso de avental, luvas e máscaras descartáveis (ou máscara N95 se geração de aerossol).

Recomenda-se o monitoramento dos contatos a cada 24h por um período de 21 dias, desde o último contato com o paciente. No monitoramento, deve ser realizada aferição de temperatura duas vezes ao dia e comunicado à equipe de saúde da Atenção Primária. **Não há necessidade de isolamento dos contatos assintomáticos.** Estes (incluindo os trabalhadores de saúde) não devem doar sangue, células, tecidos, órgãos, leite materno ou sêmen durante o monitoramento.

Gabarito: A

4. (FCC/TRT5 – 2022)

Dos achados abaixo, aquele que **NÃO** se relaciona à síndrome CREST é

- (A) fenômeno de Raynaud.
- (B) pneumopatia intersticial.
- (C) disfagia.
- (D) espessamento distal da pele.
- (E) “aranhas vasculares” cutâneas.

Comentário:

A esclerodermia pode ser uma característica clínica de extensão anatômica limitada, afetando apenas a pele e os tecidos subjacentes, ou pode estar associada ao envolvimento sistêmico. Quando o distúrbio cutâneo característico está associado ao envolvimento de órgãos internos, a doença é denominada esclerose sistêmica (ES).

A ES é uma doença heterogênea, mas dois subconjuntos clínicos distintos são tradicionalmente reconhecidos com base na extensão do envolvimento da pele: ES cutânea limitada (ESlc) e ES cutânea difusa (EScd). Pacientes com ESlc têm tipicamente espessamento da pele distal dos cotovelos e joelhos, e pode apresentar características da síndrome CREST (**C** cutis



alcinosis, **R** fenômeno Raynaud, **E** sofagopatia, **S** clerodactyly, e **T** elangiectasia). Pacientes com ESdc geralmente têm envolvimento da pele estendendo-se para os membros proximais (parte superior dos braços e ombros) e/ou tórax e abdômen. Estes são mais propensos a desenvolver danos significativos em órgãos internos devido a lesão isquêmica ou fibrose do que aqueles com EScl. **(alternativa B errada, gabarito da questão)**

As manifestações sistêmicas da ES são diversas. Os mais proeminentes são as anormalidades da circulação (mais notavelmente o fenômeno de Raynaud) e o envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos, incluindo os sistemas musculoesquelético, renal, pulmonar, cardíaco e gastrointestinal, com complicações fibróticas e/ou vasculares.

- Fenômeno de Raynaud: ocorre em mais de 90% dos pacientes com ES. Ocorre vasoespasmos reversíveis, devido a alterações funcionais nas artérias digitais das mãos e dos pés. No entanto, desenvolvem-se mudanças estruturais progressivas nos pequenos vasos sanguíneos, com fluxo permanentemente prejudicado. Nesses pacientes, os episódios de podem ser prolongados e resultar em ulceração ou infarto isquêmico digital.

Por outro lado, o vasoespasmos digital induzido pelo frio associado a alterações de cor características pode ocorrer isoladamente (Fenômeno de Raynaud primária, também chamada doença de Raynaud), em outras doenças e em resposta a drogas e/ou exposições ambientais. A doença primária ocorre em até 5% da população e é mais comum em mulheres; nesses indivíduos, geralmente se desenvolve nas primeiras três décadas de vida, é frequentemente familiar e não está associado a úlceras digitais isquêmicas ou infarto.

- Envolvimento gastrointestinal (GI): também ocorre em quase 90% dos pacientes com qualquer subtipo de ES. A hipomotilidade do esôfago e a incompetência do esfíncter esofágico inferior são as manifestações mais precoces. Entretanto, qualquer parte do TGI, da boca ao ânus, pode ser afetada. Os sintomas comuns incluem disfagia e asfixia, azia, rouquidão, tosse após deglutição, inchaço, constipação e diarreia alternadas, pseudo-obstrução e supercrescimento bacteriano do intestino delgado com má absorção e incontinência fecal. Refluxo gastroesofágico crônico e episódios recorrentes de microaspiração podem contribuir para o desenvolvimento ou progressão da doença pulmonar intersticial. A ectasia vascular no antro do estômago ("estômago de melancia") é frequente e pode ser causa de hemorragia gastrointestinal crônica e anemia.
- Envolvimento pulmonar: é observado em mais de 70% dos pacientes. As duas principais manifestações são doença pulmonar intersticial (também chamada alveolite fibrosante) e doença vascular pulmonar, levando à hipertensão arterial pulmonar (HAP). A primeira é mais comum na forma cutânea difusa, enquanto a segunda é mais prevalente na forma cutânea limitada, podendo, eventualmente, estarem associadas as duas formas. A HAP pode levar a cor pulmonale e insuficiência cardíaca direita. Além disso, paciente com ES



têm mais risco de câncer de pulmão (cinco vezes maior do que na população geral). Os pacientes devem ser avaliados com tomografia de tórax alta resolução, ecocardiograma, espirometria, avaliação de volumes pulmonares e teste de capacidade de difusão respiratória para monóxido de carbono [DLCO].

- Doença renal: estudos de autópsia sugerem que 60 a 80% dos pacientes com EScd têm evidências patológicas de dano renal. Microalbuminúria, azotemia leve e/ou hipertensão é observada em até 50% dos pacientes, mas a maioria não evolui para insuficiência renal crônica.
 - Crise renal em esclerodermia: acomete 10 a 15% dos doentes. É muito mais frequente na forma cutânea difusa e quase invariavelmente ocorre nos estágios iniciais da doença. Esta forma de envolvimento renal é caracterizada por:
 - Início agudo de insuficiência renal oligúrica;
 - Exame de urina com apenas proteinúria leve, com poucas células ou cilindros;
 - Início abrupto de hipertensão moderada a acentuada ou maligna (embora alguns pacientes permaneçam normotensos);
 - Hemólise microangiopática e trombocitopenia;

A fisiopatologia é bem conhecida, com proliferação da camada íntima vascular (típica artéria em "bulbo de cebola", vista à microscopia), estreitamento da luz do vaso, diminuição do fluxo sanguíneo e consequente hiperativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Contudo, o ponto de gatilho para o início de todo esse processo ainda é desconhecido. É uma microangiopatia trombótica similar à nefrosclerose maligna, púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome hemolítica urêmica, nefrite por radiação, rejeição crônica ao transplante e síndrome do anticorpo antifosfolípide.

Gabarito: B

5. (FCC/TJSC – 2021) O rastreamento de bacteriúria assintomática está recomendado para:

- (A) Gestantes.
- (B) Usuários de cateterismo vesical de demora.
- (C) Transplantados renais.
- (D) Pré-cirúrgico.
- (E) Diabéticos.



Comentário:

Bacteriúria assintomática é tão comum nas provas da FCC que já chegou a ser cobrada duas vezes na mesma prova. Refere-se ao isolamento de bactérias em uma amostra de urina coletada adequadamente de um indivíduo sem sintomas de infecção do trato urinário. A BA é comum, mas a maioria dos pacientes não tem consequências adversas e não obtém benefício com a antibioticoterapia.

A BA é uma condição muito comum e sua frequência varia com idade, sexo, atividade sexual e presença de alterações no trato urinário. Em mulheres saudáveis, a prevalência de bacteriúria varia de 1 a 5% (antes da menopausa) a mais de 15% em idosas. *Escherichia coli* apresenta-se como o organismo mais comumente isolado, seguida por outras *enterobactérias*, *Pseudomonas aeruginosa*, *enterococos*, *estreptococos* do grupo B e *Staphylococcus saprophyticus*.

A prevalência de BA entre mulheres saudáveis aumenta com o avanço da idade, de cerca de 1% entre as jovens para mais de 20% entre as mulheres acima de 80 anos residentes na comunidade. Está correlacionado com a atividade sexual e não há maior prevalência entre as gestantes e não gestantes, como será visto adiante.

A prevalência entre mulheres com diabetes mellitus é de 8 a 14% e, geralmente, está correlacionada com a duração e a presença de complicações a longo prazo da doença, em vez de com os parâmetros metabólicos do controle do diabetes. Entre os homens com mais de 75 anos que residem na comunidade, a prevalência é de 6 a 15%. Homens com diabetes mellitus não parecem ter uma prevalência mais alta de bacteriúria do que homens sem a doença.

O valor diagnóstico significativo da bacteriúria depende da amostra, uma vez que a porção distal da uretra é colonizada por bactérias. Dessa forma, uma amostra coletada do jato médio da micção é considerada positiva para BA quando crescem pelo menos 100.000 unidades formadoras de colônias (10^5 UFC/ml) em duas amostras consecutivas, ou 100 UFC/ml na urina coletada por cateterismo uretral.

Apesar de na maioria dos casos ser uma condição autolimitada, existem situações em que está associada a risco aumentado de complicações e deve ser tratada. São elas:

- Gestantes; **(alternativa A correta)**
- Pré-operatório de procedimentos genitourinários traumáticos (exemplo, ressecção transuretral).

A BA ocorre em 2 a 7% das mulheres grávidas, incidência semelhante à de mulheres não grávidas. Geralmente ocorre durante a gravidez precoce, com apenas cerca de 25% dos casos identificados no segundo e terceiro trimestres. Fatores que têm sido associados a um maior risco de bacteriúria incluem história prévia de infecção do trato urinário, diabetes mellitus pré-



existente, aumento da paridade e baixo nível socioeconômico. Bacteriúria recorrente é mais comum durante a gravidez e acomete até 30% das gestantes tratadas.

Sem tratamento, até 30% a 40% das mulheres grávidas com BA desenvolverão ITU sintomática, incluindo pielonefrite. A cistite aguda ocorre em aproximadamente 1 a 2% e a incidência estimada de pielonefrite aguda é de 0,5 a 2%. A maioria dos casos de pielonefrite ocorre durante o segundo e terceiros trimestres. Além de bacteriúria prévia não tratada, outras características clínicas que têm sido associadas à pielonefrite aguda durante a gravidez incluem idade <20 anos, nuliparidade, tabagismo, apresentação tardia ao tratamento, traço falciforme e diabetes pré-existente (não gestacional).

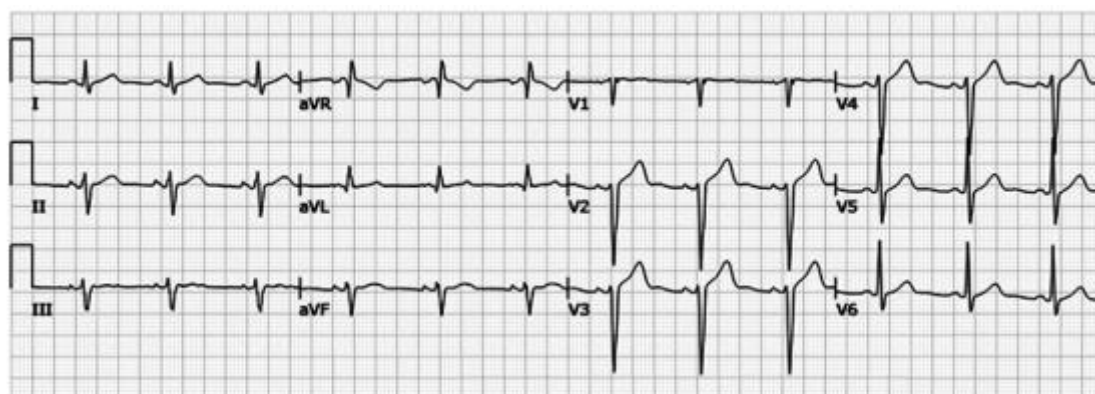
A bacteriúria não tratada tem sido associada a um aumento do risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e pré-eclâmpsia. Entretanto, essa associação não foi identificada nos casos de cistite aguda, talvez porque as gestantes com ITU sintomática inferior usualmente recebam tratamento.

O manejo da BA em gestantes inclui antibioticoterapia guiada pela cultura e culturas de acompanhamento para confirmar a esterilização da urina (uma semana após o término do tratamento). Opções potenciais incluem beta-lactâmicos (amoxicilina, cefalexina, cefpodoxima), nitrofurantoína e fosfomicina.

Gabarito: A

(CL-DF – 2018)

6. Uma mulher de 69 anos, sedentária, tabagista e obesa, com histórico de tratamento de hipertensão arterial há 20 anos e uso de metformina e glimepirida há 12 anos, com acompanhamento médico precário, procura uma unidade de pronto atendimento com queixa de dor retroesternal e precordial intensa há 4 horas, com irradiação para a mandíbula. Nos últimos 30 minutos apresenta náusea e sudorese fria. Está hemodinamicamente estável e tem o ECG abaixo:



A dosagem de ureia, creatinina, Na, K, hemograma e RNI são normais, com elevação de troponina e CK-MB.

NÃO é recomendada, como parte da terapêutica inicial, a utilização de

- (A) estreptoquinase.
- (B) nitroglicerina.
- (C) metoprolol.
- (D) enoxaparina.
- (E) ácido acetilsalicílico.

Comentário:

A paciente apresenta fatores de risco para eventos cardiovasculares (idade, hipertensão, diabetes, sedentarismo e tabagismo) e quadro de dor típica anginosa caracterizada por dor precordial intensa em aperto superior a 20 minutos associada à palidez e sudorese. O eletrocardiograma não apresenta supra-ST.

O diagnóstico inicial é de síndrome coronariana aguda sem supra de ST e a conduta imediata consiste na administração de drogas antianginosas como betabloqueador, nitrato e analgesia com morfina, antitrombóticas (heparina, antiplaquetários) e colher marcadores de necrose miocárdica.

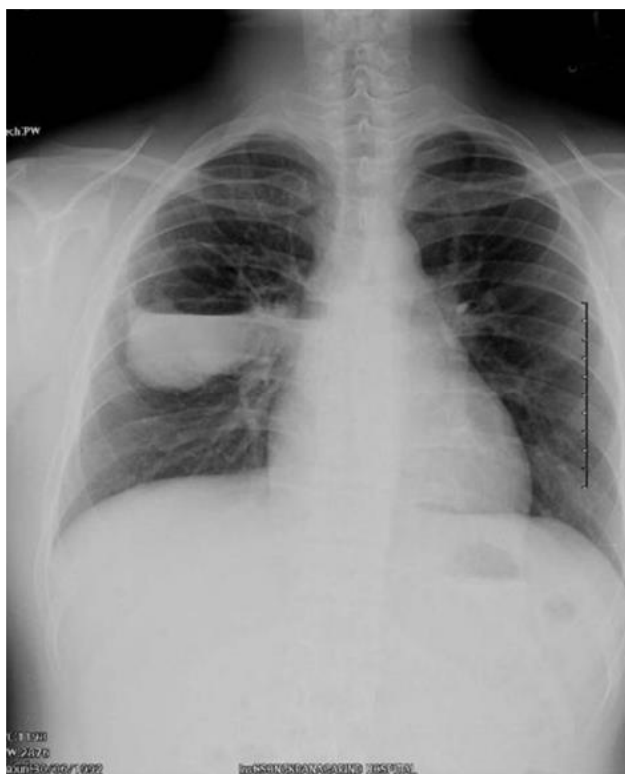
Como não há supradesnivelamento do segmento ST, não há indicação de fibrinolíticos. **(alternativa A errada, gabarito da questão)**

Gabarito: A

7. (Câmara Municipal de Fortaleza-CE - 2019)

Um homem de 80 anos, institucionalizado, ativo, com reduzida atividade física, consciente e orientado, vem apresentando febre baixa, tosse e sudorese noturna há 3 semanas, com queda do estado geral. Tem apresentado alguns episódios de crise de tosse durante o sono. O exame físico revela raros estertores crepitantes no terço médio e inferior do pulmão direito. A radiografia de tórax é mostrada abaixo.





O tratamento inicial deve incluir preferencialmente

- (A) associação de penicilina G e rifampicina.
- (B) antibiótico com atividade contra estafilococo meticilina resistente.
- (C) esquema quádruplo para tuberculose pulmonar ativa.
- (D) cefalosporina com ação contra pseudomonas e metronidazol.
- (E) uma combinação de antibiótico beta-lactâmico/ inibidor de beta-lactamase ou um carbapenêmico.

Comentário:

O abscesso pulmonar é definido como necrose do parênquima pulmonar causada por infecção microbiana. A maioria dos casos surgem como uma complicação da pneumonia por aspiração, geralmente polimicrobiana, causadas por bactérias estritamente anaeróbias e anaeróbias facultativas que colonizam a cavidade bucal. Após a aspiração ocorre uma pneumonite que pode progredir para a necrose tecidual após 7 a 14 dias. Esta resulta em abscesso pulmonar e/ou empiema.

O paciente típico tem uma predisposição à aspiração devido a um nível reduzido de consciência (por exemplo, alcoolismo, abuso de drogas, anestesia geral, traumatismo craniano) ou disfagia. Esses pacientes também frequentemente apresentam doença periodontal,



especialmente gengivite, com altas concentrações de bactérias anaeróbias na fenda gengival. Outros mecanismos de surgimento de abscessos incluem embolia séptica por endocardite infecciosa de válvulas direitas e disseminação hematogênica de tromboflebite séptica. Nessas duas situações os abscessos são múltiplos e envolvem áreas não contíguas do pulmão.

Os abscessos pulmonares são geralmente infecções polimicrobianas, especialmente bactérias estritamente anaeróbias e anaeróbias facultativas que colonizam a cavidade oral, como *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides* (geralmente não *B. fragilis*) e *Fusobacterium* spp. Outros patógenos estão envolvidos como *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *M. tuberculosis*.

O quadro clínico costuma ser arrastado, com perda de peso, sudorese noturna, tosse com expectoração purulenta de odor fétida e hemoptise. No exame físico pode haver baqueteamento digital, febre, dentes em mau estado de higiene e sopro cavernoso na ausculta pulmonar.

O diagnóstico é dado pela presença de cavidade no exame de imagem (radiografia ou TC de tórax), geralmente única, com paredes espessadas, irregulares e nível hidroaéreo, podendo ou não existir infiltrado pulmonar ao redor da lesão. As localizações preferenciais para onde se dirigem as aspirações são os segmentos posteriores de lobos superiores e segmentos superiores de lobos inferiores, especialmente a direita, pela angulação do brônquio principal ipsilateral (20 a 30 graus). A TC é importante para avaliação de diagnósticos diferenciais como neoplasias, tuberculose, bronquiectasias, vasculites (como granulomatose com poliangeíte) e corpo estranho aspirado.

Quando os pacientes apresentam uma apresentação típica com sintomas indolentes, combinada com uma condição subjacente típica que leva à aspiração ou cavidade em um segmento pulmonar dependente, é apropriado suspeitar que bactérias anaeróbias estão envolvidas. É difícil isolar bactérias anaeróbias nessas circunstâncias, uma vez que a maioria das amostras do trato respiratório (escarro ou broncoscopia aspirada) está contaminada pela flora das vias aéreas superiores e, conseqüentemente, é inadequada para a cultura anaeróbica. Se há escarro pútrido ou empiema, o diagnóstico está confirmado, sem necessidade de exames complementares.

Em cenários clínicos menos claros, deve-se realizar coloração de Gram por rotina e a cultura aeróbica do escarro expectorado, idealmente antes que os antibióticos tenham sido iniciados, além disso deve ser realizada pesquisa e cultura para tuberculose.

O tratamento se baseia na cobertura empírica de germes anaeróbios estritos e *Streptococcus* microaerófilos: clindamicina, amoxicilina-clavulanato, ampicilina-sulbactam, penicilina + metronidazol, quinolona com atividade contra anaeróbios (moxifloxacino) e carbapenêmicos. A



duração da terapia é controversa e pode ser baseada tanto no tempo quanto na resposta clínico-radiológica: 3 a 8 semanas; e/ou manter antibioticoterapia até radiografia limpa ou lesão pequena e estável. Cirurgia ou drenagem percutânea/endoscópica são raramente indicados, sendo reservada para lesões com diâmetro maior que 6cm, presença de hemoptise ou persistência do quadro clínico. **(alternativa E correta)**

Gabarito: E

(TJSC – 2021)

8. Paciente de 25 anos, sexo masculino, admitido no pronto-socorro com episódio de entalo com a carne que havia comido no churrasco há 1 hora. Refere episódio prévio semelhante. Nega tabagismo.

As células mais provavelmente envolvidas na fisiopatologia do caso em questão são os

- (A) neutrófilos.
- (B) eosinófilos.
- (C) macrófagos.
- (D) linfócitos.
- (E) mastócitos.

Comentário:

Caro aluno Estrategista, essa questão parece difícil e está sendo cobrada cada vez mais em concursos públicos. Vale a pena conhecer um pouco mais sobre o tema.

A eosinofilia esofágica foi descrita em associação com outros distúrbios gastrointestinais eosinofílicos conhecidos coletivamente como EGIDs. Destes, a gastroenterite eosinofílica é a condição mais comum, e ainda incomum, que pode causar uma série de sintomas, incluindo má absorção, dismotilidade e ascite, dependendo da camada do trato intestinal que está envolvida. Quando a eosinofilia gastrointestinal está limitada ao esôfago e é acompanhada de sintomas característicos, é denominada esofagite eosinofílica (EoE). A EoE é uma causa cada vez mais reconhecida de disfagia e possivelmente azia que não responde a medidas antirrefluxo. **(alternativa B correta)**

A EoE deve ser considerada em adultos (homens, entre 20 e 20 anos), com **história de impactação alimentar, com disfagia persistente ou com doença do refluxo gastroesofágico que não responde à terapia medicamentosa**. Até 15% dos pacientes avaliados para disfagia com endoscopia apresentam EoE. Uma história de impactação alimentar está presente em até 54% dos casos e estenoses esofágicas foram observadas em até 31% dos pacientes.



Em crianças, os sintomas que podem estar associados à EoE variam de acordo com a idade e incluem distúrbios alimentares, vômitos, dor abdominal, disfagia e impactação alimentar.

Em particular, o diagnóstico deve ser considerado naqueles com **histórico de alergias alimentares ou ambientais, asma ou atopia**. Uma história de perfuração esofágica (síndrome de Boerhaave), ou dor intensa após a dilatação de uma estenose também deve levantar a suspeita desse distúrbio. Fazer um diagnóstico de esofagite eosinofílica requer a presença de sintomas e achados histológicos. Além disso, outros distúrbios que podem causar EoE devem ser descartados. Aproximadamente 50 a 60% dos pacientes têm níveis séricos elevados de IgE (>114.000 unidades/L). Eosinofilia periférica é observada em 40 a 50% dos casos, mas geralmente é leve.

O diagnóstico de EoE não requer mais uma tentativa de tratamento com inibidor da bomba de prótons. Em pacientes suspeitos o primeiro teste diagnóstico é tipicamente uma endoscopia digestiva alta com biópsias esofágicas. Devem ser obtidas, no mínimo, duas a quatro biópsias do esôfago distal, bem como outras duas a quatro do esôfago médio ou proximal.

Os achados endoscópicos incluem:

- Anéis circulares empilhados – traqueização do esôfago (esôfago "felino");
- Estenoses (principalmente estenoses proximais);
- Atenuação do padrão vascular subepitelial;
- Sulcos lineares que podem se estender por toda a extensão do esôfago;
- Pápulas esbranquiçadas (representando microabscessos de eosinófilos);
- Esôfago de pequeno calibre.

Os achados histológicos sugestivos de esofagite eosinofílica incluem:

- **Pico de contagem de eosinófilos de ≥ 15 eosinófilos por campo de alta potência (ou 60 eosinófilos por mm^2);**
- Microabscessos de eosinófilos;
- Estratificação superficial de eosinófilos;
- Grânulos de eosinófilos extracelulares;
- Fibrose e inflamação subepitelial e da lâmina própria;
- Hiperplasia de células basais;
- Alongamento papilar;
- Aumento do número de mastócitos, células B e células portadoras de IgE.

O tratamento da EoE tem três pilares principais: dieta, drogas e dilatações. As abordagens dietéticas têm sido mais amplamente estudadas em crianças, nas quais são usadas rotineiramente como opção de terapia primária. Uma dieta de eliminação de seis alimentos (leite/produtos



lácteos, ovo, trigo, soja, amendoim, nozes) pode melhorar os sintomas e a eosinofilia esofágica e ajudar a identificar os alimentos causadores.

A abordagem farmacológica inclui tratamento inicial com um IBP ou glicocorticoide. Para pacientes que optam por um IBP, a resposta clínica deve ser avaliada após um curso de tratamento de oito semanas, com nova EDA para avaliar a resposta histológica. Naqueles que optam por um glicocorticoide tópico, sugere-se o tratamento com fluticasona ou budesonida. A medicação é administrada usando um inalador dosimetrado sem espaçador; é pulverizado na boca do paciente e depois engolido.

Pacientes com anéis ou estenoses esofágicas podem necessitar de dilatação, a qual está associada a lacerações da mucosa e perfuração esofágica e, portanto, deve ser realizada com cautela.

Gabarito: B

(TRF5 - 2017)

9. São características que podem estar presentes na Doença de Parkinson, EXCETO:

- (A) Hipotonia e diarreia
- (B) Bradicinesia e tremor de repouso
- (C) Micrografia e instabilidade postural
- (D) Anosmia e depressão
- (E) Fatigabilidade anormal e demência

Comentário:

A Doença de Parkinson (DP) é decorrente da degeneração irreversível dos neurônios da parte compacta da substância negra, resultando na redução da concentração de dopamina na via nigro-estriatal.

A DP é a forma primária da síndrome parkinsoniana, que pode estar presente em outras doenças ou ser efeito colateral de algumas medicações. Caracteriza-se pela presença de quatro sinais cardinais:

- Bradicinesia: Pobreza dos movimentos e lentidão na iniciação e execução de atos motores voluntários e automáticos. Manifesta-se ainda com a incapacidade de sustentar movimentos repetitivos, fatigabilidade anormal e dificuldade de realizar movimentos simultâneos.
- Rigidez ou hipertonia plástica: Acometimento preferencial da musculatura flexora, resistência à movimentação do membro contínua ou intermitente ("roda denteada").



- Tremor: Geralmente de início assimétrico e tipicamente de repouso (“contar moedas”), que se exacerba durante a marcha, no esforço mental e em situações de tensão emocional. Diminui com a movimentação voluntária do membro afetado e desaparecendo com o sono.
- Instabilidade postural: É decorrente da perda de reflexos de readaptação. É incomum nas fases iniciais da doença, evidenciando-se apenas em mudanças bruscas de direção durante a marcha.

O diagnóstico da DP é clínico e necessita da presença da bradicinesia e outro sinal cardinal. Além disso, a boa resposta a levodopa também contribui para o diagnóstico.

Manifestações não motoras também podem estar presentes como dor, hiposmia, distúrbio comportamental do sono REM e disfunção autonômica, que se manifesta especialmente com constipação, incontinência urinária de urgência, vertigem, hiperidrose e hipotensão postural. Depressão e déficit cognitivo, incluindo demência, também estão presentes na evolução da doença.

Desta forma, a alternativa A é o gabarito da questão. O candidato facilmente acertaria se lembrasse do fenótipo do paciente parkinsoniano. Há hipertonia e constipação, ao contrário de hipotonia e diarreia. As demais alternativas descrevem os demais sinais cardinais e algumas manifestações extra motoras da doença.

Para complementar o estudo seguem comentários sobre tremor essencial (que já foi tem de duas questões da FCC) e dos principais diagnósticos diferenciais da DP:

- Tremor essencial: seu tremor geralmente é bilateral e simétrico; está presente na postura, particularmente na extensão dos membros superiores; ao acometer o segmento cefálico o faz globalmente, com movimentos de cabeça em afirmação ou negação; melhora sensivelmente após a ingestão de bebida alcoólica; há história familiar positiva em 30 a 40% dos casos; responde favoravelmente ao tratamento com betabloqueadores adrenérgicos ou primidona.
- Doença de Lewy: presença de demência (ao contrário da DP, o déficit cognitivo já é perceptível na fase inicial da doença), alucinações visuais, flutuação da cognição, disfunção autonômica.
- Paralisia Supranuclear Progressiva (PSP): oftalmoparesia do olhar vertical, distonia cervical em extensão (retrocolo), disfagia, disartria e quedas.
- Atrofia de Múltiplos Sistemas: Disautonomia com envolvimento cerebelar e piramidal.



- Degeneração Corticobasal: Apraxia (membro alienígena).
- Parkinsonismo vascular: História de microangiopatia ou sequela de acidente vascular encefálico.
- Doença de Huntington: coreia com distúrbio de comportamento.
- Medicamentos: flunarizina, metoclopramida, neurolépticos.

Gabarito: A

(TRT2 - 2014)

10. Pode reduzir acentuadamente a gravidade e a frequência dos ataques do angioedema hereditário:

- (A) inibidor de ECA
- (B) corticoide
- (C) anti-histamínico
- (D) epinefrina
- (E) andrógeno

Comentário:

Questão difícil, pois a doença é incomum na prática clínica e pouco estudada na graduação. Apesar disso, é cobrada com frequência pela FCC. O angioedema hereditário é uma doença autossômica dominante, caracterizada por episódios recorrentes de angioedema **SEM** urticária, dor ou prurido. Atinge a pele ou mucosa do trato digestório (náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia) e via aérea superior, levando a asfixia.

Os gatilhos mais comuns das crises são trauma, especialmente durante manipulação dentária; medicamentos como os inibidores da ECA, tamoxifeno, estrógeno (anticoncepcionais); menstruação, gravidez; infecção por *H. pylori*.

A fisiopatologia clássica da doença envolve a deficiência ou disfunção do inibidor de C1 INH, do sistema complemento (possuem apenas 30% dos níveis circulantes normais, em vez dos 50% esperados). Esta enzima é inibidora de proteases e, na sua ausência, a resposta inflamatória é exacerbada, a depender do gatilho. Há uma produção excessiva de bradicinina, com vasodilatação e aumento de permeabilidade capilar.



O tratamento não farmacológico consiste em evitar fatores desencadeantes, como esportes de contato e drogas citadas. A terapia medicamentosa mais efetiva de longo prazo inclui andrógenos (**alternativa E correta**), como o danazol e oxandrolona. No tratamento da crise aguda utiliza-se corticoide, anti-histamínicos e adrenalina.

Gabarito: E



Fim de aula. Até o próximo encontro! Abraço,

Prof. Ricardo Félix

rhmfm@gmail.com

ricardoh_medicina@yahoo.com.br



[prof.ricardo_felix](https://www.instagram.com/prof.ricardo_felix)



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.