

1. Mulher, 32 anos, do lar, procura atendimento na emergência da Santa Casa de Fortaleza, com história de tosse seca, dispneia e chiado no peito há 12 anos. Associa tais episódios à presença de mofo, poeira, fumaça e mudança climática. Nega tabagismo. Nos últimos 30 dias, refere sintomas diários, sintomas noturnos uma vez na semana e uso diário de β_2 agonista inalatório de curta ação. Traz espirometria que mostra distúrbio ventilatório obstrutivo leve com variação significativa de fluxo após uso de broncodilatador. O exame físico, no momento da consulta, é normal.

O tratamento medicamentoso de manutenção para essa paciente deve ser com:

- A. β_2 agonista de curta ação e xantina de longa ação.
- B. β_2 agonista de longa ação.
- C. Corticoide inalatório em baixa dose e β_2 agonista de longa ação.
- D. Antileucotrieno e corticoide oral.
- E. Corticoide oral e corticoide inalatório.

02. Homem, 35 anos, internado na Clínica Médica da SCMF, portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), sem tratamento ou acompanhamento regular, apresenta cefaleia, náuseas, vômitos, marcha atáxica, irritabilidade, confusão mental, febre baixa e borramento visual. Realizada punção líquórica lombar e, posteriormente, esfregaço com nanquim do sedimento, que demonstrou levedura encapsulada, proteína aumentada, glicose diminuída e pleocitose linfocítica.

O tratamento correto desse paciente deverá ser feito com:

- A. Anfotericina B.
- B. Rifampicina + pirazinamida + isoniazida + etambutol.
- C. Sulfametoxazol + trimetropina.
- D. Dexametasona.
- E. Ceftriaxona.

03. Um homem de 33 anos, previamente hígido, procura a urgência do HGF, com dor intensa de instalação aguda no flanco direito, com irradiação para a região do testículo ipsilateral e urina escura há 2 horas. Diante da suspeita de cólica renal o exame de imagem preferencialmente indicado é:

- A. Tomografia computadorizada de abdome, com contraste endovenoso.
- B. Ressonância nuclear magnética de abdome, com gadolinium.
- C. Tomografia computadorizada de abdome e pelve, sem contraste.
- D. Urografia excretora.
- E. Ultrassonografia de abdome total.

04. Paciente, sexo masculino, 66 anos de idade, portador de hipertensão, começa a realizar acompanhamento no PSF-Barra do Ceará. Ele faz uso de anti-hipertensivo, que não sabe especificar o nome, e relata que a medicação é boa para controlar a pressão, mas que, depois que iniciou o uso, começou a sentir dor de cabeça, pirose com refluxo e as pernas passaram a “inchar”.

Este paciente, provavelmente, faz uso de:

- A. Beta-bloqueador.
- B. Bloqueador de canal de cálcio.
- C. Diurético tiazídico.
- D. Inibidor da enzima conversora da angiotensina.
- E. Inibidor de receptores de angiotensina 2.

05. Homem de 72 anos é admitido em unidade de emergência com histórico de HAS, dislipidemia e diabetes *mellitus*. Relata quadro doloroso precordial associado a esforços, nos últimos três meses, mas com resolução espontânea. Há cerca de duas horas, iniciou quadro doloroso intenso em precórdio, sem melhora com repouso, que irradia para membro superior esquerdo, além de dispneia e sudorese. O paciente está em uso de ramipril de 10 mg/dia; AAS 100 de mg/dia e sinvastatina. Refere uso irregular de metformina e glibenclamida interrompido há oito dias. Realizou-se, então, ECG que evidenciou infradesnivel de segmento ST de V1 a V4 com inversão de onda T. A avaliação laboratorial não detectou elevação de troponina I e nem de CK-MB massa. Os demais exames mostraram-se sem alterações, à exceção de dislipidemia e glicemia 198 mg/dL.

Com base nesse caso clínico hipotético, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, assinale a alternativa correta:

- A. O incremento do risco hemorrágico na associação de antiagregantes plaquetários impede a associação de clopidogrel ao AAS.
- B. O risco hemorrágico alto indica realização de cineangiocoronariografia imediata, evitando-se dose de ataque de clopidogrel e heparina.
- C. O risco isquêmico e hemorrágico alto indica o uso de nitratos e betabloqueadores e futura análise de viabilidade com exame complementar.
- D. O risco isquêmico é superior ao risco hemorrágico, sendo necessárias otimização da terapia antilipêmica, dose de ataque de clopidogrel e manutenção de AAS, além de programação de cineangiocoronariografia.
- E. A negatividade da Troponina I e da CK-MB, não demandam terapia adicional, pois o paciente provavelmente não tem IAM.

06. Sr. João, 57 anos, jardineiro de um condomínio em Fortaleza, foi levado à UPA do Bom Jardim com febre, dificuldade para deglutição, sialorreia e dor abdominal com início há sete dias. Ao exame físico: REG, febril, diaforese; ausculta cardíaca: taquicardia e RCI (arritmico); cabeça e face: trismo e rigidez nuchal; abdome em tábua, com espasmos paroxísticos e lesão necrótica em mão direita. Ao caso exposto, a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequadas são:

- A. Meningite bacteriana; colher LCR e iniciar ceftriaxona EV.
- B. Tétano acidental; fazer imunoglobulina antitetânica, benzodiazepínicos EV e penicilina cristalina EV, além de desbridar lesão necrótica da mão.
- C. Síndrome do choque tóxico; solicitar hemocultura, iniciar penicilina cristalina EV e desbridar lesão necrótica da mão.
- D. Picada de aranha marrom (loxosceles); solicitar hemograma, ureia e creatinina, internar e observar aparecimento de complicações, além de fazer medidas de suporte.
- E. Celulite com foco em ferimento da mão direita. Tratar com antibióticos venosos de amplo espectro com cobertura para Gram negativos e desbridar a lesão.

07. “Um paciente de 75 anos, etilista, apresenta quadro de cefaleia, febre e rigidez de nuca há um dia. Foi feita punção lombar que revelou celularidade: 1.000 células/mm³ com 65% de polimorfonucleares, glicose: 10 mg/dL e proteínas: 70 mg/dL. A coloração por Gram revelou germes Gram-positivos.” De acordo com a história e os resultados dos exames, e em caso de positividade na cultura do líquido deste paciente, assinale o micro-organismo que provavelmente será encontrado.

- A. *Neisseria meningitidis*.
- B. *Toxoplasma gondii*.
- C. *Haemophilus influenzae*.
- D. *Streptococcus pneumoniae*.
- E. *Cryptococcus neoformans*.

08. “Um senhor de 75 anos admitido no setor de Cirurgia Geral da SCMF, com queixa de epigastralgia, anorexia e emagrecimento de 12 kg nos últimos 4 meses. Apresentava o diagnóstico prévio de gastrite crônica atrófica. No exame clínico suspeita-se de disseminação linfática devido à palpação de linfonodo endurecido em região supraclavicular esquerda e em região periumbilical.” De acordo com tais informações, qual das características a seguir é mais compatível com adenocarcinoma gástrico subtipo difuso de Lauren?

- A. Sexo do paciente.
- B. Idade do paciente.
- C. Diagnóstico prévio de gastrite crônica atrófica.
- D. Tendência de disseminação linfática quando comparada à hematogênica.
- E. Histórico de perda ponderal.

09. “Um paciente portador de Diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos faz acompanhamento em ambulatório. Ele traz o resultado do exame solicitado na última consulta mostrando relação albumina/creatinina na urina de 600 mg/g.” De acordo com o acometimento renal neste paciente, qual a forma de lesão mais específica da nefropatia diabética?

- A. Glomeruloesclerose segmentar e focal - GESF.
- B. Glomeruloesclerose nodular ou lesão de Kimmelstiel-Wilson.
- C. Glomerulonefrite membranosa.
- D. Glomeruloesclerose segmentar e focal.
- E. Doença por lesão mínima.

10. Homem de 43 anos, internado na Clínica Médica da SCMF, com sinais e sintomas característicos de meningite bacteriana. No exame físico, é possível ter sinais de irritação meníngea, que quase sempre estão presentes e devem ser pesquisados. O sinal que, com o paciente em decúbito dorsal horizontal, a coxa é fletida sobre o abdome, cerca de 90°, com a perna fletida em relação à coxa, também aproximadamente a 90°, em seguida a perna é, então, estendida passivamente e, quando há inflamação meníngea, o paciente resiste à extensão da perna denomina-se:

- A. Sinal de Kernig.
- B. Sinal de Blumberg.
- C. Sinal de Murphy.
- D. Sinal de Brudzinski.
- E. Sinal de Jobert.

11. Durante seu plantão no estágio da SCMF, o TRR foi acionado para avaliar paciente do sexo feminino, 34 anos, obesa e tabagista, em pós-operatório de artroplastia do quadril há 5 dias, com imobilização. Evoluiu com quadro de dispneia súbita há 1 hora, com piora progressiva. Ao exame, constata-se diminuição do murmúrio vesicular à direita, esforço respiratório, SatO₂: 80% em ar ambiente, PA: 70 x 50mmHg, FC: 120 bpm. Tomografia de tórax com contraste revela falha de enchimento em artéria pulmonar direita. Qual é o tratamento mais adequado para a paciente?

- A. Anticoagulação profilática na enfermaria.
- B. Antibioticoterapia e internação em UTI.
- C. Trombólise e internação em UTI.
- D. Anti-inflamatório na enfermaria.
- E. Antiagregantes plaquetários e profilaxia para TVP.

12. Homem, 19 anos, chega à Unidade de Emergência do IJF, vítima de ferimento por arma branca em região torácica anterior direita (terceiro espaço intercostal) e em região periumbilical esquerda. Exame físico: Consciente, PA= 90 x 50 mmHg, FC= 110bpm, FR= 22irpm, oximetria de pulso= 90% (com máscara de oxigênio); Tórax: timpanismo à percussão torácica e murmúrio vesicular diminuído à direita; Abdome: dor à palpação difusa com sinais de irritação peritoneal. A CONDUTA É:

- A. Punção de tórax e tratamento não operatório do ferimento abdominal.
- B. Toracotomia direita e laparotomia mediana.
- C. Tomografia computadorizada de tórax e abdome.
- D. Drenagem de tórax e laparotomia mediana.
- E. Drenagem de tórax e Videolaparoscopia para a lesão abdominal.

13. Estagiário de Clínica Médica da SCMF, 21 anos, sofre acidente perfuro cortante com agulha durante procedimento invasivo em paciente com infecção por vírus das hepatites B e C, mas HIV negativo. Exames laboratoriais iniciais do estagiário demonstram: HBsAg negativo; anticorpo anti-HBsAg positivo e anti-HBcAg negativo. O quadro laboratorial sugere:

- A. Vacinação prévia para hepatite B.
- B. Infecção aguda pelo vírus da hepatite B.
- C. Infecção prévia pelo vírus da hepatite B.
- D. Suscetibilidade a infecção pelo vírus da hepatite B.
- E. Infecção latente pelo vírus da hepatite B.

14. Mulher, 62 anos, internada na Clínica Médica da SCMF, HAS, DM, coronariopata, com queixa de dispneia há 08 dias, apresentando turgência jugular patológica, PA: 70 x 40. Diante das imagens de tomografia computadorizada (TC) e Raio X de tórax a seguir, pode-se afirmar que a principal hipótese para a descompensação atual é:



- A. Miocardiopatia hipertrófica.
- B. Pneumotorax hipertensivo.
- C. Derrame pericárdico.
- D. Doença de Chagas.
- E. Derrame pleural a esquerda.

15. Associar a segunda coluna com a primeira.

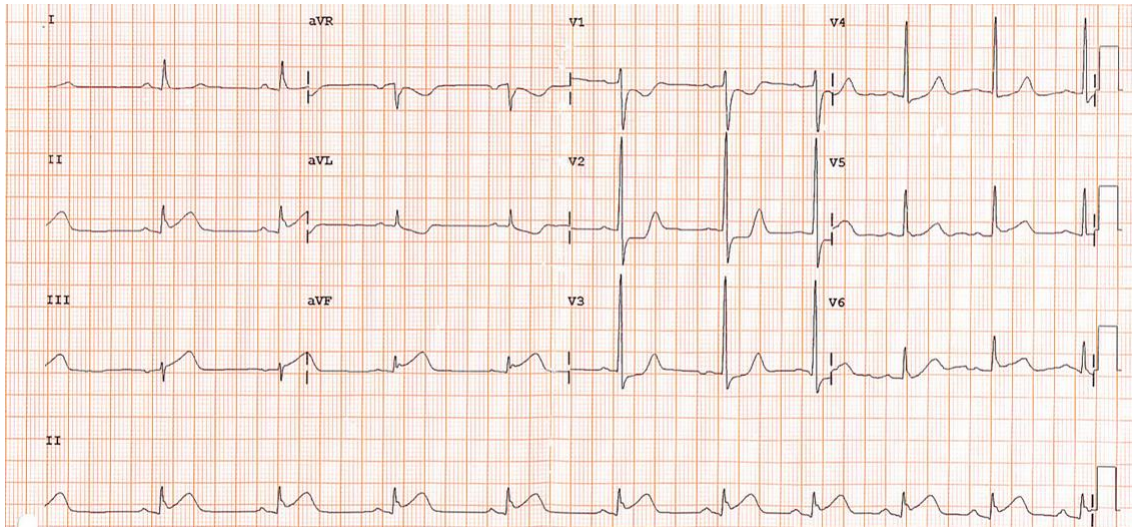
- (1) Síndrome de Zollinger-Ellison
- (2) Úlcera péptica
- (3) Síndrome de Mallory - Weiss
- (4) Úlcera péptica perfurada
- (5) Ruptura de fígado normal

- () Ar subdiafragmático em 85% dos casos.
- () Incide mais em alcoolistas com hérnia hiatal.
- () Mais frequente em pré-eclâmpsia/eclâmpsia.
- () Gastrinoma.
- () Causa mais comum de hematemese severa.

Marque a alternativa correta.

- A. 4 – 3 – 5 – 1 – 2.
- B. 1 – 3 – 5 – 4 – 2.
- C. 4 – 2 – 5 – 1 – 3.
- D. 5 – 2 – 3 – 1 – 4.
- E. 5 – 4 – 1 – 2 – 3.

16. Uma mulher de 48 anos é admitida na sala de emergência com queixa de dor torácica retroesternal intermitente há 12 horas e contínua há 2 horas. Apresenta obesidade grau I, diz ser portadora de HAS, mas que só utiliza os medicamentos prescritos pelo médico do posto, quando sente dores de cabeça. Não sabe se é diabética, pois a vários anos não faz exames. Diz estar passando por problemas familiares, pois tem um filho alcoólatra e encontra-se em processo de divórcio. Está gemente, ansiosa, taquipneica com FR: 24irpm, hemodinamicamente estável, PA: 140 x 90mmHg, FC: 102bpm, com saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. O seu eletrocardiograma mostra:



A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Provavelmente a dor é de origem não cardíaca, possivelmente devido Síndrome de ansiedade generalizada. A melhor alternativa é a prescrição de Clonazepam e Paroxetina ambulatorialmente, seguida de encaminhamento a tratamento em um CAPS, sem necessidade de internação.
- B. É de infarto agudo do miocárdio, deverá ser internada, prescrito nitrato, AAS, Betabloqueadores, IECA, Clopidogrel, Oxigenio suplementar e conduzida imediatamente para unidade de hemodinâmica.
- C. Só poderá ser firmado depois da dosagem de enzimas cardíacas, Troponina I, CKMB, Mioglobina.
- D. É de pericardite aguda, tendo como causa mais provável, nesta faixa etária, doenças reumatológicas como AR ou LES.
- E. É de angina estável, deve ser prescrito IECA, Betabloqueadores e Nitrato.

17. Um paciente, 47 anos, emagrecido, com história de etilismo crônico, é encaminhado a Clínica da SCMF, com quadro de massa palpável em epigástrico e queixa de plenitude pós-prandial. Na história clínica refere dor em barra, em episódios recorrentes nos últimos cinco anos, com várias internações e atendimentos em serviços de emergência para administração de medicação analgésica. Pedida uma tomografia abdominal, que mostra imagem de tumor com formação cística em abdome superior, as paredes são irregulares, espessadas e algo calcificadas, rechaçando o estômago anteriormente. Diante deste quadro, qual a sua hipótese diagnóstica?

- A. Adenocarcinoma gástrico.
- B. Cistoadenocarcinoma do pâncreas.
- C. Tumor sólido do estômago (GIST).
- D) Adenocarcinoma da cabeça do pâncreas.
- E. Pseudocisto pancreático.

18. Paciente feminina, 19 anos, estudante, é admitida na Clínica Médica da SCMF, para investigação e tratamento de síndrome diarreica iniciada cinco dias antes. Relata dor abdominal intensa e diarreia inicialmente aquosa que evolui para a forma sanguinolenta. Após três dias de internação, apresenta insuficiência renal aguda, sendo necessário submetê-la a hemodiálise. Na história epidemiológica, referiu ter chegado da Europa dois dias antes do início dos sintomas. Considerando os dados clínicos e epidemiológicos descritos, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- A. Doença de Chron.
- B. Diarreia por *Shigella dysenteriae*.
- C. Colite pseudomembranosa por *Clostridium difficile*.
- D. Amebíase.
- E. Síndrome hemolítico-urêmica associada à diarreia por *E. coli* entero-hemorrágica.

19. Paciente com cirrose por vírus C, com hematêmese. Sinais vitais: pressão arterial – 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca: 110bpm, frequência respiratória – 26 irpm, afebril. Exames laboratoriais de urgência apresentam hematócrito – 25%, hemoglobina – 8,0 g/dl, uréia – 102 mg/dl, creatinina – 0,5 mg/dl. Hepatograma ainda em andamento. É acompanhado no ambulatório de hepatologia do HUWC há dez anos e está em uso de propranolol de 40 mg/dia e lactulona de 20 ml/dia. É o terceiro episódio de sangramento no último ano. A conduta correta a ser tomada é:

- A. Iniciar infusão de noradrenalina a 25 mcg/hora e solicitar endoscopia alta de urgência, caso haja persistência do sangramento.
- B. Iniciar hemotransfusão e solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.
- C. Iniciar infusão de vasopressina a 0,4 UI/min e solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.

D. Colocar balão de Sengstaken-Blackemore e solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.

E. Iniciar infusão octreotida 50 mcg/hora e solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.

20. Mulher, 31 anos, teve cólica renal com eliminação de cálculo há 3 dias. Aos 17 anos teve diagnóstico de doença inflamatória intestinal, há 10 anos nefrolitíase recorrente por fosfato de cálcio e há 2 anos relata boca seca, olhos secos e fenômeno de Raynaud. Exames laboratoriais, uréia 15 mg/dL, creatinina 1,2 mg/dL, sódio 142 mEq/L, potássio 2,9 mEq/L, cloro sérico 112 mEq/L, bicarbonato sérico 20 mEq/L, urina I com densidade 1015, pH 5,5, hemoglobina 2+, sem proteína, 5 hemácias/campo. Radiografia simples de abdome com múltiplas calcificações de 2mm sobrepondo as sombras renais. QUAL DAS SEGUINTE É A CAUSA MAIS PROVÁVEL DA DOENÇA LITIÁSICA NESTA PACIENTE?

A. Síndrome de Sjögren /Hipercalciúria idiopática.

B. Síndrome de Sjögren/ Acidose tubular renal.

C. Doença de Crohn/ Doença por cálculo de estruvita.

D. Retocolite ulcerativa/Cistinúria.

E. Doença de Crohn/ Hiperossalúria.

21. Homem, 52 anos, com úlcera em membro inferior direito há 3 meses, há 1 semana apresentando secreção amarelada de odor fétido. É obeso, hipertenso com tratamento irregular e tabagista. Ao exame físico: temperatura 38,5°C, desidratado 2+/4+, pulso 112bpm, frequência respiratória 24 ipm, pressão arterial 100 x 80mm Hg, glicemia capilar 454mg/dL. Avaliação laboratorial: uréia 70 mg/dL, creatinina 1,7mg/dL, sódio 134 mEq/L, potássio 5,2 mEq/L, hemoglobina 11,6g/dL, leucócitos 14.000/mm³ com 6% de bastonetes, plaquetas 256.000/mm³. QUAL A CONDUTA MAIS ADEQUADA?

A. Hidratação, antibioticoterapia de amplo espectro e introdução de metformina após queda da creatinina.

B. Antibioticoterapia após coleta de hemocultura e insulinização.

C. Hidratação, insulina, antibioticoterapia por via oral e cuidados locais da ferida.

D. Hidratação, administração de insulina, antibioticoterapia endovenosa e desbridamento cirúrgico da ferida.

E. Insulinoterapia associada a Metformina, antibioticoterapia oral e local.

22. Homem, 42a, procura a unidade de emergência por dor abdominal progressiva há uma semana e febre há 24 horas. Antecedente: tabagismo por 10 anos (até há 25 anos) e trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo há 5 anos, após trauma automobilístico. Exame físico: Bom estado geral, T=38,1° C, PA 110x80 mmHg, FC=106 bpm. Abdome: dor moderada à palpação profunda, mais intensa em fossa ilíaca direita, com irradiação para hipocôndrio direito. Hemograma: Hb= 13,3g/dl, leucócitos= 18.900/mm³ (bastonetes 10%, segmentados 75%, linfócitos 13%, monócitos 2%), plaquetas= 683.000/mm³. Tomografia de abdome: trombose de veia porta e massa mal delimitada em fossa ilíaca direita, com borramento da gordura adjacente ao apêndice. ESSE FENÔMENO TROMBÓTICO É SECUNDÁRIO A:

- A. Trombocitemia essencial.
- B. Infecção intra-abdominal.
- C. Policitemia Vera.
- D. Trombofilia hereditária.
- E. Deficiência de fator 5 de Leiden.

23. Homem, 30a, realiza avaliação admissional e é encaminhado a Unidade Básica de Saúde por exame alterado (ALT =60U/L). Solicitado investigação sorológica: AgHBs: reagente, Anti-HBs: não reagente, Anti-HBc: reagente, AgHBe: não reagente, AntiHBe: reagente; sorologia Hepatite C: não reagente; sorologia Hepatite A: IgG reagente, IgM: não reagente. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA SÃO:

- A. Hepatite B ativa, solicitar HBV DNA quantitativo.
- B. Hepatite B resolvida, seguimento ambulatorial.
- C. Hepatite B crônica ativa, iniciar tenofovir ou entecavir.
- D. Hepatite B aguda, seguimento ambulatorial.
- E. Status vacinal para Hepatite B

24. Homem, 23 anos, assintomático, procura serviço médico por apresentar hematúria após prática de exercícios físicos intensos. Exame físico: PA= 140x100 mmHg, FC= 88bpm, FR= 16 irpm. Análise sedimento urinário: pH 5.5, densidade= 1020, glicose negativa, proteína +3/+4, hemácias 100.000/mm³, leucócitos: 20/mm³; Ureia= 40 mg/dl, creatinina= 0,89 mg/dl. O DIAGNÓSTICO É:

- A. Síndrome nefrótica.
- B. Nefropatia por IgA.
- C. Glomerulonefrite pós Estreptocócica.

- D. Glomerulonefrite membranoproliferativa.
- E. Rabdomiólise decorrente de atividade física intensa.

25. As seguintes alterações podem ser encontradas ao exame físico do paciente cuja radiografia se encontra acima, em correspondência com a área de hipotransparência:



- A. Expansibilidade aumentada e simétrica e frêmito tóraco-vocal reduzido.
- B. Frêmito tóraco-vocal aumentado, expansibilidade reduzida.
- C. Som maciço à percussão e sons respiratórios aumentados.
- D. Sons respiratórios abolidos e som maciço à percussão.
- E. Frêmito tóraco-vocal abolido e sons respiratórios aumentados.

26. Homem, 75a, em investigação de anemia crônica e dor abdominal leve sem localização preferencial, retorna em ambulatorial na SCMF, com resultado de endoscopia digestiva alta normal. DO PONTO DE VISTA GASTROINTESTINAL, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME COMPLEMENTAR PARA PROSSEGUIR A INVESTIGAÇÃO SÃO:

- A. Adenocarcinoma de cólon esquerdo, retossigmoidoscopia.
- B. Adenocarcinoma de delgado, enteroscopia.
- C. Adenocarcinoma de cólon direito, colonoscopia.
- D. Divertículo de Meckel, enteroscopia.
- E. Doença inflamatória intestinal, Retossimoidoscopia.

27. Homem, 40 anos com história de ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica desde os 18 anos de idade, procurou serviço médico queixando-se de dor epigástrica em barra, diarreia volumosa, fezes com odor fétido e que boiam no sanitário, astenia e emagrecimento há três meses. Nos exames complementares são observados calcificações na topografia do pâncreas (radiografia simples de abdome), varizes gástricas (endoscopia digestiva alta), Diabetes, macrocitose (hemograma) e gordura fecal. PODEMOS AFIRMAR QUE:

- A. As calcificações definem a etiologia alcoólica para a pancreatite crônica.
- B. A acidez gástrica é um fator que intensifica a ação das enzimas pancreáticas.
- C. A insuficiência endócrina do pâncreas certamente é a causa do Diabetes.
- D. A presença de varizes gástricas se deve a associação com cirrose hepática.
- E. A insuficiência endócrina do pâncreas pode ser responsável pela macrocitose.

28. Homem, 72a, com disfagia progressiva há 6 meses, anorexia e emagrecimento, foi diagnosticado câncer de terço médio do esôfago. No estadiamento detectou-se disseminação local com invasão da aorta e brônquio fonte esquerdo, metástases ganglionares mediastinais e fígado. QUAL A JUSTIFICATIVA PARA O COMPORTAMENTO AGRESSIVO DESTES TIPO DE CÂNCER?

- A. Estar localizado no terço médio do esôfago.
- B. O tipo histológico mais comum ser o adenocarcinoma.
- C. Estar relacionado com o esôfago de Barret.
- D. A ausência da camada serosa do esôfago.
- E. A idade e o estado nutricional do paciente.

29. Paciente do sexo feminino com 43 anos de idade, obesidade grau II, apresenta dor no quadrante superior direito do abdome há 8 dias, acompanhada de náuseas, vômitos, febre e sinal de Murphy positivo, porém sem icterícia. Assinale o diagnóstico mais provável, bem como o método preferencial de diagnóstico por imagem a ser utilizado.

- A. Colecistite e tomografia computadorizada.
- B. Colangite e tomografia computadorizada.
- C. Colecistite aguda e cintilografia.

- D. Cólica biliar e colangiorressonância magnética
- E. Colecistite aguda e ecografia.

30. *Paciente do sexo feminino, 32 anos, foi transferida do HGF para a SCMF.* Ao coletar dados do exame admissional, ela lhe relatou que há 3 dias iniciou quadro de dor abdominal, inicialmente em região periumbilical, mas que agora está localizada em fossa ilíaca direita, tais sintomas são acompanhados de náuseas e anorexia, mas que melhoraram nas últimas 12 horas após utilizar antibióticos e analgésicos no hospital de origem. Ao exame físico, encontra-se eupneica, afebril, mucosas desidratadas 2+/4+, PA: 110 x 70mmHg, FC: 105bpm, SatO₂: 97% em ar ambiente, abdome discretamente distendido, com crepitação a palpação e dor a descompressão brusca na fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais: Hb: 11,4g/ml; Leucócitos totais 17.500, com 65% de segmentados e 3% de bastonetes; PCR: 120; TC de abdome evidenciando apêndice cecal com diâmetro de 20mm, borramento de planos gordurosos periapendiculares, com pequena quantidade de líquido livre na pelve e sem sinais de gases livres na cavidade. Ao passar o caso para o Staff da Cirurgia geral, o diagnóstico e a conduta mais adequados para o caso serão:

- A. Apendicite aguda. Apendicectomia por incisão de Davis-Rockey imediata.
- B. Apendicite aguda. Apendicectomia por Videolaparoscopia imediata.
- C. Apendicite aguda. Hidratação venosa, hemocultura, antibioticoterapia, analgesia, solicitação de Colonoscopia após 4 semanas, para exclusão de doenças inflamatórias intestinais, seguida de apendicectomia videolaparoscópica.
- D. Doença inflamatória intestinal. Hidratação, analgesia, Sulfassalazina, corticoides orais e colonoscopia com biópsia.
- E. Doença inflamatória pélvica. Iniciar Ceftriaxona e Metronidazol, hidratação venosa, analgesia e solicitar ultrassonografia transvaginal.