

Gabarito 2ª fase - II OMED Ciclo Clínico

Os enunciados estão incompletos, pois têm o objetivo de apenas identificar a questão. Para ler a questão completa, acesse a prova disponibilizada.

01. Você é médico de um hospital referência em cardiologia e seu paciente de longa data, Marcos, passa em consulta, preocupadíssimo com a sua condição de saúde. Marcos tem 78 anos de idade e tem diagnóstico de ICFER desde que teve um infarto agudo do miocárdio, há 3 anos (ECG disponível abaixo). Ele é ex-tabagista, ex-etilista e, graças às suas recomendações tem tentado manter uma vida mais saudável, com prática de atividade física, melhora da dieta e perda de peso significativa...

Resolução:

- a) O ECG apresenta um supradesnivelamento de segmento ST nas derivações II, III e aVF. Sendo assim, a região afetada com certeza é a parede inferior do ventrículo esquerdo. As artérias que podem ter sido ocluídas são as responsáveis por irrigar esta parte do coração, ou seja, a artéria coronária direita e/ou a artéria circunflexa.
- b) Aqui o esperado é que o participante elenque duas causas de descompensação de insuficiência cardíaca. Serão aceitas múltiplas respostas: novo episódio de infarto, emergência hipertensiva, perda de adesão medicamentosa, uso de drogas, miocardite ou qualquer outra que faça sentido.
- c) Dado que Marcos tem queixas ligadas a congestão pulmonar, e não parece ter sinais e sintomas de baixo débito, o perfil provavelmente é B (Quente e úmido). O tratamento medicamentoso imediato mais adequado é o uso de diuréticos como a furosemida, a fim de resgatar o paciente do estado congesto em que se encontra.
- d) A insuficiência cardíaca progride a partir do remodelamento das câmaras e da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do SNA simpático. Os três medicamentos que Marco vinha tomando são sabidamente capazes de retardar ou de impedir esses processos, e são consagradamente os que reduzem a mortalidade, por isso são considerados o tripé de ouro da Insuficiência Cardíaca: IECA, BB e espironolactona.

Referências:

- Gaglianello NA, Mahr C, Benjamin IJ. Heart failure and cardiomyopathy. In: Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ, Fitz JG. Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine [e-book]. 9th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2016 [cited 2020 July 28].
- Teerlink JR, Alburikan K, Metra M, Rodgers JE. Acute decompensated heart failure update. *Curr Cardiol Rev* 2015;11:53–62

02. Você é médico plantonista de um hospital no interior de SP e recebe no pronto atendimento paciente MJ, sexo feminino, 9 anos de idade que vem acompanhada pela mãe com queixa de dor intensa no ombro direito e febre. A mãe relata que o quadro se iniciou há cerca de 1 semana, e que houve tentativa de tratamento em casa com remédios naturais, sem nenhuma melhora. Também relata que há cerca de um mês a criança teve um quadro de infecção na garganta (com hiperemia da região das amígdalas), que se resolveu espontaneamente "sem precisar ir ao médico". Ao exame físico você detecta que a paciente está febril ao toque, e que a região do ombro direito está hiperemiada e quente. A ausculta cardíaca revela sopro diastólico em foco mitral (++) e a inspeção cutânea revela a seguinte lesão em tronco...

Resolução:

- a) Febre Reumática
- b) Eritema Marginato
- c) O tratamento deverá ser feito por meio de penicilina benzatina (injeção única) ou penicilina V por via oral por 10 dias. A artrite poderá ser tratada por meio do uso de AAS em dose anti-inflamatória (qualquer outra opção de AINE válida será aceita).
- d) O paciente receberá indicação de profilaxia secundária. Ela deverá ser feita com injeções de penicilina benzatina a cada 3-4 semanas até completar 25 anos de idade.

Referências:

- Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2ª edição

03. JC, 32 anos, chega ao hospital de ambulância após um acidente de carro. A equipe de paramédicos que o traz ao departamento de emergência relata que se tratou de um acidente em alta velocidade com múltiplos óbitos no local. Na avaliação primária, o médico plantonista identificou um paciente torporoso, incapaz de responder verbalmente a comandos. A respiração é ruidosa e dificultada pela presença de grande quantidade de sangue e a ausculta pulmonar evidencia sons ausentes do lado direito, com percussão hipertimpânica do mesmo lado e as veias jugulares estão colapsadas. O paciente queixa-se de dispneia e dor; apresenta-se taquicárdico.

Resolução:

- a) Pneumotórax hipertensivo
- b) A conduta do médico não foi correta. Quando há suspeita de pneumotórax hipertensivo, não há necessidade de solicitar qualquer exame de imagem, uma vez que a urgência do quadro pressupõe a realização de uma punção de alívio.
- c) A prioridade no atendimento desse paciente deveria ter sido avaliar e assegurar corretamente a via aérea. Para isso, o médico deveria ter aspirado o sangue, protegido a coluna cervical com um colar, buscado realizar as manobras de chin-lift e jaw-thrust e avaliado a necessidade de estabelecer uma via aérea definitiva.

Referências:

- American College of Surgeons Committee on Trauma

04. Você chega ao consultório para iniciar as consultas do dia e se depara com o seguinte prontuário:

- **Identificação: P.O.P., feminino, 65 anos**
- ...

Resolução:

- a) De acordo com a Mayo Clinic os fatores de risco para pólipos colorretais são: idade ≥ 50 anos; condições inflamatórias intestinais (como retocolite ulcerativa ou doença de Crohn); histórico familiar; uso de cigarros; abuso de álcool; obesidade; falta de exercícios físicos/sedentarismo; negros
- b) I - a e II - b
 - Descrição das lâminas:
 - a - Núcleos aumentados, hipercromáticos, localizados na base, perda de mucina

b - Pequenos aglomerados de células tumorais cercados por espaços lacunares formando o chamado padrão “micropapilar invasivo” são classificados como clusters pouco diferenciados.

- c) O oncologista deve realizar uma TC de tórax e TC/RM de abdome e pelve para analisar a anatomia da região, além de possíveis metástases. Ainda, deve-se pedir a dosagem do CEA a fim de ter um parâmetro de comparação, antes do tratamento e após.
- d) Segue o cronograma de exames e de periodicidade (segundo Tratado de Cirurgia de Sabiston):

	Inicial (2a)	Seguimento
Consulta	1x a cada 3-6m por 2a	1x a cada 6m até 5a
CEA		
TC de tórax/abdome	Anual por 5a	
Colonoscopia	1º e 3º anos	A cada 5a

Referências:

- https://www.researchgate.net/figure/Tubular-adenoma-with-low-grade-dysplasia-hae-matoxylin-and-eosin-staining-20-Inset_fig2_331538795
- <https://www.semanticscholar.org/paper/Clinicopathologic-Impacts-of-Poorly-Differentiated-Kim-Shin/736059ee9260906115c7642f303c836fae2784ae/figure/0>
- Tratado de Cirurgia de Sabiston

05. O câncer de mama constitui-se atualmente na neoplasia maligna mais comum entre as mulheres nos países desenvolvidos, excluindo os tumores de pele não melanoma. Sobre esta doença, observe o caso abaixo...

Resolução

- a) Para pacientes entre 50 e 69 anos de idade com baixo risco para Ca de mama, a rotina de rastreamento deve ser a realização de exame físico anual associado ao exame de mamografia bianual.
- b) O laudo do radiologista está incorreto. Trata-se de uma imagem claríssima de um nódulo espiculado, o que classificaria a mamografia como BI-RADS 5, ou seja, com achado altamente suspeito.
- c) A investigação deve ser prosseguida por meio de biópsia da mama

Referências:

- NAZARIO, Afonso Celso Pinto; FACINA, Gil and FILASSI, José Roberto. Câncer de mama: novidades no diagnóstico e no tratamento. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2015, vol.61, n.6, pp.543-552. ISSN 0104-4230. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.543>.

06. Cláudio, 7 anos, previamente hígido, chega ao pronto socorro acompanhado de seus pais com história de cefaléia muito intensa (9/10), vômitos incoercíveis e febre alta (39.5°C) há 2 dias. Foi medicado com dipirona e apresentou melhora importante do quadro febril, porém com persistência da cefaléia e dos vômitos...

Resolução:

- a) Os sinais de exame físico que poderiam corroborar com a hipótese diagnóstica formulada seriam os sinais de Kernig e Brudzinski (sinal de Lasègue também seria aceito por estar presente na maioria dos casos de meningite).
- b) O fundamental nessa resposta é que o participante apresente os dois agentes etiológicos mais prováveis para meningite bacteriana aguda nessa faixa etária. Isso porque a apresentação do quadro com febre alta, vômitos incoercíveis, cefaléia de alta intensidade e rigidez nucal são mais indicativos de uma etiologia bacteriana. A única resposta aceita seria *Neisseria meningitidis* e *Streptococcus pneumoniae* (os agentes mais comuns em crianças maiores de 5 anos de idade).
- c) Nessa resposta, o ideal será descrever o resultado típico para uma análise de líquido em meningites bacterianas: glicose alta, proteína alta e celularidade alta. Destaque especial se a pessoa mencionar o predomínio de leucócitos polimorfonucleares.
- d) O esperado nessa resposta é que o participante vá de acordo com a sugestão dada pelo plantonista, uma vez que hoje em dia é tido como conduta ideal associar antiinflamatório corticóide em casos de meningite bacteriana aguda para evitar complicações neurológicas e reduzir os sintomas.

Referências:

- Sáez-Llorens X, McCracken Jr. GH. Bacterial meningitis in children. *The Lancet* 361; 2003

07. Paciente feminino de 22 anos de idade , previamente hígida, chega à unidade de Pronto Atendimento com queixa de edema facial há 4 dias. Relata que percebe o inchaço principalmente pela manhã, e que tem tido mais dificuldade para calçar os sapatos na última semana. Durante a anamnese, a paciente também relata preocupação com sua urina, que além de estar menos frequente, tem estado mais escura nos últimos tempos (com uma coloração semelhante à coca-cola)...

Resolução:

- a) Síndrome Nefrítica (oligúria, hematúria e proteinúria leve).
- b) Trata-se de um quadro de glomerulonefrite pós estreptocócica. O aluno poderia citar como 3 elementos: A epidemiologia favorável (mulher jovem), a evidência de infecção estreptocócica prévia (internação por amigdalite), e a hipocomplementenemia.
- c) Biópsia renal.

Referências:

- Kambham, Neeraja MD Postinfectious Glomerulonephritis, *Advances In Anatomic Pathology*: September 2012 - Volume 19 - Issue 5 - p 338-347

08. Os próximos trechos se referem a uma só doença oftalmológica. Coloque os termos adequados nos números correspondentes...

Resolução:

“Uveíte é um quadro de inflamação do tecido uveal (íris, corpo ciliar e coróide) que pode acometer outras estruturas oculares, como retina, vítreo e nervo óptico. Pode ser manifestação de doenças infecciosas, auto-imunes ou de etiologia indeterminada e estima-se que mais de 8% da população brasileira tenha, teve ou terá a doença. No Brasil, a maior causa dessa doença é a toxoplasmose.”

“Esse quadro inflamatório pode ser dividido quanto ao aspecto (granulomatosa e não granulomatosa) e quanto à localização (anterior, posterior e pan)”

“Os principais exames laboratoriais a serem solicitados em um quadro de uveíte são: pesquisa do HLA-B27 por PCR, sorologia para sífilis e toxoplasmose e PPD para tuberculose”

Referências:

- Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology [e-book]. 5th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2018 [cited 2021 Dec 21]. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20150062803>

09. Quanto a síndrome do túnel do carpo e anatomia do punho, responda...

Resolução:

- Nove tendões (quatro tendões flexores superficiais dos dedos e quatro tendões flexores profundos e tendão do flexor longo do polegar) e o nervo mediano.
- Fatores de risco da sd do túnel do carpo idiopática (“primária”):* idade (45-60 anos e 75-85 anos)*, tamanho do túnel, frio, LER/DORT, movimentos de vibração, obesidade, tabagismo, hipotireoidismo não tratado, gestação, sexo feminino, uso de inibidores de aromatase
Fatores de risco da sd do túnel do carpo secundária: fraturas, luxações, sinovites, artrites, tumores, depósitos, gestação

*Ao citar a idade, para ser considerado como correto, o candidato deve especificar pelo menos 1 faixa etária

- Testes de Phalen, Tinel e Durkan.
- Falha do tratamento conservador com 2 modalidades por mais de 6 semanas.

Referências: Ortopedia e Traumatologia Principios E Prática 5ed - Sizinio Hebert

10. O leite de vaca é o principal alérgeno da infância, principalmente por ser o primeiro alimento introduzido na dieta do lactente (geralmente como complementar ou substituto do aleitamento materno). Sobre este tema, considere o caso abaixo e responda às perguntas...

Resolução:

- O quadro clínico apresentado é uma anafilaxia, um quadro mediado por imunidade humoral (IgE), como evidenciado pelo tempo de evolução rápido.
- O tratamento imediato para o quadro apresentado deve ser a administração de adrenalina IM
- A fórmula infantil usada foi responsável por causar uma reação alérgica gravíssima na criança. Por isso, deve ser orientada a suspensão imediata da fórmula e de quaisquer outros alimentos baseados em leite de vaca. A substituição deverá ser feita com outra fórmula infantil, seja a extensamente hidrolisada ou a baseada em proteína de soja.

Referências:

- Nelson Essentials of Pediatrics - 8th Ed: Cap 84 (seção 14) - Adverse Reactions to Foods - págs 334-338