

	AFYA CURSO DE MEDICINA - AFYA			NOTA FINAL
	Aluno:			
	Componente Curricular: Sistemas Orgânicos Integrados V			
	Professor (es):			
	Período: 202402	Turma:	Data:	

N1 ESPECÍFICA_5 PERIODO_25 SETEMBRO_2024.2_PROVA_SOI

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 13539 - CADERNO 001

Acervo do
Rigue

1ª QUESTÃO

Quer treinar essa prova?

Acesse:

www.acervo.top/soi-v ou www.acervotop.com/soi-iv

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Homem, 57 anos, hipertenso, diabético e obeso, encaminhado para pronto socorro por colega de trabalho por apresentar de forma súbita perda de força de membros a direita e dificuldade na fala, há cerca de 2 horas, relata que paciente faz uso e insulina NPH, hidroclorotiazida, espironolactona, losartana e varfarina. No exame físico, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força grau 0 em membro superior e inferior direito e disartria, glicemia capilar 250mg/dL, Pressão arterial 150/90mmHg. Realizado de urgência tomografia de crânio sem contraste que não apresentava alterações.

Exames laboratoriais incluíram:

- Plaquetas: 89.000/mm³ (VR: 150.000 a 450.000mm³)
- INR ou RNI: 2,3 (VR: menor 1)
- Creatinina: 1,2 mg/dL (VR: 0,8 a 1,2 mg/dL)
- Sódio: 140 mEq/L (VR: 135 a 145 mEq/L)
- Potássio: 4,1 mEq/L (VR: 3,5 a 5 mEq/L)

Analise o caso acima e marque a alternativa que contenha o provável diagnóstico e conduta(s) adequada(s).

Alternativas:

(alternativa A)

Acidente vascular encefálico hemorrágico, controles: glicemia e pressão arterial.

(alternativa B)

Acidente vascular encefálico isquêmico, realizar a trombólise imediatamente.

(alternativa C) (CORRETA)

Acidente vascular encefálico isquêmico, controles como: glicemia e pressão.

(alternativa D)

Acidente vascular encefálico hemorrágico, solicitar avaliação da neurocirurgia.

Resposta comentada:

Alternativas:

Acidente vascular encefálico hemorrágico, controle de pressão arterial.

Justificativa: A tomografia de crânio sem contraste **não mostrou sinais de hemorragia**, o que exclui a hipótese de AVE hemorrágico. O controle de pressão arterial, embora importante, não é suficiente como conduta inicial para um paciente com provável AVE isquêmico. Essa alternativa está incorreta.

Acidente vascular encefálico isquêmico, realizar a trombólise.

Justificativa: Embora o quadro clínico seja sugestivo de um AVE isquêmico, com perda súbita de força e disartria, **a trombólise está contraindicada** neste caso devido à presença de **plaquetopenia (plaquetas de 89.000/mm³) e INR elevado (2,3)**, ambos fatores que aumentam significativamente o risco de sangramento. Portanto, esta alternativa está incorreta.

Acidente vascular encefálico hemorrágico, solicitar avaliação da neurocirurgia.

Justificativa: A tomografia de crânio sem contraste **não mostrou sinais de hemorragia**, o que exclui o diagnóstico de AVE hemorrágico. Solicitar neurocirurgia não seria indicado no contexto de AVE isquêmico, sendo essa alternativa incorreta.

Acidente vascular encefálico isquêmico, controle como: glicemia e pressão.

Justificativa: Correta. O paciente provavelmente sofreu um AVE isquêmico, porém o tratamento trombolítico está contraindicado devido à **plaquetopenia, INR elevado**, e histórico recente de hemorragia digestiva. O manejo adequado inclui **controle clínico com suporte, monitoramento da glicemia**, controle rigoroso da pressão arterial, e acompanhamento dos fatores de risco para evitar progressão ou novos eventos.

Conclusão:

A **alternativa 4** é a correta, pois o paciente apresenta um quadro sugestivo de AVE isquêmico, mas com contraindicações importantes para trombólise devido aos achados laboratoriais (plaquetopenia, INR elevado). As outras alternativas foram excluídas devido à ausência de hemorragia na tomografia de crânio e à contraindicação da trombólise, que seria arriscada neste caso específico.

Contraindicação a trombólise:

PA persistente > 185/110 mmHg a despeito do tratamento, Diátese hemorrágica, Traumatismo craniencefálico recente ou hemorragia intracerebral, Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias Hemorragia digestiva nos últimos 21 dias, Infarto do miocárdio recente"

Referência:

Loscalzo, Joseph, et al. Medicina Interna de Harrison. Disponível em: Minha Biblioteca, (21st edição). Grupo A, 2024.

Feedback:

--

2ª QUESTÃO**Enunciado:**

(UNITPAC) Uma mulher de 26 anos, casada, é levada ao pronto-socorro por seus familiares após um episódio de convulsão. De acordo com os relatos, a paciente estava assistindo TV quando, subitamente, ficou rígida e caiu no chão. Ela teve perda de consciência, acompanhada de movimentos tônico-clônicos generalizados por aproximadamente 2 minutos, com mordedura de língua e incontinência urinária. Após o episódio, a paciente permaneceu confusa por cerca de 30 minutos. A paciente estava bem antes das crises, sem sinais e sintomas de qualquer patologia e não fazia uso de álcool ou drogas ou uso de medicamentos.

Ela relata que, nos últimos dois meses, teve dois outros episódios semelhantes, mas não procurou atendimento médico. Não há histórico familiar de epilepsia, e sua saúde prévia é sem intercorrências.

O exame físico e neurológico no pronto-socorro não mostrou anormalidades. Uma tomografia de crânio foi normal. O eletroencefalograma (EEG) revelou descargas epileptiformes generalizadas.

Com base no quadro clínico descrito, qual é o diagnóstico mais provável para esta paciente e qual deve a conduta mais adequada no manejo inicial?

Alternativas:**(alternativa A)**

O diagnóstico mais provável é epilepsia generalizada idiopática; a conduta adequada é iniciar tratamento com ácido valproico ou lamotrigina oral para controle das crises.

(alternativa B)

O diagnóstico mais provável é crise focal com generalização secundária; a conduta adequada é realizar ressonância magnética de crânio e iniciar carbamazepina oral.

(alternativa C) (CORRETA)

O diagnóstico mais provável é epilepsia generalizada idiopática; a conduta adequada é iniciar tratamento com levetiracetam ou lamotrigina oral para controle das crises.

(alternativa D)

O diagnóstico mais provável é crise focal com generalização secundária; a conduta adequada é iniciar ácido valproico após investigação por ressonância magnética de crânio.

Resposta comentada:

O diagnóstico mais provável é epilepsia generalizada idiopática; a conduta adequada é iniciar tratamento com levetiracetam ou lamotrigina para controle das crises.

Justificativa: O quadro clínico de crises tônico-clônicas generalizadas recorrentes nos últimos dois meses, associado às descargas generalizadas no EEG, é compatível com epilepsia generalizada idiopática. Levetiracetam e lamotrigina são anticonvulsivantes de primeira linha, bem tolerados e eficazes para esse tipo de epilepsia, especialmente em mulheres em idade fértil, pois apresentam menor risco de malformações congênitas em caso de gravidez. O ácido valproico deve ser evitado em mulheres em idade fértil, pois está associado a um risco significativo de defeitos congênitos e efeitos adversos no desenvolvimento cognitivo do feto, caso a paciente

engravidar.

O diagnóstico mais provável é crise focal com generalização secundária; a conduta adequada é realizar uma ressonância magnética de crânio e iniciar tratamento com carbamazepina.

Justificativa: Embora crises focais com generalização secundária possam causar episódios convulsivos como os descritos, o EEG revelou descargas generalizadas desde o início, sem evidência de atividade focal. O tratamento com carbamazepina seria mais apropriado para crises focais, não generalizadas.

O diagnóstico mais provável é epilepsia generalizada idiopática; a conduta adequada é iniciar tratamento com ácido valproico para controle das crises.

Justificativa: Embora o ácido valproico seja eficaz para epilepsias generalizadas, seu uso deve ser evitado em mulheres em idade fértil devido ao alto risco de malformações congênitas e prejuízo no desenvolvimento neurológico do feto. Portanto, essa alternativa está incorreta para o manejo dessa paciente.

O diagnóstico mais provável é crise focal com generalização secundária; a conduta adequada é iniciar ácido valproico após investigação por ressonância magnética de crânio.

Justificativa: A crise focal com generalização secundária pode se apresentar com episódios como o descrito, mas a falta de evidência de atividade focal no EEG torna essa hipótese menos provável. O ácido valproico pode ser utilizado, embora seja mais comumente usado em crises generalizadas.

Referências:

BRUM, Lucimar F S.; ROCKENBACH, Liliana; BELLICANTA, Patricia L. **Farmacologia básica**. Porto Alegre: Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788595025271. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595025271/>. Acesso em: 01 jun. 2024.

BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman**. Porto Alegre: Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788580556155. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556155/>. Acesso em: 30 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia**. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_pcdt_epilepsia_cp13_2019.pdf/view. Acesso em 31 mai.2024

RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. **Neurologia para o Clínico-Geral**. Barueri: Editora Manole, 2014. E-book. ISBN 9788520452240. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240/>. Acesso em: 01 jun. 2024.

SILVA, Luciana R.; COSTA, Luanda Flores da. **Condutas pediátricas no pronto atendimento e na terapia intensiva** 2a ed. Barueri: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9788520458013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458013/>. Acesso em: 01 jun. 2024.

Feedback:

--

3ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNIPTAN) A dor no ombro é uma das queixas musculoesqueléticas mais frequentes em consultas médicas, ocupando o terceiro lugar nesse aspecto. À medida que envelhecemos, as mudanças degenerativas no manguito rotador podem ocasionar sua ruptura, gerando a síndrome do impacto.

Com base nas informações acima marque a alternativa correta.

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Na abdução do braço, a tuberosidade maior do úmero comprime as estruturas do manguito.

(alternativa B)

O ponto crítico para a ocorrência da síndrome é o espaço denominado de supra-acromial.

(alternativa C)

O formato do acrômio não influencia na ocorrência do impacto e dos sintomas do manguito.

(alternativa D)

O tendão supraespinhoso é com frequência o último elemento do manguito rotador a ser lesado.

Resposta comentada:

O manguito rotador é formado por 4 tendões: supraespinhoso, subescapular, infraespal e redondo menor. O tendão do supraespinhoso é o 1º elemento do manguito a ser lesado devido à sua localização estar bem abaixo do arco coracoacromial, onde ocorrem o impacto e consequentemente as lesões. A abdução e rotação externa membro superior é o movimento desencadeante do impacto do manguito rotador contra o arco coracoacromial. O ligamento coracoacromial está localizado entre o processo coracoide e o acrômio, e é o responsável pelo impacto contra os tendões do manguito rotador. O acrômio pode se apresentar em 3 formatos anatômicos: plano, curvo e ganchoso. O formato do acrômio influencia a ocorrência do impacto, sendo o ganchoso causador maior de lesões seguido do formato curvo. O ponto crítico para a ocorrência da síndrome é o espaço subacromial, e não supra-acromial.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/>. Acesso em: 13 mar. 2024.

Feedback:

--

4ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNIDEP) Homem, 79 anos, compareceu à consulta de rotina, acompanhado da esposa, queixando-se de esquecimento. Os familiares perceberam que ele apresentava dificuldade para lembrar nomes, recados e que estava contando os mesmos casos e fazendo as mesmas perguntas várias vezes. O paciente, no entanto, não percebe o esquecimento e não apresenta outras alterações cognitivas.

Com base nos sintomas apresentados pelo paciente, qual é a alternativa correta?

Alternativas:**(alternativa A)**

Doença de Parkinson. É um distúrbio neurodegenerativo que afeta principalmente o movimento, podendo comprometer a cognição em estágios avançados. As áreas límbicas, como o hipocampo, são menos afetadas inicialmente, e a memória procedimental geralmente é preservada até os estágios mais avançados.

(alternativa B)

Doença de Alzheimer. É um distúrbio que afeta progressivamente a memória semântica e de trabalho, que são tipicamente comprometidas nos estágios iniciais da doença. Sintomas como a repetição de perguntas e dificuldade em lembrar nomes indicam um comprometimento significativo da doença.

(alternativa C)

Doença de Parkinson. É um distúrbio que pode comprometer o cognitivo em estágios mais avançados, mas o principal impacto inicial é sobre o movimento. As áreas relacionadas à memória episódica e semânticas são menos afetadas, com a memória procedimental permanecendo relativamente intacta até fases tardias.

(alternativa D) (CORRETA)

Doença de Alzheimer. É uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela formação de placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares. Ela afeta principalmente a memória episódica e semântica, causando sintomas como repetição de histórias, esquecimento de nomes e recados, típicos da condição.

Resposta comentada:

Resposta Correta:

Diagnóstico: Doença de Alzheimer. É uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela formação de placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares. Ela afeta principalmente a memória episódica e semântica, causando sintomas como repetição de histórias, esquecimento de nomes e recados, típicos da condição. Doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela formação de placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares. Ela afeta principalmente a memória episódica e semântica, causando sintomas como repetição de histórias, esquecimento de nomes e recados, típicos da condição.

Justificativas:

- Diagnóstico: Doença de Parkinson. É um distúrbio neurodegenerativo que afeta

principalmente o movimento, podendo comprometer a cognição em estágios avançados. As áreas límbicas, como o hipocampo, são menos afetadas inicialmente, e a memória procedimental geralmente é preservada até os estágios mais avançados. Incorreta porque, embora a Doença de Parkinson possa eventualmente comprometer a cognição, ela afeta principalmente o movimento nos estágios iniciais. As áreas límbicas e a memória episódica não são as mais afetadas inicialmente, e a memória procedimental é preservada até os estágios mais avançados. Os sintomas apresentados por J.A. são mais indicativos de Alzheimer.

- Diagnóstico: Doença de Alzheimer. É uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela formação de placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares. Ela afeta principalmente a memória episódica e semântica, causando sintomas como repetição de histórias, esquecimento de nomes e recados, típicos da condição. Correta, pois a Doença de Alzheimer é caracterizada por placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares, afetando principalmente a memória episódica e semântica. Os sintomas de repetição de histórias, esquecimento de nomes e recados apresentados por J.A. são típicos do Alzheimer.
- Diagnóstico: Doença de Parkinson. É um distúrbio que pode comprometer o cognitivo em estágios mais avançados, mas o principal impacto inicial é sobre o movimento. As áreas relacionadas à memória episódica e semânticas são menos afetadas, com a memória procedimental permanecendo relativamente intacta até fases tardias. Incorreta porque descreve corretamente a Doença de Parkinson, mas os sintomas apresentados no caso de J.A. (esquecimento de nomes, repetição de perguntas) não são característicos dos estágios iniciais de Parkinson, que afeta principalmente o movimento e não a memória episódica.
- Diagnóstico: Doença de Alzheimer. É um distúrbio que afeta progressivamente a memória semântica e de trabalho, que são tipicamente comprometidas nos estágios iniciais da doença. Sintomas como a repetição de perguntas e dificuldade em lembrar nomes indicam um comprometimento significativo da doença. Incorreta, mas próxima da correta. Esta alternativa descreve a Doença de Alzheimer, incluindo a memória de trabalho, mas a ênfase principal no caso de J.A. está no comprometimento da memória episódica e semântica, o que faz da segunda alternativa a mais adequada e precisa. A memória de trabalho (também conhecida como memória operacional) pode ser afetada na Doença de Alzheimer, especialmente à medida que a doença progride. No entanto, o comprometimento mais característico e inicial da Doença de Alzheimer envolve a **memória episódica** (a habilidade de lembrar eventos pessoais e recentes) e, posteriormente, a **memória semântica** (o conhecimento de fatos e conceitos). A memória de trabalho pode ser relativamente preservada nos estágios iniciais da Doença de Alzheimer. O paciente pode manter e manipular pequenas quantidades de informação por um curto período, embora isso possa começar a se deteriorar com o tempo.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Grupo A, 2019. 9788582715062. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/>. Acesso em: 30 maio 2024.

DynaMed. **Demência de Alzheimer**. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia>. Acesso em: 31 maio 2024.

Feedback:

--

5ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Paciente de 72 anos, previamente saudável, foi internada há cinco dias devido a uma fratura de quadril após uma queda. Desde a cirurgia, ela tem apresentado confusão mental, principalmente à noite, com episódios de agitação. Durante a manhã, a paciente parece mais alerta, mas, no final do dia, volta a ficar desorientada e incapaz de reconhecer os familiares. Os registros de enfermagem indicam que o quadro é flutuante, com momentos de melhora e piora ao longo das últimas 48 horas. A paciente não tem história prévia de demência e seu exame físico revela desidratação leve. A médica assistente está avaliando a possibilidade de um transtorno mental orgânico.

Com base na história e no quadro clínico, qual é a hipótese diagnóstica mais provável para esta paciente?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Delirium, condição caracterizada por início súbito, curso flutuante e alterações da atenção e da consciência.

(alternativa B)

Demência inicial, uma condição crônica caracterizada por declínio progressivo e irreversível da função cognitiva.

(alternativa C)

Transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por preocupação excessiva e contínua com aspectos da vida.

(alternativa D)

Depressão psicótica, um transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, como alucinações ou delírios.

Resposta comentada:

Alternativas:

Demência inicial, uma condição crônica caracterizada por declínio progressivo e irreversível da função cognitiva.

Justificativa: Embora a demência envolva declínio cognitivo, o início agudo e o curso flutuante do quadro da paciente não são compatíveis com demência, que costuma se desenvolver lentamente e com progressão gradual. Além disso, a paciente não tem histórico prévio de sintomas de demência. **Mesmo que uma demência subjacente pudesse ser precipitada pelo estresse da cirurgia, o quadro agudo e flutuante apresentado sugere primariamente delirium.**

Delirium, condição caracterizada por início súbito, curso flutuante e alterações da atenção e da consciência.

Justificativa: Correta. O quadro clínico da paciente, com confusão mental aguda, curso flutuante e alterações da atenção e da consciência, é altamente sugestivo de delirium. A confusão noturna, conhecida como “sundowning” (síndrome do pôr do sol), é comum no delirium, especialmente em pacientes hospitalizados após cirurgia. O diagnóstico de delirium é consistente com o início súbito e a reversibilidade potencial do quadro, se tratado adequadamente.

Depressão psicótica, um transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, como alucinações ou delírios.

Justificativa: Embora a depressão possa levar à confusão, especialmente em idosos, o curso flutuante e a relação com o pós-operatório sugerem um transtorno orgânico, como o delirium, em vez de depressão. Além disso, a paciente não apresenta sintomas típicos de um episódio depressivo maior, como humor deprimido persistente. **No caso de depressão psicótica, a agitação e os sintomas psicóticos seriam mais constantes e não flutuariam ao longo do dia, como ocorre no delirium.**

Transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por preocupação excessiva e contínua com aspectos da vida.

Justificativa: O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) não se manifesta com confusão mental aguda e flutuações no nível de consciência, como observado neste caso. **Mesmo que a ansiedade possa ser exacerbada em um ambiente hospitalar, ela não provocaria a desorientação e flutuações na consciência que são características do delirium.** A confusão aguda e o curso flutuante tornam essa hipótese muito pouco provável.

Conclusão:

A **alternativa 2 (Delirium)** é a única correta, pois o quadro clínico descrito, com confusão aguda, flutuações no estado mental e curso flutuante, é típico de delirium. As demais alternativas descrevem transtornos que, embora possam envolver sintomas semelhantes, não correspondem ao quadro clínico agudo e flutuante apresentado pela paciente, o que elimina qualquer margem para recursos.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Grupo A, 2019. 9788582715062. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/>. Acesso em: 30 maio 2024.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. E-book. ISBN 9788582713792. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713792/>. Acesso em: 31 maio 2024.

Feedback:

--

6ª QUESTÃO**Enunciado:**

(UNISL PORTO VELHO) Homem, 68 anos, hipertenso e diabético, estava sentado no sofá quando apresentou dificuldade para falar e fraqueza súbita no lado direito do corpo há cerca de 40 minutos. Ele estava acordado e consciente, mas não conseguia levantar o braço direito e apresentava dificuldade para articular palavras. Ao chegar ao hospital, o exame físico revelou um déficit motor e sensitivo no dimidio direito e disartria, com preservação da função no lado esquerdo. A tomografia computadorizada inicial foi normal.

Com base na fisiopatologia da principal hipótese, qual é a causa mais provável dos sintomas apresentados por este paciente?

Alternativas:**(alternativa A)**

A oclusão de uma artéria cerebral anterior esquerda, levando à isquemia no lobo frontal, parietal e temporal.

(alternativa B)

A ruptura de uma malformação arteriovenosa no hemisfério direito, causando hemorragia subaracnóidea.

(alternativa C)

O rompimento de um aneurisma cerebral na artéria comunicante anterior, causando compressão do tronco cerebral.

(alternativa D) (CORRETA)

A oclusão da artéria cerebral média esquerda, resultando em isquemia nas áreas motoras e sensitivas.

Resposta comentada:

Resposta correta:

A oclusão da artéria cerebral média esquerda, resultando em isquemia nas áreas motoras e sensitivas.

Justificativa:

A oclusão da artéria cerebral média esquerda é a causa mais provável dos déficits neurológicos apresentados, como a fraqueza e perda sensitiva no lado direito do corpo e dificuldade na fala. A artéria cerebral média irriga as áreas motoras e sensitivas do córtex cerebral, que controlam o hemicorpo contralateral. A ausência de hemorragia na tomografia apoia o diagnóstico de AVC isquêmico.

Justificativa das alternativas incorretas:

A oclusão de uma artéria cerebral anterior esquerda, levando à isquemia no lobo frontal:

Justificativa: A artéria cerebral anterior irriga principalmente as áreas responsáveis pela função das pernas e o córtex pré-frontal, relacionado ao comportamento e personalidade. A fraqueza nas pernas seria mais evidente, e o paciente poderia apresentar alterações de personalidade, mas não os déficits motores focais no braço e face direitos descritos no caso. A artéria cerebral anterior não irriga todas essas áreas (lobo frontal, parietal e temporal). A artéria cerebral anterior é responsável por irrigar principalmente a parte medial dos lobos frontal e parietal, incluindo a porção medial do córtex motor e sensitivo, o que afeta principalmente a perna contralateral e as funções executivas do lobo frontal.

O rompimento de um aneurisma cerebral na artéria comunicante anterior, causando compressão do tronco cerebral:

Justificativa: O rompimento de um aneurisma normalmente causa um AVC hemorrágico, não isquêmico, e os sintomas se originam de sangramento e aumento da pressão intracraniana. O caso descrito, no entanto, não mostra sinais de hemorragia na tomografia, e os sintomas sugerem isquemia, não compressão do tronco cerebral.

A ruptura de uma malformação arteriovenosa no hemisfério direito, causando hemorragia subaracnóidea:

Justificativa: A ruptura de uma malformação arteriovenosa causaria um AVC hemorrágico com possível hemorragia subaracnóidea, levando a uma apresentação clínica muito diferente (tipicamente com dor de cabeça súbita, vômito e perda de consciência). Este caso clínico, com tomografia sem hemorragia e déficit focal, é mais consistente com um AVC isquêmico.

Referências:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. **Neurologia clínica**. Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788580553550. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/>. Acesso em: 31 maio 2024.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. **Anatomia Orientada para Clínica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788527734608. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734608/>. Acesso em: 31 maio 2024.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/>. Acesso em: 31 maio 2024.

Feedback:

--

7ª QUESTÃO**Enunciado:**

(AFYA PARAÍBA) Mulher, 45 anos com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e trauma no membro inferior direito há 1 mês, que apresenta dor intensa, febre e edema na área afetada. O exame físico revela uma úlcera crônica na perna com secreção purulenta. A radiografia do membro atual mostra uma área de descalcificação óssea. A hemocultura apresentou-se positiva com patógeno *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA). Com base no caso acima, analise as afirmativas abaixo:

I. O caso da paciente tem como principal hipótese osteomielite não-hematogênica. Esta pode ocorrer como resultado da disseminação contígua da infecção ao osso pelos tecidos moles e articulações adjacentes ou via inoculação direta da infecção no osso (como resultado de trauma, feridas por mordida ou cirurgia).

II. No quadro apresentado pela paciente observa-se achados clínicos e radiográficos compatíveis de osteomielite e hemocultura com patógeno *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA). Nesse caso, a biópsia óssea pode ser útil, principalmente se for necessário desbridamento terapêutico subsequente.

III. O diagnóstico laboratorial é feito com a avaliação de marcadores específicos de diagnóstico e de monitorização do tratamento como a PCR e outros marcadores menos específicos como a velocidade de sedimentação eritrocitária e a contagem de leucócitos, que podem estar elevados principalmente em infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA).

IV. No tratamento é possível a administração de clindamicina, no combate ao *Staphylococcus aureus*, ou uma cefalosporina, à qual tem ação frente a *Kingella Kingae*, não havendo indicação da vancomicina, haja vista que a mesma não constitui uma alternativa mais válida que os demais fármacos, não conseguindo por tanto fazer o enfrentamento de infecção causada por MRSA.

Está correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

I, II e III apenas.

(alternativa B)

II, III e IV apenas.

(alternativa C)

I e IV apenas.

(alternativa D)

I e II apenas.

Resposta comentada:

Osteomielite é uma infecção que envolve ossos. A osteomielite pode ser classificada com base no mecanismo de infecção (hematogênico versus não hematológico) e na duração da doença (aguda versus crônica). A osteomielite não-hematogênica pode ocorrer como resultado da disseminação contígua da infecção ao osso pelos tecidos moles e articulações adjacentes ou via inoculação direta da infecção no osso (como resultado de trauma, feridas por mordida ou cirurgia). A osteomielite hematogênica é causada por microrganismos que semeiam o osso no cenário da bacteremia.

Em geral, o diagnóstico de osteomielite é estabelecido por meio de cultura obtida a partir da biópsia do osso envolvido. Um diagnóstico de osteomielite pode ser inferido nas seguintes circunstâncias: achados clínicos e radiográficos típicos de osteomielite e hemoculturas positivas com provável patógeno (como *Staphylococcus aureus*); nesses casos, a biópsia óssea não é necessária, mas pode ser útil, principalmente se for necessário desbridamento terapêutico subsequente.

O diagnóstico laboratorial é feito com a avaliação de marcadores específicos de diagnóstico e de monitorização do tratamento como a PCR e outros marcadores menos específicos como a velocidade de sedimentação eritrocitária e a contagem de leucócitos, que podem estar elevados principalmente em infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA).

A vancomicina é um antibiótico glicopeptídico que atua inibindo a síntese da parede celular bacteriana. Ela se liga aos precursores da parede celular, especificamente ao D-alanina-D-alanina, interrompendo a formação da rede de peptidoglicano essencial para a integridade da parede celular bacteriana. A vancomicina é uma das principais opções no tratamento de infecções causadas por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). A vancomicina é eficaz contra MRSA porque esse microorganismo é resistente à maioria dos antibióticos beta-lactâmicos, incluindo a meticilina. A vancomicina, portanto, é uma escolha padrão para tratar infecções graves ou complicadas causadas por MRSA, como infecções de pele e tecidos moles, endocardite, osteomielite e pneumonia.

Referências:

DynaMed. **Osteomielite**. Serviços de informação da EBSCO. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/osteomyelitis#GUID-99BED570-4D40-4137-A8E9-E6A229609104>.

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. **Ortopedia e Traumatologia**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. E-book. ISBN 9788582713778. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713778/>.

Feedback:

--

8ª QUESTÃO

Enunciado:

Homem, 35 anos, previamente saudável, foi vítima de um acidente de motocicleta. Ele foi levado ao pronto-socorro consciente, orientado, com sinais vitais estáveis, sem história de perda de consciência durante o acidente. O paciente relatou dor na região cervical, sem irradiação, e negou dormência ou fraqueza em membros. O exame físico revelou uma limitação dolorosa à movimentação do pescoço, mas sem déficits neurológicos. A Tomografia computadorizada do local da dor, não encontrou alterações significativas.

Com base no caso, marque a conduta farmacológica adequada para o início do tratamento.

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Analgésico e anti-inflamatório não esteroidal.

(alternativa B)

Opioide fraco e anti-inflamatório esteroidal.

(alternativa C)

Analgésico e opioide forte.

(alternativa D)

Anti-inflamatório esteroidal e opioide forte.

Resposta comentada:

Justificativas das alternativas erradas:

- **Alternativa: Opióide Fraco + Anti-inflamatório esteroidal**

- **Errado porque:** Os opioides fracos, como codeína tramadol, são geralmente reservados para dores de intensidade moderada a severa, o que não é o caso aqui, dado que o paciente está estável e não há sinais de lesão grave. Além disso, anti-inflamatórios esteroidais (como prednisona) são usados para inflamações mais graves ou específicas, como doenças autoimunes, e não são de primeira linha em lesões musculoesqueléticas traumáticas simples sem complicações.

- **Alternativa: Analgésico + Opióide Forte**

- **Errado porque:** Os opioides fortes, como morfina ou oxicodona, são indicados para dores intensas, severas ou refratárias a outros tratamentos, o que não se aplica a este caso em que o trauma parece menor e os sinais vitais estão normais. O uso de opioides fortes pode ser desnecessário e aumentar o risco de efeitos colaterais e dependência.

- **Alternativa: Anti-inflamatório esteroidal + Opióide Forte**

- **Errado porque:** Essa combinação é excessiva para o quadro apresentado. Anti-inflamatórios esteroidais e opioides fortes são indicados para condições graves, inflamações intensas ou dores incontroláveis por outros meios, o que não é compatível com o caso clínico descrito.

Portanto, analgésico e anti-inflamatório não esteroidal é a conduta mais adequada, combinando eficácia e segurança no tratamento inicial da dor e inflamação em um paciente com trauma cervical leve a moderado.

Referências:

<https://www.dynamed.com/approach-to/neck-pain-approach-to-the-patient>. Acesso em: 14 de agosto. 2024

QASEEM, Amir et al. **Nonpharmacologic and Pharmacologic Management of Acute Pain From Non–Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians.** *Annals of Internal Medicine*, v. 173, n. 9, 2020. DOI: 10.7326/M19-3602. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-3602>. Acesso em: 20 ago. 2024.

Feedback:

--

9ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Mulher de 28 anos, tem histórico de cefaleias recorrentes desde a adolescência. Ela descreve suas dores de cabeça como latejantes, unilaterais, e associadas a náuseas e sensibilidade à luz e ao som. As crises ocorrem cerca de uma vez por mês, duram de 4 a 72 horas, e geralmente são aliviadas com repouso em um quarto escuro e o uso de analgésicos. Nos últimos dois meses, porém, notou que as cefaleias se tornaram mais frequentes, agora ocorrendo várias vezes por semana. Além disso, relata que, em algumas ocasiões, a dor tem se iniciado de forma abrupta, e recentemente, durante uma crise de cefaleia, teve um episódio de visão turva no olho direito, seguido por dormência na mão direita, que melhoraram alguns minutos depois. Procurou o posto de saúde e a médica a tranquilizou afirmando que é normal a mudança de frequência e os demais sinais e sintomas apresentados.

Com base no caso apresentado, responda as questões a seguir:

- a) A conduta médica foi correta?
- b) Existem sinais no relato da paciente que deveriam ter sido considerados para uma abordagem diferente? Cite quais.
- c) Discuta quais seriam os próximos passos adequados na investigação e no manejo deste caso. Justifique sua resposta.

Alternativas:

--

Resposta comentada:

a) A conduta médica foi correta? 0,1 pontos

Não

b) Existem sinais no relato da paciente que deveriam ter sido considerados para uma abordagem diferente? Cite quais. 0,4 pontos

Identificação dos Sinais de Alarme:

- **Mudança no Padrão da Cefaleia (considerar início súbito também):** O aumento na frequência das cefaleias, a mudança no padrão habitual e o início súbito das dores de cabeça são todos sinais que fogem do padrão típico da enxaqueca - valor 0,2 pontos (considerar correto se identificar a clínica/sinais ou sintoma ou o sinal de alarme).
- **Sintomas Neurológicos Focais:** O episódio de visão turva seguido por dormência na mão direita são sintomas neurológicos focais que sugerem a possibilidade de um evento isquêmico, como um AVC, ou outra patologia neurológica significativa. Esses sintomas exigem uma avaliação cuidadosa e não devem ser descartados como parte da enxaqueca sem uma investigação apropriada. - valor 0,2 pontos (considerar correto se identificar a clínica/sinais ou sintoma ou o sinal de alarme).

obs: outros os sinais de alarme, apesar de existem, não estão relacionados ao caso

c) Discuta qual a conduta correta e os próximos passos adequados na investigação e no manejo deste caso. Justifique sua resposta. 0,5 pontos

Próximos Passos na Investigação e Manejo:

- **Exame Neurológico Completo:** Como médico assistente, eu realizaria um exame neurológico detalhado para avaliar a presença de quaisquer déficits neurológicos que possam indicar uma patologia focal. 0,2 pontos
- **Solicitação de Exames de Imagem:** Dada a presença dos sinais de alarme, seria necessário solicitar uma **tomografia computadorizada (TC)** ou uma **ressonância magnética (RM)** do crânio. Esses exames são fundamentais para descartar causas secundárias graves, como um tumor cerebral, um AVC ou outras anomalias estruturais. 0,2 pontos (considerar TC ou RM)
- **Encaminhamento para Neurologia:** Considerando os novos sintomas e a mudança no padrão da cefaleia, eu encaminharia Mariana a um neurologista para uma avaliação mais aprofundada e possível ajuste do plano de manejo. - 0,1 ponto

Observação: testes de coagulação ou outros exames de rotina, angiotomografia ou doppler transcraniano e imediata hospitalização não acrescentam pontos e não devem ser utilizados para diminuir a pontuação.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/>. Acesso em: 30 maio 2024.

SPECIALI, José Geraldo et al. **Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do brasil-2018**. Academia Brasileira de Neurologia–Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>, v. 205, 2018. Acesso em: 30 maio 2024.

Feedback:

--

10ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Mulher, 65 anos, procura atendimento clínico com queixa de rigidez intermitente nas mãos, com duração superior a seis semanas. Relata que a rigidez não persiste por mais de uma hora e é mais acentuada após atividades que envolvem o uso das mãos, acompanhada principalmente por dor na base do polegar. A paciente não apresenta outros sintomas articulares ou sistêmicos. O exame físico revela dor e limitação funcional nas articulações carpometacarpal do primeiro dedo de ambas as mãos e interfalângica distal do segundo dedo da mão direita, sem sinais de edema, eritema, calor ou alterações ósseas visíveis.

Com base no caso clínico, analise como deve ser classificada a dor dessa paciente, de acordo com as alternativas abaixo.

Alternativas:**(alternativa A)**

Aguda, inflamatória e poliarticulares.

(alternativa B) (CORRETA)

Crônica, não inflamatória e oligoarticulares.

(alternativa C)

Aguda, não inflamatória e poliarticulares.

(alternativa D)

Crônica, inflamatória e oligoarticulares.

Resposta comentada:

RESPOSTA CORRETA: Crônica, não inflamatória e oligoarticulares.

RESPOSTA COMENTADA: A condição é crônica porque os sintomas persistem por mais de seis semanas. A presença da rigidez intermitente (também conhecida como fenômeno de gel) é típica das condições não inflamatórias (como osteoartrite [OA]), tem duração mais curta (< 60 minutos) e é exacerbada pela atividade. As queixas em ambas as mãos geralmente sugerem etiologia degenerativa (p. ex., OA). A dor, com ou sem aumento de volume ósseo, que acomete a base do polegar (primeira articulação carpometacarpal) também é altamente sugestiva de OA. A descrição dos sintomas, limitados às articulações carpometacarpal e interfalângica distal, indica um padrão oligoarticular (2-3 articulações).

Referência:

Loscalzo, Joseph, et al. Medicina Interna de Harrison. Disponível em: Minha Biblioteca, (21st edição). Grupo A, 2024. Seção 3: Distúrbios das articulações e dos tecidos adjacentes, páginas 2844 – 2849. Minha Biblioteca: Medicina Interna de Harrison - 2 Volumes.

Feedback:

--

11ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNIGRANRIO CAXIAS) Mulher branca, 50 anos, com história de paralisia cerebral desde o nascimento, que resultou em atraso significativo no desenvolvimento motor (sentou-se aos 2 anos e começou a andar aos 6 anos, sempre com dificuldade para deambular). A paciente passou pela menopausa aos 48 anos, não há relato de fraturas prévias. Ela chega à consulta médica com um exame de radiografia de coluna lombar e torácica sem diminuição da altura vertebral e sem fraturas vertebrais e a densitometria óssea (DEXA) realizado recentemente, com foco na coluna lombar e no colo do fêmur.

Exame de Densitometria Óssea:

- **Coluna lombar (L1-L4):**
 - **T-score:** -2,6 (Valor de referência: T-score \leq -2,5 indica osteoporose).
 - **Z-score:** -3,4 (Valor de referência: Z-score \leq -2,0 é considerado abaixo do esperado para a idade).
- **Colo do fêmur:**
 - **T-score:** -1,6 (Valor de referência: T-score entre -1,0 e -2,5 indica osteopenia; T-score \leq -2,5 indica osteoporose).
 - **Z-score:** -2,4 (Valor de referência: Z-score \leq -2,0 é considerado abaixo do esperado para a idade).

Qual é o diagnóstico e melhor conduta inicial?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Osteoporose, prescrever alendronato de sódio, aumentar a ingestão alimentar de cálcio, prescrever cálcio e vitamina D e orientar atividade física.

(alternativa B)

Osteopenia, prescrever romosozumabe, aumentar a ingestão alimentar de cálcio, prescrever cálcio e vitamina D e orientar atividade física.

(alternativa C)

Osteoporose, prescrever romosozumabe, aumentar a ingestão alimentar de cálcio, prescrever cálcio e vitamina D e orientar atividade física.

(alternativa D)

Osteopenia, prescrever alendronato de sódio, aumentar a ingestão alimentar de cálcio, prescrever cálcio e vitamina D com orientação de atividade física.

Resposta comentada:

Diagnóstico:

Com base nos resultados da densitometria óssea, o diagnóstico é de **osteoporose**, principalmente evidenciado pelo T-score de -2,6 na coluna lombar. O Z-score também sugere que a densidade óssea da paciente está significativamente abaixo do esperado para sua idade,

possivelmente devido à combinação de fatores como a paralisia cerebral e a menopausa.

Melhor Conduta:

1. Tratamento farmacológico:

- **Bifosfonatos:** Como primeira linha de tratamento, medicamentos como alendronato ou risedronato são indicados para reduzir o risco de fraturas.
- **Suplementação de cálcio e vitamina D:** Para garantir uma ingestão adequada desses nutrientes, essenciais para a saúde óssea.
- **Consideração de outros agentes:** Embora romosozumabe possa ser eficaz em casos graves, ele não é indicado para esta paciente devido à ausência de fraturas prévias e um perfil de risco que pode ser manejado com bifosfonatos.

2. Medidas não farmacológicas:

- **Exercícios físicos de baixo impacto:** Adequados à capacidade física da paciente, focando no fortalecimento muscular, equilíbrio e prevenção de quedas.
- **Modificação de fatores de risco:** Abandonar hábitos que prejudiquem a saúde óssea, como fumar ou consumir álcool em excesso.

3. Monitoramento:

- Repetir a densitometria óssea a cada 1-2 anos para monitorar a eficácia do tratamento.
- Avaliar regularmente a aderência ao tratamento e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.

Considerações sobre o FRAX:

O médico assistente pode não ter realizado o cálculo do FRAX por várias razões:

- **Diagnóstico estabelecido:** Com base no T-score de -2,6, a paciente já é diagnosticada com osteoporose, o que define a necessidade de tratamento independentemente do cálculo do risco pelo FRAX.
- **Complexidade do caso:** A condição de paralisia cerebral e as limitações associadas podem alterar o risco de quedas e fraturas, fatores que o FRAX não considera adequadamente.

Romosozumabe é um agente anabólico utilizado no tratamento da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com alto risco de fraturas, especialmente naquelas que têm história de fratura osteoporótica ou múltiplos fatores de risco para fraturas. Ele age aumentando a formação óssea e, em menor grau, diminuindo a reabsorção óssea.

Razões para não indicar Romosozumabe neste caso:

1. Ausência de fraturas prévias:

- Romosozumabe é geralmente indicado para pacientes com alto risco de fratura, incluindo aquelas com fratura prévia de fragilidade. No caso descrito, a paciente não tem história de fraturas osteoporóticas, e a radiografia não mostrou fraturas vertebrais, o que pode justificar a preferência por outras terapias como bifosfonatos, que são primeira linha para pacientes sem fraturas.

2. T-score e risco de fratura:

- O T-score da coluna lombar é de -2,6, o que indica osteoporose, mas não há evidência de fraturas, e o T-score do colo do fêmur é de -1,6, o que sugere

osteopenia, mas não osteoporose. Esse perfil pode ser considerado menos severo do que aqueles indicados para o uso de romosozumabe, que é reservado para pacientes com osteoporose mais avançada ou com múltiplas fraturas.

3. Custo e efeitos adversos:

- Romosozumabe é um tratamento caro e está associado a alguns riscos, incluindo eventos cardiovasculares. Por essa razão, os médicos tendem a reservar seu uso para casos onde os benefícios superam claramente os riscos, como em pacientes com fraturas múltiplas ou que não respondem ou não toleram outras terapias,

Indicações para Romosozumabe antes dos Bifosfonatos:

1. Pacientes com risco extremamente alto de fraturas:

- O romosozumabe é indicado como terapia de primeira linha em pacientes com **risco muito alto de fratura**, especialmente aquelas que já sofreram múltiplas fraturas osteoporóticas, incluindo fraturas vertebrais, ou que tenham risco iminente de fratura (por exemplo, fraturas nos últimos 12 meses).
- O benefício de uma ação **mais rápida** na formação óssea com romosozumabe pode ser crucial nesses pacientes, enquanto os bifosfonatos (como alendronato ou risedronato) atuam principalmente na redução da reabsorção óssea e podem ter uma ação menos rápida no aumento da densidade mineral óssea.

2. Pacientes que apresentam falha no tratamento prévio:

- Pacientes que já utilizaram bifosfonatos ou outras terapias antirreabsorptivas e não apresentaram resposta adequada (medida pela persistência de perda óssea ou novas fraturas), podem se beneficiar de romosozumabe.
- Em situações em que a densidade óssea continua a declinar ou em que há fraturas recorrentes, o romosozumabe pode ser uma opção terapêutica antes de tentar novamente os bifosfonatos.

3. Pacientes com intolerância ou contraindicação aos bifosfonatos:

- Pacientes que têm contraindicação para o uso de bifosfonatos, como aqueles com doença esofágica grave (por exemplo, esofagite erosiva, estenose esofágica, ou risco elevado de perfuração esofágica), insuficiência renal grave (clearance de creatinina < 35 mL/min), ou que não toleram os efeitos adversos dos bifosfonatos, podem iniciar tratamento com romosozumabe.

4. Pacientes com necessidade de aumento significativo da densidade óssea:

- O romosozumabe pode ser considerado quando se deseja um **aumento rápido e significativo na densidade óssea**, como ocorre em mulheres na pós-menopausa com osteoporose severa e histórico de fraturas vertebrais.

Referências:

GRAAFF, Kent M. Van de. **Anatomia Humana**. Barueri: Editora Manole, 2003. E-book. ISBN 9788520452677. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452677/>. Acesso em: 31 maio 2024.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/>. Acesso em: 30 maio 2024.

SOUZA, Márcio Passini Gonçalves de. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, p. 220-229, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/qpcTVfNMf8FJqMM6wLb3q6t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2024.

Feedback:

--

12ª QUESTÃO

Enunciado:

(FASA VIC) Homem, 75 anos, com história de Doença de Parkinson há 14 anos, foi encaminhado ao ambulatório de distúrbios do movimento por agravamento dos sintomas e quedas frequentes. As quedas ocorreram com maior frequência no início da tarde, quando o paciente apresentava piora dos sintomas e essa era sua principal preocupação. Sua filha mencionou claramente a presença de discinesias leves ocasionais, das quais o paciente desconhecia. Ele estava sendo tratado com levodopa-carbidopa 100/25 mg, um comprimido três vezes ao dia, durante café da manhã, almoço e jantar. Em virtude de evolução dos sintomas o médico assistente estuda a possibilidade de associar o ropinirol

Adaptado de Mestre T, Ferreira JJ. Pharmacotherapy in Parkinson's disease: case studies. *Ther Adv Neurol Disord*. 2010 Mar;3(2):117-26.

Considerando o quadro clínico e a terapêutica acima apresentada, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

(alternativa A)

Em vez de aumentar os níveis de dopamina no cérebro, como o ropinirol, a levodopa estimula diretamente os receptores de dopamina, o que ameniza os sintomas da doença de Parkinson ao melhorar atividade dopaminérgica associada ao controle do movimento.

(alternativa B)

Ao inibir a descarboxilação periférica da carbidopa, a levodopa permite que uma maior proporção da dose administrada de carbidopa chegue até o cérebro, o que significa que menos carbidopa é necessária para alcançar os efeitos antiparkinsonianos desejados.

(alternativa C) (CORRETA)

A levodopa/carbidopa quando ingerida concomitantemente com uma refeição rica em proteínas apresenta absorção errônea e/ou incompleta, sendo necessário orientar este paciente a não ingerir o medicamento durante o almoço, como ele tem feito erroneamente.

(alternativa D)

O ropinirol, administrado oralmente, é convertido em dopamina pelas enzimas dopa descarboxilase, presentes no sistema nervoso periférico, o que ajuda a compensar a deficiência de dopamina e aliviar os sintomas motores da doença de Parkinson.

Resposta comentada:

Alternativa correta: A levodopa/carbidopa quando ingerida concomitantemente com uma refeição rica em proteínas apresenta absorção errônea e/ou incompleta, sendo necessário orientar este paciente a não ingerir o medicamento logo após o almoço.

Em vez de aumentar os níveis de dopamina no cérebro, como a levodopa, o ropinirol estimula diretamente os receptores de dopamina, o que ameniza os sintomas da doença de Parkinson ao melhorar atividade dopaminérgica associada ao controle do movimento.

Ao inibir a descarboxilação periférica da levodopa, a carbidopa permite uma maior proporção da dose administrada de levodopa chegar ao cérebro, o que significa que menos levodopa é necessária para alcançar os efeitos terapêuticos desejados.

A levodopa, administrada oralmente, é convertida em dopamina pelas enzimas dopa descarboxilase, presentes no sistema nervoso central, o que ajuda a compensar a deficiência de dopamina e aliviar os sintomas motores da doença de Parkinson.

Referências:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. 8ª edição. **Neurologia clínica**. São Paulo, SP: Grupo A, 2014.

KATZUNG, Bertram G.; VANDERAH, Todd W. **Farmacologia básica e clínica**. 15ª edição. São Paulo, SP: Grupo A, 2023.

Feedback:

--

13ª QUESTÃO**Enunciado:**

(AFYA IPATINGA) Mulher, 32 anos, comparece em consulta com clínico para trazer exame de eletroneuromiografia de punho e mão esquerda solicitada pelo ortopedista, porém paciente não conseguiu retorno. Na análise há alteração com comprometimento do nervo mediano sugerindo síndrome do túnel do carpo.

Analise o caso clínico e marque a alternativa que contenha um teste de exame físico e qual alteração seria encontrado nessa paciente.

Alternativas:**(alternativa A)**

Spurling, dor irradiada para a região anterior de ombro e perda da força de distal da mão esquerda.

(alternativa B)

Neer, piora da dor e parestesia em região anterior do ombro e perda de força.

(alternativa C) (CORRETA)

Durkan, parestesia de primeiro, segundo, terceiro e metade do quarto dedo da mão esquerda.

(alternativa D)

Phalen, parestesia de quinto dedo da mão com rigidez a mobilização cervical.

Resposta comentada:

Suspeito de síndrome do túnel do carpo (STC) em pacientes com dormência, formigamento ou dor em queimação na distribuição do nervo mediano distal ao punho (incluindo o polegar, o indicador, o médio e a metade radial do anular).

Testes provocativos podem incluir:

- Teste Tinel:
 - O examinador dá uma pancada ao longo da distribuição nervosa do nervo suspeito de estar envolvido, causando deformação mecânica das fibras nervosas.
 - Para a síndrome do túnel do carpo, toque ao longo do nervo mediano no túnel do carpo.
 - Para neuropatia ulnar, toque ao longo do nervo ulnar sobre o canal de Guyon.
 - Em caso de aprisionamento do nervo radial superficial (síndrome de Wartenberg), bata levemente ao longo do nervo radial superficial na região média do antebraço, distal ao ventre do músculo braquiorradial.
 - O teste é positivo se houver desenvolvimento ou aumento de dor ou parestesia na distribuição nervosa.
- Teste de Phalen:
 - O paciente mantém os punhos em posição de flexão fixa (dorso das mãos se tocando) por 1 minuto.
 - O teste é positivo para síndrome do túnel do carpo se houver desenvolvimento ou aumento de dor ou parestesia na distribuição do nervo mediano.

Teste de Durkan (compressão do carpo):

- A compressão do carpo exerce pressão direta sobre o nervo mediano.
- O examinador aplica pressão com o polegar sobre a borda proximal do ligamento do carpo (vinco proximal do punho).
- O teste é positivo para síndrome do túnel do carpo se houver desenvolvimento ou aumento de parestesia na distribuição do nervo mediano.

Teste de Spurling é para avaliação de cervicalgia com radiculopatia e teste de Neer para avaliação de síndrome do manguito rotador.

Referência:

<https://www.dynamed.com/condition/carpal-tunnel-syndrome#GUID-9247BD13-DF7B-407F-A064-D91F9FAD6306>

Feedback:

--

14ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Ana, recém-nascida a termo, com 39 semanas de gestação, após uma gravidez complicada por polidramnio. Mãe submetida a cesariana eletiva por apresentação pélvica persistente. Ao nascimento, apresentava pé torto congênito à direita. Após o parto, Ana foi mantida em posição supina, com as pernas estendidas e aduzidas, seguindo uma prática cultural da família.

Na primeira consulta de puericultura, aos 10 dias de vida, o pediatra realizou o exame físico e observou uma limitação na abdução das coxas, além de uma assimetria nas pregas glúteas. O médico então realizou a seguinte manobra: um movimento de abdução dos quadris e joelhos do bebê, seguido de uma pressão para baixo nas coxas, enquanto as pernas eram afastadas. O pediatra relatou que não sentiu um "clique" e, por isso, descartou a possibilidade de luxação de quadril.

Apesar da ausência do "clique", o médico solicitou uma radiografia de quadril para avaliar a condição da articulação. Com base nos achados clínicos e na radiografia, o médico propôs um tratamento cirúrgico imediato para corrigir o problema. Antes da cirurgia, Ana foi colocada em gesso em adução e extensão, com a intenção de "preparar" o quadril para a intervenção.

Baseado no caso clínico responda o que se pede.

- a) Cite os fatores de risco presentes que podem estar associados ao problema ortopédico apresentado por Ana.
- b) Critique a conduta do médico e identifique erros no atendimento e conduta. Explique por que essas decisões são inadequadas ou erradas para um recém-nascido como Ana.

Alternativas:

--

Resposta comentada:

- a) Cite os fatores de risco presentes que podem estar associados ao problema ortopédico apresentado por Ana. 0,4 pontos

- **Fatores de riscos presentes:**

- **Apresentação pélvica:** Bebês nascidos de apresentação pélvica têm maior risco de instabilidade ou luxação do quadril devido à posição intrauterina.
- **Sexo feminino:** Meninas têm uma predisposição maior para certas condições ortopédicas, como a instabilidade do quadril, possivelmente devido à maior sensibilidade aos hormônios maternos. (assim sexo masculino está errado)
- **Pé torto congênito:** Anomalias congênitas nos membros inferiores podem estar associadas a outras condições ortopédicas.
- **Posicionamento pós-natal (adução e extensão):** Manter o bebê em posição supina com as pernas estendidas e aduzidas pode exacerbar problemas articulares e prejudicar o alinhamento adequado do quadril
- Polidramnio não é fator de risco - não considerar.

Pontuar 0,1 ponto para cada acerto.

- b) Critique a conduta do médico ou identifique erros no atendimento e conduta. Explique por que essas decisões são inadequadas ou erradas para um recém-nascido como Ana. 0,6 pontos

Crítica à Conduta Médica:

Erro na realização da manobra de Ortolani: 0,2 pontos (considerar 0,1 se apenas citar)

O médico realizou a manobra de Ortolani de forma incorreta, aplicando pressão para baixo nas coxas enquanto as pernas eram afastadas. A manobra correta envolve a abdução dos quadris e joelhos a 90 graus, seguida de uma abdução suave das coxas com leve pressão para cima (anterior) para tentar reposicionar a cabeça do fêmur no acetábulo. A ausência do "clique" em uma manobra realizada incorretamente não é suficiente para descartar uma luxação ou subluxação de quadril, tornando essa interpretação inadequada.

Erro na solicitação da radiografia: 0,2 pontos (considerar 0,1 se apenas citar)

A radiografia de quadril não é o exame de escolha para recém-nascidos, especialmente para uma criança de 10 dias de vida, pois a cabeça do fêmur ainda não está ossificada, tornando o exame pouco informativo. O exame mais apropriado para avaliar a articulação do quadril em recém-nascidos é a **ultrassonografia**, que permite uma visualização detalhada das estruturas cartilaginosas.

Erro na indicação de tratamento cirúrgico 0,1 ponto e uso de gesso 0,1 ponto: considerar 0 caso não explique

A proposta de tratamento cirúrgico imediato é inadequada, especialmente em um recém-nascido. O tratamento inicial para problemas ortopédicos do quadril geralmente é conservador, utilizando dispositivos como o **suspensório de Pavlik**, que promove a estabilização do quadril sem a necessidade de cirurgia.

Além disso, o uso de gesso em adução e extensão antes da cirurgia é contraproducente. Essa posição pode piorar a condição do quadril, aumentando o risco de complicações como a necrose avascular. O uso de gesso, se necessário, deve ser em uma posição que favoreça a abdução e a flexão do quadril, que são posições mais fisiológicas para estabilizar a articulação

Referências:

GUARNIERO, Roberto. Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, p. 116-121, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/YWFr5m6hrjVT9K7VMBsSWhc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2024.

JÚNIOR, Dioclécio C.; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. **Tratado de pediatria**. v.2. Barueri: Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555767483. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555767483/>. Acesso em: 31 maio 2024.

LIMA, Emílio Pandeló et al. Uma análise da displasia do desenvolvimento de quadril no Brasil: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10698-e10698, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10698/6320>. Acesso em: 31 maio 2024.

WATANABE, Cyntia; VERONA, Beatriz Rodrigues. Displasia do desenvolvimento do quadril. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/40047>. Acesso em: 31 maio 2024.

Feedback:

--

15ª QUESTÃO

Enunciado:

Mulher, 55 anos, doméstica, queixa de dor lombar crônica difusa, mal definida e de caráter insidioso. Piora com a flexão do tronco, em atividades usuais como passar roupa ou lavar louça. Piora também sentada, mas alivia em repouso ou com a extensão do tronco. Médico avaliador fez a hipótese diagnóstica de dor discogênica.

Sobre o diagnóstico proposto para a paciente, marque a alternativa correta.

Alternativas:**(alternativa A)**

As rupturas no interior discal ocorrem devido à presença de fissuras no ligamento amarelo, que, por sua vez, associa-se à falha mecânica dos platôs vertebrais.

(alternativa B)

As rupturas no interior discal acontecem apenas com modificações significativas na morfologia externa do disco.

(alternativa C)

A degeneração discal, gera uma fissura anular permitindo que por essa fissura ocorra compressão vascular.

(alternativa D) (CORRETA)

Na fissura anular nos discos degenerados há neoinervação e essa inervação responde a estímulos mecânicos de maneira dolorosa.

Resposta comentada:

Acredita-se que 39% das lombalgias crônicas são de origem discogênica; em 20% dos pacientes, nenhum sítio anatômico pode ser identificado. As rupturas no interior discal ocorrem devido à presença de fissuras no ânulo fibroso, associadas à degeneração da matriz do núcleo pulposo, que, por sua vez, associa-se à falha mecânica dos platôs vertebrais. Isso acontece na ausência de modificações significativas na morfologia externa do disco e também na ausência de compressão de estruturas nervosas. Nos discos saudáveis, a inervação do disco permanece de 2 a 3 mm da lamela externa do ânulo fibroso com a degeneração discal, e a fissura anular perde sua pressão interna, permitindo que por essa fissura ocorra uma neovascularização e uma neoinervação no interior do disco. Tal inervação responde aos estímulos mecânicos de maneira dolorosa, com a liberação de mediadores inflamatórios e formação de tecido de granulação, o qual é considerado um importante mecanismo de dor lombar crônica.

Referência:

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. **Ortopedia e Traumatologia**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. *E-book*. ISBN 9788582713778. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713778/>.

Feedback:

--