

SES-RJ

›PREPARATÓRIO PARA
PROVAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

COORDENADOR E AUTOR

Rodrigo Camargo Leão Edelmuth

AUTORES

Edson Santos Ferreira Filho

Frederico Cantarino

Gustavo Guimarães Moreira Balbi

Jadiana Machado Talma

Juliano Silveira de Araújo

Laura Andreia Schettino Muzzi

Lucas Cata Preta Stolzemburg

Vergilius José Furtado de Araújo Neto

editora
SANAR

Autores

Rodrigo Camargo Leão Edelmuth

Coordenador

Médico Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Instrutor do Curso Advanced Trauma Life Support (ATLS). Cirurgião Geral pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Cirurgião do Aparelho Digestivo pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Lucas Cata Preta Stolzemburg

Médico Preceptor da Residência de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP. Instrutor do Curso Advanced Trauma Life Support (ATLS). Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. Residência em Cirurgia Geral pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Frederico Cantarino de Araujo

Médico formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Fez residência em Cirurgia Geral e em Cirurgia do Aparelho Digestivo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente é cirurgião e professor de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Vergilius José Furtado de Araujo Neto

Médico Preceptor da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no HC-FMUSP. Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço Residência médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelo HC-FMUSP. Residência médica em Cirurgia Geral pelo HC-FMUSP. Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Jadiana Machado Talma

Médica pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Pediatra pela Santa Casa de São Paulo. Médica residente de Medicina Intensiva Pediátrica pela Santa Casa de São Paulo.

**Edson Santos Ferreira Filho**

Médico da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Ex-preceptor da Disciplina de Ginecologia do HCFMUSP. Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Juliano Silveira de Araújo

Bacharel em Medicina pela UESPI. Especialista em Clínica Médica pela UFRN. Especialista em Geriatria pelo HC-FMUSP. Membro Titulado da SBGG. Pós-graduação em Cuidados Paliativos pelo HSL. Pós-graduando em Distúrbios da Cognição e Memória do Idoso pelo Serviço de Geriatria do HC-FMUSP.

Laura Andreia Schettino Muzzi

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Medicina Fetal pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como Obstetra na unidade de semi-intensiva de gestações de alto risco da maternidade Pro matre paulista.

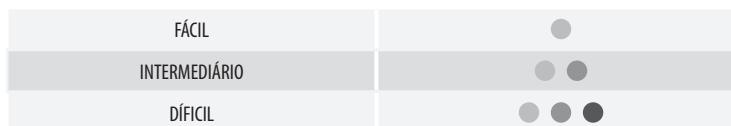
Gustavo Guimarães Moreira Balbi

Membro titular da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Chefe do Serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Médico do Serviço de Reumatologia do HU-UFJF. Residência em Reumatologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Residência em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Atualmente é coordenador dos ambulatórios de Síndrome Antifosfolípide (SAF), Vasculites, Doenças Intersticiais Pulmonares nas Doenças Reumatológicas e Doenças Osteometabólicas do Serviço de Reumatologia do HU-UFJF.

Apresentação

A coleção **Preparatório para Residência Médica - SES/RJ** é o melhor e mais completo conjunto de obras voltado para a capacitação e aprovação de médicos em programas de residências do Rio de Janeiro. Elaborada a partir de uma metodologia que julgamos ser a mais adequada ao estudo direcionado para as provas em Medicina, contemplamos os 6 volumes da coleção com os seguintes recursos:

- ✓ Questões comentadas alternativa por alternativa (incluindo as falsas);
- ✓ Quadros, tabelas e esquemas didáticos;
- ✓ Questões categorizadas por grau de dificuldade, de acordo com o modelo a seguir:



Elaborado por professoras com sólida formação acadêmica em **Medicina**, a presente obra é composta por um conjunto de elementos didáticos que em nossa avaliação otimizam o estudo, contribuindo assim para a obtenção de altas performances em provas e Residência na Medicina.

GEISEL ALVES

Editor

Sumário

2014	11
Clinica Médica	11
Cirurgia.....	22
Pediatria	36
Ginecologia e Obstetricia	48
Medicina Preventiva	63
2015	77
Clínica Médica	77
Cirurgia.....	90
Pediatria	106
Ginecologia e Obstetricia	117
Medicina Preventiva	131
2016	151
Clinica Médica	151
Cirurgia.....	161
Pediatria	176
Ginecologia e Obstetricia	187
Medicina Preventiva	202
2017	213
Clinica Médica	213
Cirurgia.....	222
Pediatria	238
Ginecologia e Obstetricia	248
Medicina Preventiva	264
2018	279
Clinica Médica	279
Cirurgia.....	289
Pediatria	303
Ginecologia e Obstetricia	312
Medicina Preventiva	326

CLÍNICA MÉDICA

01 Residente de clínica médica é chamado para avaliar paciente internado há cinco dias, devido a edema generalizado. O exame de urina revela presença de proteinúria de grande monta e, no sangue, hipoalbuminemia importante. Outro achado no sangue que corroboraria a hipótese diagnóstica principal seria a:

- Ⓐ Hipertrigliceridemia.
- Ⓑ Hipercolesterolemia.
- Ⓒ Hipocalcemia.
- Ⓓ Hiponatremia.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: A questão trata de um diagnóstico clínico de síndrome nefrótica, caracterizada pela tríade de edema, proteinúria importante ($>3,0\text{-}3,5\text{ g}/24\text{ horas}$) e hipoalbuminemia sérica. Associada a esse quadro, a dislipidemia pode estar presente, sendo mais característica a hipercolesterolemia, por vezes excedendo valores totais de 350 mg/dl.

Alternativa A: CORRETA. A hipertrigliceridemia pode estar presente na síndrome nefrótica, mas é menos característica do que a hipercolesterolemia. No entanto, no gabarito oficial do concurso, esta alternativa foi considerada incorreta e a questão não foi anulada, visto que não havia comentários a respeito da hipertrigliceridemia nas referências do concurso. Lembre-se de ten-

tar responder à questão da melhor maneira possível, sem entrar em conflitos com o enunciado ou com as alternativas.

Alternativa B: CORRETA. A principal hiperlipidemia/dislipidemia associada à síndrome nefrótica é a hipercolesterolemia, apesar de não ser necessária para seu diagnóstico. Por esse motivo, esse foi o gabarito oficial da banca examinadora.

Alternativa C: INCORRETA. A hipocalcemia não faz parte das manifestações clínicas esperadas na síndrome nefrótica. Lembre-se que o cálcio deve ser corrigido pelos valores séricos de albumina nos pacientes com hipoalbuminemia (característica da síndrome nefrótica).

Alternativa D: INCORRETA. A hiponatremia não faz parte das manifestações clínicas esperadas na síndrome nefrótica.

02 Homem de 35 anos vem à consulta devido à hipertensão arterial sistêmica. Vem com duas dosagens séricas de potássio com resultados de 3,0 mEq/l. Sua pressão arterial em repetidas medidas está $> 144 \times 92$ mmHg. Ele garante que há pelo menos um ano não toma qualquer tipo de medicamento. O próximo passo na investigação da causa da hipertensão nesse paciente é realizar:

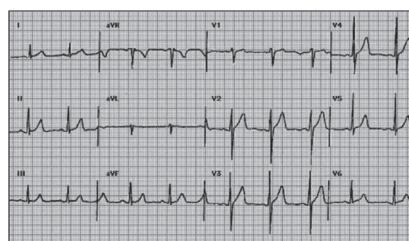
- Ⓐ Urina de 24h para avaliar perdas urinárias de potássio e 17-cetosteroídes urinários.
- Ⓑ Tomografia computadorizada de alta resolução das adrenais.
- Ⓒ Relação entre aldosterona e atividade de renina séricas.

- ④ Dosagem de catecolaminas séricas.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: Na avaliação anual dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, são incluídos exames capazes de rastrear tanto causas secundárias de hipertensão quanto lesões de órgão-alvo/associações comórbidas. Dentre eles, destacam-se: creatinina, potássio, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico, EAS (urina I) e eletrocardiograma. Quando o paciente apresenta níveis persistentemente baixos de potássio, deve-se suspeitar da presença de hiperaldosteronismo primário. O hipercortisolismo pode cursar mais raramente com hipopotassemia, devido aos efeitos minerais/corticoides dos esteroides produzidos, mas geralmente estão associadas outras manifestações da síndrome de Cushing, como obesidade, *diabetes mellitus*, estrias violáceas, entre outros.



- A 60.
B 65.
C 70.
D 75.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: A FC é calculada no eletrocardiograma por meio das seguintes fórmulas: $1.500/\text{número de quadradinhos entre dois complexos QRS (ou intervalo R-R)}$ ou $300/\text{número de quadradões entre dois complexos QRS (ou intervalo R-R)}$.

Alternativa D: CORRETA. O ECG mostra a presença de 4 quadradões entre os complexos QRS (ou intervalo R-R). Desse modo, $300/4=75 \text{ bpm}$.

Alternativa A: INCORRETA. Faltam dados que sugerem a presença de hipercortisolismo.

Alternativa B: INCORRETA. ATC de adrenais deve ser solicitada apenas após a avaliação inicial com exames laboratoriais que comprovem a presença de hiperaldosteronismo.

Alternativa C: CORRETA. A relação aldosterona e atividade de renina plasmática encontrase elevada nos casos de hiperaldosteronismo primário. É o primeiro exame a ser solicitado na suspeita clínica desse diagnóstico. Valores >30 são muito sugestivos do diagnóstico, mas precisam ser confirmados com testes de supressão de aldosterona.

Alternativa D: INCORRETA. O quadro descrito não é sugestivo de feocromocitoma.

04 Mulher de 30 anos procura médico porque pretende extrair dois dentes “sisos”. Seu dentista pediu que procurasse orientação quanto à profilaxia de endocardite infecciosa, uma vez que tem, comprovadamente, prolapsos de válvula mitral. A recomendação, neste caso, seria não fazer profilaxia, a menos que houvesse relato de:

- A Endocardite prévia.
B Insuficiência mitral grave.
C Degeneração mixomatosa.
D Estenose mitral associada.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: Os *guidelines* mais recentes vêm apresentando mudanças importantes com relação à profilaxia da endocardite infecciosa. Inclusive, muitos deles ainda divergem com relação a quais seriam as indicações para a prescrição de antibioticoterapia profilática. No entanto, algumas condições apresentam maior risco dessa com-

03 O eletrocardiograma abaixo é de um homem de 60 anos que procurou a emergência, devido à tonteira. (VER IMA-GEM) A frequência cardíaca do paciente no momento do exame devia ser de, aproximadamente:

plicação, como a história prévia de endocardite infecciosa (maior risco), cardiopatias congênitas cianóticas corrigidas há menos de 6 meses, parcialmente corrigidas ou não corrigidas, presença de válvula protética metálica ou valvopatia em receptores de transplante cardíaco, principalmente se associada a procedimentos invasivos de cavidade oral (manipulação gengival ou periapical, perfuração de mucosa oral).

Alternativa A: CORRETA. A história de endocardite infecciosa prévia é o maior fator de risco para a ocorrência de nova endocardite infecciosa e deve receber antibioticoprofilaxia.

05 Homem de 55 anos, com insuficiência renal crônica, estágio 4, em tratamento conservador, é internado com hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal. Além de esclerose do vaso sangrando e reposição volêmica, objetivando tentar atenuar o mais rápido possível as alterações de coagulação que devem estar presentes nesse paciente, o socorrista poderia tentar o uso de:

- Ⓐ Desmopressina.
- Ⓑ Plasma fresco congelado.
- Ⓒ Concentrado de fatores V e VII.
- Ⓓ Derivados conjugados da testosterona.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: CORRETA. A desmopressina pode ser utilizada na tentativa de reverter a disfunção plaquetária qualitativa causada pela doença renal crônica.

Alternativa B: INCORRETA. A reposição de PFC não está recomendada, a menos que o paciente apresente alargamento do TAP ou PTT.

Alternativa C: INCORRETA. Não estão recomendados, a menos que haja deficiência desses fatores.

Alternativa D: INCORRETA. Não estão recomendados.

06 Homem de 67 anos faz tratamento no ambulatório de clínica médica

ca há cinco anos. Durante esse tempo, teve diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus do tipo 2, doença de refluxo gastroesofágico, obesidade e insuficiência renal crônica estágio 2. Está assintomático, negando precordialgias, diarreia, pirose e cansaço. Há mais de um ano tem se esmerado em fazer a dieta prescrita e usa regularmente enalapril, atenolol, omeprazol, metformina e anlodipino. Nos seus últimos exames, observa-se hipomagnesemia que, neste caso, pode ser atribuída ao uso de:

- Ⓐ Atenolol.
- Ⓑ Enalapril.
- Ⓒ Omeprazol.
- Ⓓ Metformina.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A, B e D: INCORRETAS. Não está associada à ocorrência de hipomagnesemia.

Alternativa C: CORRETA. O omeprazol está associado à ocorrência de hipomagnesemia, uma vez que a hipocloridria é capaz de inibir a absorção passiva do magnésio, por meio da inibição dos canais paracelulares desse íon. Além disso, parece haver aumento da perda intestinal de magnésio em usuários crônicos de omeprazol.

07 Um paciente é acompanhado no ambulatório de clínica médica há um ano com diagnóstico de cólon irritável. Agora, um residente novo no serviço passa a ser responsável pelo acompanhamento desse paciente. Uma característica que, se relatada, o levaria a questionar o diagnóstico seria:

- Ⓐ Ausência de alívio após a defecação.
- Ⓑ Dor mais frequente durante o dia.
- Ⓒ Dor no andar inferior do abdome.
- Ⓓ Ausência de anemia.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: CORRETA. Uma das principais características da síndrome do intestino irritável é o alívio dos sintomas após a defecação. Caso não ocorra melhora, é necessário considerar diagnósticos alternativos.

Alternativa B: INCORRETA. A dor abdominal da síndrome do intestino irritável predomina durante o dia, estando ausente durante os períodos de sono. A dor noturna é rara e deve ser considerada um sinal de alarme.

Alternativa C: INCORRETA. A dor abdominal da SII pode acometer o andar inferior do abdome, sem que isso constitua um sinal de alarme.

Alternativa D: INCORRETA. A ocorrência de anemia não é esperada na SII, visto que trata-se de um distúrbio funcional.

sivamente (nesse caso, ocorre positividade isolada do anti-HBs). O anti-HBc é um marcador de contato com o vírus e é capaz de orientar se a infecção é aguda ou crônica; na infecção aguda, ocorre positividade para o anti-HBc IgM. O HBeAg e o anti-HBe indicam o estado de replicação viral; HBeAg positivo e anti-HBe negativo sugerem que o vírus está replicando, exceto nos mutantes pré-core.

Alternativas A, B, C: INCORRETAS. Não há indicação de tratamento da HBV aguda, uma vez que apenas a minoria dos adultos (<5%) apresenta cronificação e o paciente não apresenta sinais de alta gravidade.

Alternativa D: CORRETA. Nesse momento, a conduta ideal é acompanhar a evolução, atentando para a possibilidade de cronificação do processo. Caso ocorra cronificação, o tratamento para HBV estará indicado.

08 Um jovem residente sempre se recusou a vacinar-se contra hepatites A e B. Trabalha diariamente na emergência do hospital há três meses. Há cinco dias vem com astenia e febre baixa. Seus exames complementares apresentaram: aminotransferases (ALT e AST) 1.500U/l e 1300U/l, anti-HAV IgG positivo, anti-HAV IgM negativo, anti-HCV negativo, anti-HBs negativo, HBsAg positivo, anti-HBc IgG positivo, anti-HBc IgM positivo, HBeAg positivo, anti-HBe negativo. Quanto à necessidade de tratamento, a decisão correta é:

- Ⓐ Prescrever lamivudina devido aos altos níveis das aminotransferases.
- Ⓑ Iniciar interferon para minimizar a chance de cronificação.
- Ⓒ Indicar ribavirina com interferon.
- Ⓓ Acompanhar a evolução.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: É de fundamental importância que todo médico saiba interpretar os resultados da sorologia para HBV. O HBsAg, quando positivo, é um marcador de infecção ativa pelo HBV; ocorre tanto nas formas crônicas como nas agudas. A positividade para o anti-HBs é um marcador de imunidade contra o vírus e indica que o paciente foi curado ou foi imunizado pas-

09 Um turista volta de um lugar onde há endemia de malária falciparum. Alertar os médicos em caso de febre é de suma importância para o diagnóstico e instituição precoce do tratamento, o que melhora o prognóstico da malária por *Plasmodium falciparum*. Deve-se ter forte suspeita dessa doença em pessoas que se apresentem febris após retornaram de zona endêmica em até:

- Ⓐ 1 ano.
- Ⓑ 7 dias.
- Ⓒ 2 meses.
- Ⓓ 6 meses.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: A definição do Ministério da Saúde para caso suspeito de malária é a seguinte:

“Definição de caso suspeito na área endêmica toda pessoa que apresente febre seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas; ou toda pessoa testada

para malária durante investigação epidemiológica.

Definição de caso suspeito na área não-endêmica toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre com um dos seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.”

Alternativa A: INCORRETA. Não é o tempo correto pela definição do Ministério da Saúde.

Alternativa B: INCORRETA. Não é o tempo correto pela definição do Ministério da Saúde.

Alternativa C: INCORRETA. De acordo com a definição do Ministério da Saúde, esse não é o tempo adequado para se classificar o caso como suspeito. No entanto, a banca considerou esta alternativa como correta, visto que é o que mais se aproxima da definição. *P. vivax* e *P. malarie* podem apresentar períodos superiores de incubação, podendo se iniciar tardiamente (até 6 meses após exposição).

Alternativa D: INCORRETA. Não é o tempo correto pela definição do Ministério da Saúde.

10 Dois internos analisam o hemograma de uma paciente de 32 anos, antes de avaliar a sua história e exame físico. Hemácias 4,2 M/ μ l, hematócrito 28%, hemoglobina 9,2 g/dl, concentração de hemoglobina corporcular média 20,9/dl, volume globular médio 72 fl, hemoglobina corporcular média 26 pg. A anemia apresentada tende a diminuir, mas provavelmente, a partir da administração de:

- (A) Ferro.
- (B) Ácido fólico.
- (C) Vitamina B6.
- (D) Vitamina B12.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O paciente acima apresenta um hemograma com anemia

microcítica e hipocrômica. As causas mais frequentemente associadas a esse padrão são a anemia ferropriva, anemia da inflamação, beta-talassemia minor e anemia sideroblástica. Dentre elas, a mais frequente é a anemia ferropriva. Logo, provavelmente o paciente apresentará melhora com a reposição de ferro.

Alternativa B: INCORRETA. A deficiência de ácido fólico cursa com anemia megaloblástica, que apresenta um padrão macrocítico (VCM elevado) no hemograma.

Alternativa C: INCORRETA. Apesar de a reposição com doses suprafisiológicas de piridoxina ser uma abordagem terapêutica válida para algumas formas de anemia sideroblásticas, esse tipo de anemia é raro e pode cursar tanto com micro- quanto com macrocitose no hemograma (dependendo da etiologia).

Alternativa D: INCORRETA. A deficiência de vitamina B12 cursa com anemia megaloblástica, que apresenta um padrão macrocítico (VCM elevado) no hemograma.

11 Mulher de 36 anos vem à consulta devido à artrite nas mãos, principalmente nas articulações interfalangianas proximais. Tem dosagem de fator reumatoide anterior positiva. Para alívio dos sintomas, foi prescrita prednisona, cuja dose de manutenção não costuma ultrapassar, em mg/dia:

- (A) 10.
- (B) 20.
- (C) 30.
- (D) 40.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O tratamento da artrite reumatoide, diagnóstico mais provável no caso acima, envolve o uso da menor dose possível de prednisona, pelo menor tempo possível (alvo de tratamento: suspensão da prednisona). Para tanto, é necessário o início de MMCDs precocemente no curso da doença e, caso o desmame de

prednisona não seja possível ou o paciente não atinja os alvos preconizados para o *treat to target*, é necessário avaliar a necessidade de progressão do tratamento com associação de MMCDS. Voltando à questão, apesar de a definição de baixas doses de prednisona variar conforme as recomendações, a alternativa mais adequada é a letra A.

Alternativas B, C, D: INCORRETAS. Dose muito acima da recomendada.

12 Mulher de 40 anos refere que vem gradativamente com sensação de ardência na boca e diz ter dificuldade de engolir alimentos secos. Seu dentista notou aumento do número de cáries. Refere ter a sensação de como se tivesse areia nos olhos. O autoanticorpo que deve estar presente, neste caso, é:

- (A) ANCA.
- (B) Anti-Ro.
- (C) Anti-Jo-1.
- (D) Anti-Sm.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: O quadro acima descrito é muito sugestivo da síndrome de Sjögren. A presença de xerostomia pode ser suspeitada pela ardência na boca, dificuldade de engolir alimentos secos e aumento no número de cáries; já a xeroftalmia pode ser inferida pela sensação de corpo estranho ocular.

Alternativa A: INCORRETA. ANCA é característico das vasculites ANCA-associadas, além de outras doenças, como retocolite ulcerativa, mas não é esperado na síndrome de Sjögren.

Alternativa B: CORRETA. O anti-Ro/SSA é um anticorpo característico da síndrome de Sjögren, apesar de não ser exclusivo dela.

Alternativa C: INCORRETA. O anti-Jo-1 está relacionado à síndrome antissintetase, doença que faz parte do espectro das miopatias inflamatórias.

Alternativa D: INCORRETA. O anti-Sm é um anticorpo com alta especificidade para lúpus

eritematoso sistêmico, não sendo esperado na síndrome de Sjögren.

13 Paciente volta de viagem do Peru. Procura médico, quinze dias após sua chegada e sete dias após o surgimento do quadro com febre, atualmente de até 39,5°C, grande queda do estado geral, tosse seca, dor, distensão abdominal difusa e constipação intestinal. Ao exame: Tax.: 39,9°C; FC: 98 bpm; pulmões limpos; abdome pouco distendido; peristalse presente; pouco doloroso difusamente; baço palpável a 3 cm da reborda costal esquerda; presença de manchas de coloração rósea na pele sobre o abdome. Radiografia do tórax normal, 2.800 leucócitos com 19% de bastões. Colhidas culturas, o antibiótico que deve ser usado inicialmente é:

- (A) Sulfametoxazol com trimetoprim.
- (B) Ciprofloxacina.
- (C) Cloranfenicol.
- (D) Ampicilina.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: O diagnóstico diferencial nesse caso deve incluir as hepatosplenomegalias febris, que englobam a esquistossomose, calazar (leishmaniose visceral), febre tifoide, malária, doença de Chagas aguda, endocardite bacteriana, infecções víricas (HBV, HCV, HIV), fúngicas, micobacterianas, entre outras. No paciente em questão, a presença de febre muito elevada, manifestações gastrointestinais exuberantes, constipação intestinal, lesões cutâneas maculares em tronco e a presença de leucopenia com bastonemia direcionam o diagnóstico para febre tifoide.

Alternativa A: INCORRETA. Sulfametoxazol com trimetoprim foi utilizado no tratamento da febre tifoide no passado, mas os índices crescentes de resistência limitam seu uso atualmente.

Alternativa B: CORRETA. Atualmente, as fluoroquinolonas (principalmente ciprofloxacino) são consideradas a droga de escolha para o tratamento da febre tifoide no adul-

REFERÊNCIAS

1. Andrade DC et al. Síndrome de Mendelson: relato de caso. *Radiol Bras* 2005;38(4):309-311
2. GUYTON, A.C.; HALL, J.E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13^a ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2017
3. Christakos S, Dhawan P, Porta A, Mady LJ, Seth T. Vitamin D and Intestinal Calcium Absorption. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 2011;347(1-2):25-29 doi:101016/j.mce.201105038
4. BUZINARO, Elizabeth F; ALMEIDA, Renata N. Alves de and MAZETO, Gláucia M.F.S..Biodisponibilidade do cálcio dietético. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2006, vol.50, n.5 [cited 2018-03-27], pp.852-861
5. Fístula aorto-entérica secundária – a propósito de um caso clínico - Borges, L. et al - *Angiol Cir Vasc*. 2013;9(4):158-162
6. Sabiston, D. C., & Townsend, C. M. *Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice*. 20th ed. 2016
7. Alves ET. AL Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico. *J Bras Patol Med Lab* • v. 40 • n. 6 • p. 421-4 • dezembro 2004
8. *Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management - Clin Colon Rectal Surg*. 2016 Mar; 29(1): 22-29
9. *The American Journal of Gastroenterology* volume109, pages474–483 (2014)
10. doi:101038/ajg.201419
11. Groff WL. Angiodysplasia of the colon. *Dis Colon Rectum* 1983;26:64-67
12. S. Paul, G. Boschetti, M. Rinaudo-Gaujous, A. Moreau, E. Del Tedesco, J. Bonneau, E. Presles, F. Mounsef, L. Clavel, C. Genin, B. Flourié, J-M. Phelip, S. Nancey, X. Roblin; Association of Anti-glycan Antibodies and Inflammatory Bowel Disease Course, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 9, Issue 6, 1 June 2015, Pages 445–451
13. Gama Rodrigues, J.J.; Machado, M.C.C.; Rasslan, S. – *Clínica Cirúrgica FMUSP*. Editora Manole 2008
14. Davis JL, Ripley RT. *Postgastrectomy Syndromes and Nutritional Considerations Following Gastric Surgery*. 2017 *Surg Clin N Am*.
15. Eur J Cancer. 2014 Sep;50(13):2289-97 Pulmonary metastasectomy for soft tissue sarcoma--report from a dual institution experience at the Medical University of Vienna.