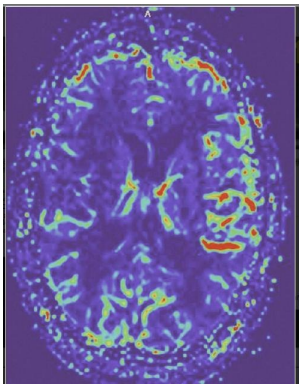
SIMULADO 2 · M.E 2 — SOI V

Diagnóstico por imagem · Anatomopatologia · Farmacologia | Semanas 10, 11, 12, 15, 16 e 17 | 50 questões

QUESTÃO 1 Semana 10 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Homem, 58 anos, submetido há 8 meses à ressecção parcial de glioma de alto grau temporal direito, seguida de radioterapia e quimioterapia. Retorna com cefaleia e discreta piora da hemiparesia esquerda. A RM convencional mostra área de realce na região tratada. Foi realizada a sequência de perfusão abaixo, que evidenciou **menor fluxo sanguíneo** na região temporal direita. Considerando o papel da RM no planejamento e controle do tratamento dos tumores intracranianos, assinale a interpretação correta.



A) O menor fluxo indica neovascularização intensa, favorecendo recidiva tumoral; nessa situação a TC é superior à RM

B) O achado de perfusão confirma o tipo histológico da recidiva e dispensa avaliação anatomopatológica

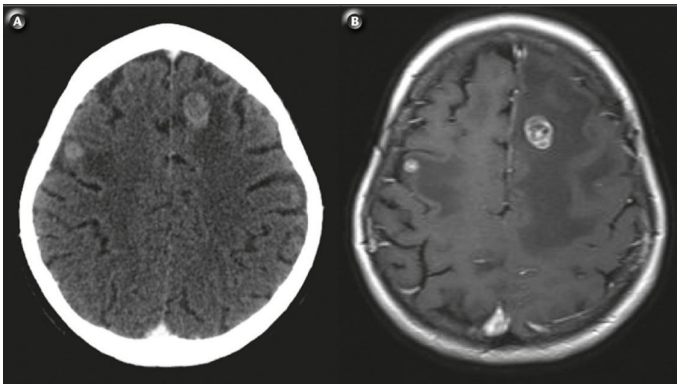
C) O menor fluxo indica ausência de neovascularização, favorecendo radionecrose; a RM, com técnicas funcionais (difusão, perfusão, espectroscopia), é o exame de escolha no controle do tratamento

D) A perfusão só é útil no diagnóstico inicial, não tendo papel no seguimento pós-radioterapia

GABARITO: C. A perfusão mostra neovascularização intratumoral e ajuda a diferenciar tumor recorrente de radionecrose: fluxo reduzido após químio/radioterapia indica ausência de neovascularização. A neuroimagem não estabelece diagnóstico histológico.

QUESTÃO 2 Semana 10 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 54 anos, em seguimento por carcinoma de mama, apresenta cefaleia há 3 semanas, náuseas matinais e crise focal motora no membro superior esquerdo. Ao exame, discreta paresia no MSE, sem febre. Foram realizadas TC de crânio com contraste (A) e RM em T1 pós-contraste (B). Assinale a alternativa que interpreta corretamente o caso.



A) Metástases: nódulos bilaterais com realce pós-contraste envoltos por extenso halo de edema; as metástases são a principal causa de neoplasia maligna intra-axial

B) Glioblastoma multicêntrico: lesões infiltrativas com necrose central que cruzam o corpo caloso, típicas de tumor primário

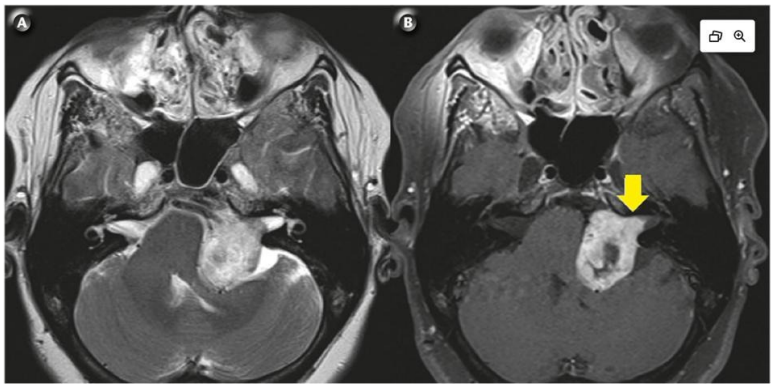
C) Meningiomas múltiplos: lesões extra-axiais de base dural, com cauda dural e hiperostose adjacente

D) Neurotoxoplasmose: lesões com realce anelar nos núcleos da base, típicas de imunossupressão grave

GABARITO: A. Antecedente de câncer de mama + nódulos múltiplos, bilaterais, com realce e edema peritumoral extenso = lesões secundárias. Podem ser únicas ou múltiplas, supra ou infratentoriais, com realce variável.

QUESTÃO 3 Semana 10 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Homem, 47 anos, com perda auditiva progressiva à esquerda há 2 anos e zumbido; nos últimos meses, desequilíbrio e cefaleia occipital. Exame: hipoacusia neurossensorial à esquerda e marcha discretamente instável. RM em T2 (A) e T1 pós-contraste (B) abaixo. a) Qual o diagnóstico? b) Qual o achado de imagem característico e qual achado ósseo, se presente, favoreceria meningioma?



Resposta:

GABARITO: **a) Schwannoma do nervo vestibulococlear** (vestibular). **b)** Massa no ângulo pontocerebelar que se insinua e **expande o meato acústico interno** (extensão intracanalicular), aqui com edema e compressão do IV ventrículo. A **hiperostose óssea** adjacente favoreceria meningioma.

QUESTÃO 4 Semana 10 · Farmacologia · Múltipla escolha

Mulher, 34 anos, com depressão grave de padrão melancólico e ideação suicida passiva, sem resposta a dois ISRS em doses adequadas. Refere também dor neuropática por neuralgia pós-herpética. O psiquiatra considera iniciar amitriptilina. Assinale a alternativa correta sobre esse fármaco nessa paciente.

A) É seletiva para o SERT e tem segurança em superdosagem semelhante à dos ISRS, podendo ser dispensada em grande quantidade

B) Seu efeito antidepressivo é imediato, pois o bloqueio da recaptação ocorre nas primeiras horas

C) Não tem utilidade na dor neuropática, pois atua apenas no sistema serotoninérgico

D) Bloqueia a recaptação de NA e 5-HT e os receptores M1, H1 e α1; tem índice terapêutico estreito (5 a 6 vezes a dose máxima pode ser letal), devendo ser dispensada em quantidades limitadas, com vigilância próxima

GABARITO: **D.** Tricíclico (amina terciária): útil na depressão grave e na dor neuropática (amitriptilina). A melhora do humor demora 2 semanas ou mais. Efeitos: boca seca, gosto metálico, ganho de peso, sedação, arritmia; agravam glaucoma e epilepsia.

QUESTÃO 5 Semana 10 · Farmacologia · Múltipla escolha

Homem, 66 anos, com depressão moderada, glaucoma e epilepsia controlada, refere ainda dor difusa crônica compatível com fibromialgia. Deseja um antidepressivo que também ajude na dor. Considerando o perfil de efeitos adversos, qual a melhor opção?

A) Imipramina

B) Duloxetina

C) Amitriptilina

D) Clomipramina

GABARITO: **B.** Duloxetina (IRSN) inibe a recaptação de 5-HT e NA e é indicada em depressão, dor neuropática e fibromialgia (efeitos: sudorese, hipertensão leve, insônia). Os tricíclicos agravam o glaucoma e a epilepsia.

QUESTÃO 6 Semana 10 · Farmacologia · Resposta curta

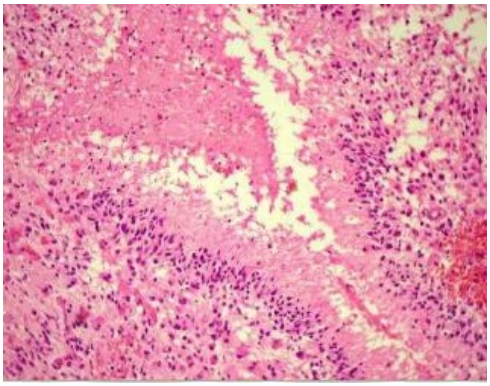
Mulher, 29 anos, em uso de paroxetina há 1 ano, interrompeu o medicamento por conta própria e, 2 dias depois, apresentou tontura, irritabilidade, insônia e mal-estar. Seu irmão, que usava fluoxetina, também suspendeu abruptamente e não teve sintomas. Explique a diferença com base na farmacocinética apresentada em aula.

Resposta:

GABARITO: A **paroxetina** é o ISRS com **maior risco de sintomas de retirada**. A **fluoxetina** tem meia-vida muito longa (2–4 dias) e metabólito ativo, a **norfluoxetina** (até ~2 semanas), que mantém níveis por mais tempo após a suspensão.

QUESTÃO 7 Semana 10 · Anatomopatologia · Resposta curta

Homem, 61 anos, com cefaleia progressiva há 6 semanas, alteração de comportamento, afasia e hemiparesia direita. RM: lesão expansiva infiltrativa frontoparietal esquerda, com realce heterogêneo, necrose central e edema extenso, cruzando o corpo caloso. A biópsia está representada abaixo. a) Qual a alteração histológica observada (área de necrose circundada por células tumorais alinhadas)? b) Qual o diagnóstico integrado e o perfil molecular esperado?



Resposta:

GABARITO: a) Necrose em pseudopaliçada. b) Glioblastoma, OMS grau 4, IDH-wildtype: histologia (necrose em pseudopaliçada + proliferação microvascular, alta celularidade, atipia e mitoses) + molecular (IDH selvagem, amplificação do EGFR, mutação do promotor do TERT, ganho do 7/perda do 10).

QUESTÃO 8 Semana 10 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Homem, 33 anos, com crises focais há 1 ano. RM: lesão infiltrativa frontal direita, sem realce significativo. Histologia: celularidade aumentada, células de morfologia astrocítica atípicas em fundo fibrilar, **sem** mitoses, proliferação microvascular ou necrose. Painel: **IDH mutado, perda de ATRX, alteração de TP53, sem codeleção 1p/19q**. Qual o diagnóstico integrado?

A) Oligodendroglioma IDH-mutante e 1p/19q-codeletado, grau 2

B) Glioblastoma IDH-wildtype, grau 4, pois a perda de ATRX define alto grau

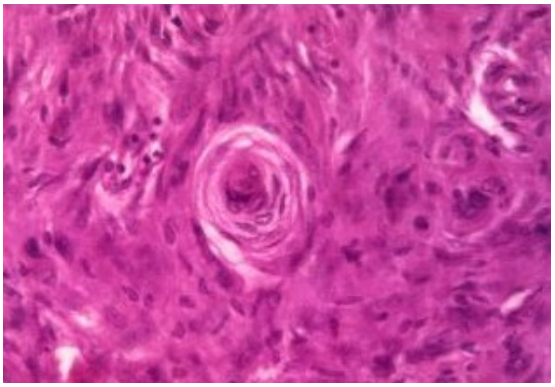
C) Astrocitoma difuso IDH-mutante, grau 2 da OMS

D) Ependimoma, pela presença de fundo fibrilar

GABARITO: C. IDH mutado + perda de ATRX (+ TP53) → linhagem astrocítica; a ausência de mitoses, proliferação vascular e necrose define o grau 2. O oligodendroglioma exige IDH mutado + codeleção 1p/19q (ATRX preservado); o GBM do adulto é IDH-wildtype.

QUESTÃO 9 Semana 10 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Mulher, 57 anos, com cefaleia crônica e primeira crise convulsiva. RM: massa extra-axial frontal aderida à dura-máter, com realce intenso e cauda dural, comprimindo o parênquima. Foi ressecada; um campo da lâmina está abaixo. Assinale a correta.



A) Meningioma: células meningoteliais (da aracnoide) dispostas em redemoinhos (whorls), relativamente uniformes, com corpos psamomatosos frequentes; crescimento geralmente lento

B) Oligodendroglioma: células em "ovo frito" com rede capilar em "galho de árvore"

C) Ependimoma: pseudorosetas perivasculares com zona anucleada ao redor dos vasos

D) Glioblastoma: necrose em pseudopaliçada e vasos glomeruloides em tumor intra-axial

GABARITO: **A.** O redemoinho celular é o achado-chave, junto com os corpos psamomatosos (calcificações concêntricas que costumam se formar nos redemoinhos). Subtipos: meningotelial, fibroblástico, transicional e psamomatoso.

QUESTÃO 10 Semana 11 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Mulher, 43 anos, com diagnóstico prévio de B24 sem tratamento, é trazida pela filha por rebaixamento progressivo da consciência há 5 dias, afasia de expressão e dificuldade para se alimentar; febre baixa; Glasgow 12. Foi realizada a TC de crânio abaixo. a) O exame foi realizado com ou sem contraste? Como identificar? b) Descreva as alterações e cite a hipótese diagnóstica.

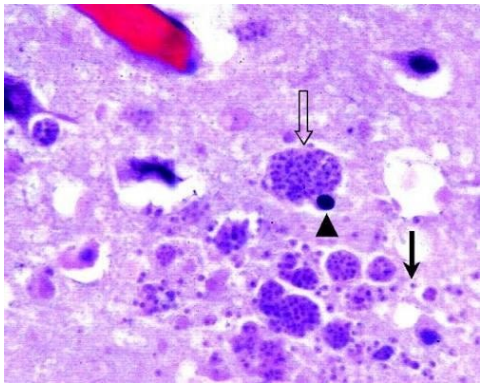


Resposta:

GABARITO: **a) Com contraste**: há realce dos vasos e dos seios venosos. **b)** Lesões múltiplas com **realce anelar**, hipodensidade/edema perilesional e efeito de massa → **neurotoxoplasmose**. A regressão na TC de controle após tratamento empírico confirma o diagnóstico (prova terapêutica).

QUESTÃO 11 Semana 11 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Homem, 38 anos, imunossuprimido, admitido com cefaleia progressiva, febre, alteração do estado mental e crise convulsiva, evoluindo com déficit focal. Há múltiplas lesões expansivas na junção córtico-subcortical, núcleos da base e tálamo, algumas com área central amarelada e friável, circundada por halo hemorrágico e glioso. Uma lesão foi biopsiada (imagem). Assinale a alternativa que descreve corretamente as alterações esperadas.



A) Necrose coagulativa com infiltrado predominantemente neutrofílico; apenas estruturas arredondadas com organismos agrupados, sem formas livres em nenhuma fase

B) Necrose liquefativa com infiltrado de macrófagos, linfócitos e plasmócitos; no tecido adjacente, formas parasitárias livres, alongadas e curvas, e estruturas arredondadas contendo numerosos organismos agrupados, preferencialmente próximas à necrose

C) Necrose liquefativa com infiltrado predominantemente eosinofílico; formas livres são incomuns mesmo na fase ativa

D) Necrose caseosa com inflamação granulomatosa e células gigantes; sem parasitas, dependendo o diagnóstico de cultura

GABARITO: **B.** Neurotoxoplasmose: necrose liquefativa, infiltrado mononuclear (macrófagos, linfócitos, plasmócitos), formas livres (taquizoítos) e cistos com organismos agrupados. Necrose caseosa e granulomas sugerem tuberculose.

QUESTÃO 12 Semana 11 · Farmacologia · Múltipla escolha

Homem, 26 anos, procedente de área rural, com 2 crises convulsivas focais no último mês. Imagem: cisto parenquimatoso com escólex (ponto excêntrico), outro cisto com realce anelar e edema e 3 calcificações puntiformes; sem sinais de hipertensão intracraniana. Qual a conduta farmacológica mais adequada?

A) Praziquantel isolado para todas as lesões, inclusive as calcificadas, sem corticoide

B) Apenas antiepiléptico, pois antiparasitários são contraindicados na fase coloidal

C) Sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico

D) Albendazol (± praziquantel) associado a corticoide e antiepiléptico; os cistos calcificados não são tratados com antiparasitário

GABARITO: D. Neurocisticercose: albendazol (liga-se à β-tubulina do parasita) ± praziquantel (↑ influxo de Ca^{2+} → paralisia espástica) + corticoide, porque a morte dos cistos intensifica a inflamação. Não tratar com antiparasitário cistos calcificados nem encefalite cisticercótica com HIC.

QUESTÃO 13 Semana 11 · Farmacologia · Múltipla escolha

Recém-nascido de 12 dias, nascido de parto vaginal, com febre, irritabilidade, recusa alimentar e fontanela abaulada. LCR turvo com predomínio de neutrófilos. Qual o esquema antibiótico empírico?

A) Ampicilina + cefotaxima ou gentamicina

B) Ceftriaxona + vancomicina

C) Ceftriaxona + vancomicina + ampicilina

D) Aciclovir isolado

GABARITO: A. No RN (< 1 mês) os agentes são S. agalactiae, E. coli e Listeria monocytogenes. Entre 1 mês e 50 anos: ceftriaxona/cefotaxima + vancomicina; > 50 anos/imunossuprimidos: acrescentar ampicilina.

QUESTÃO 14 Semana 11 · Farmacologia · Resposta curta

Estudante de 19 anos, morador de alojamento universitário, inicia febre alta, cefaleia, vômitos e rigidez de nuca, com petéquias que progridem em poucas horas. Gram do LCR: diplococos Gram-negativos em forma de "grão de café". a) Qual o agente e qual componente estrutural explica a intensa resposta inflamatória? b) Qual antibiótico, dose e duração indicados para adultos segundo a aula?

Resposta:

GABARITO: **a) Neisseria meningitidis** (meningococo): membrana externa rica em **LPS (endotoxina)**. **b) Ceftriaxona 2 g EV 12/12 h por 7 dias** (o meningococo é geralmente muito sensível à ceftriaxona).

QUESTÃO 15 Semana 11 · Farmacologia · Resposta curta

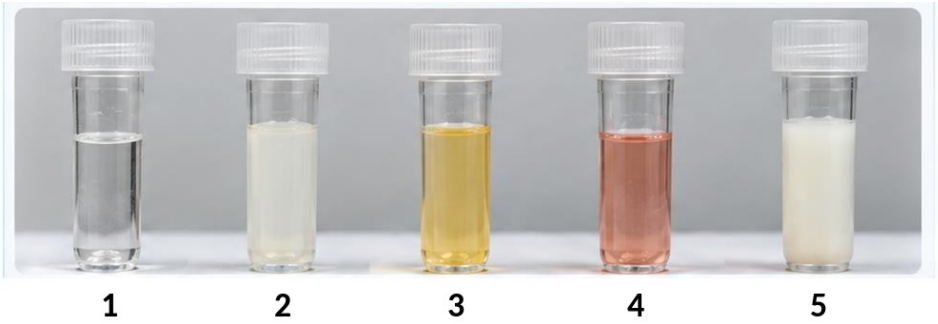
Adulto com suspeita de meningite bacteriana pneumocócica vai iniciar antibioticoterapia. Em que momento a dexametasona deve ser administrada, por que e por quanto tempo?

Resposta:

GABARITO: **Imediatamente antes ou junto com a 1ª dose do antibiótico**, porque a lise bacteriana pelos antibióticos piora o edema; controla o edema cerebral e a pressão intracraniana. Mantida por **4 dias**.

QUESTÃO 16 Semana 11 · Patologia clínica · Resposta curta

Cinco amostras de LCR após centrifugação, numeradas de 1 a 5. Um paciente com cefaleia súbita há 3 dias e suspeita de hemorragia subaracnoide tem sobrenadante igual ao do tubo 3. a) Como se denomina esse aspecto e o que ele indica? b) O que sugere uma amostra como a do tubo 5?

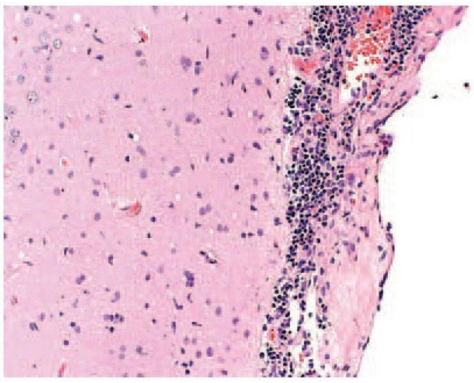


Resposta:

GABARITO: **a) Xantocromia**: sobrenadante amarelado pela presença de produtos de degradação da hemoglobina. **b) Purulento**: infecção bacteriana (↑ ↑ neutrófilos). (Tubo 1 = límpido/incolor, normal; 2 = turvo, ↑ células; 4 = hemorrágico, hemácias.)

QUESTÃO 17 Semana 11 · Patologia clínica / Anatomopatologia · Múltipla escolha

Criança, 4 anos, com febre e cefaleia há 5 dias e vômitos; Kernig e Brudzinski positivos, bom estado geral. LCR: límpido e incolor, 41 leucócitos (97% linfócitos), glicose 79 mg/dL, proteínas 92 mg/dL, lactato 2,5, Gram sem microrganismos. A imagem mostra a histopatologia de caso semelhante. Assinale a correta.



A) Meningite bacteriana: exsudato neutrofílico fibrinopurulento; a glicose preservada é típica

B) Meningite tuberculosa: o predomínio de linfócitos com glicose preservada confirma o diagnóstico

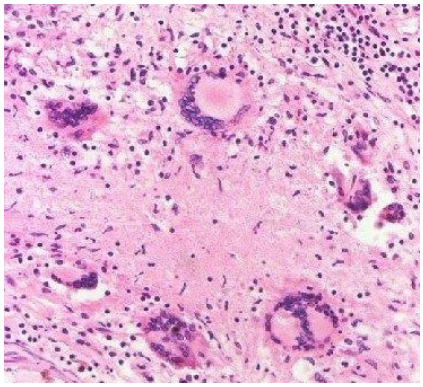
C) Meningite criptocócica: a tinta da China é o primeiro exame indicado

D) Meningite viral: infiltrado linfocitário leptomeníngeo e perivascular (podendo haver nódulos microgliais e neuronofagia na meningoencefalite); diagnóstico etiológico por PCR

GABARITO: D. Linfócitos + glicose preservada + Gram negativo → viral. Atenção: linfócitos com hipoglicorraquia sugerem TB ou fungo; no início de algumas meningites virais pode haver neutrófilos transitórios.

QUESTÃO 18 Semana 11 · Patologia clínica / Anatomopatologia · Múltipla escolha

Homem, 41 anos, etilista, com cefaleia há 4 semanas, febre vespertina, perda de peso, sonolência e diplopia por paralisia do VI par. LCR opalescente, 280 células (85% linfócitos), proteínas 310 mg/dL, relação glicose LCR/sangue 0,25 e cloreto reduzido. Biópsia meníngea abaixo. Assinale a correta.



A) Meningite viral, pois o predomínio linfocitário sempre indica etiologia viral

B) Meningite bacteriana aguda; Gram e cultura bastam e a histologia mostraria exsudato neutrofílico

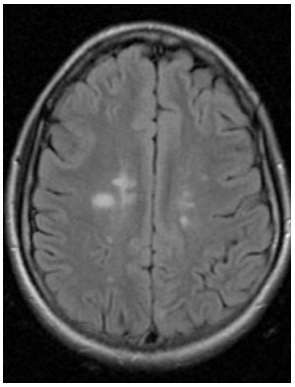
C) Meningite tuberculosa: granulomas com células epitelioides e células gigantes de Langhans (núcleos periféricos); confirmar por BAAR (Ziehl-Neelsen), cultura e teste molecular

D) Meningite criptocócica; as células gigantes contêm leveduras encapsuladas e o CrAg confirma

GABARITO: C. Curso subagudo + linfócitos + glicose ↓ + proteínas muito ↑ + cloreto ↓ = padrão tuberculoso; histologia granulomatosa com necrose caseosa. O padrão do LCR é parecido com o fúngico: decidem microbiologia e clínica.

QUESTÃO 19 Semana 12 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 27 anos, teve há 2 anos episódio de visão borrada e dor ocular à direita com melhora em semanas. Agora apresenta formigamento e dormência no hemicorpo esquerdo há 10 dias. RM de crânio na sequência FLAIR abaixo. Assinale a correta.



A) Focos hipointensos na substância cinzenta cortical, típicos de Guillain-Barré; a TC é o exame de escolha

B) Focos hiperintensos na substância branca, sugestivos de esclerose múltipla; a RM com contraste, incluindo a coluna (neuroeixo), é o exame de escolha

C) Lesões com realce anelar e edema, sugestivas de neurotoxoplasmose

D) Hipersinal nos lobos temporais mesiais e ínsula, sugestivo de encefalite herpética

GABARITO: **B.** EM: lesões disseminadas no espaço e no tempo; neurite óptica prévia + sintomas sensitivos. Melhor visualização em T2/FLAIR; a TC tem baixa sensibilidade. Diagnóstico inclui LCR (índice de IgG e bandas oligoclonais).

QUESTÃO 20 Semana 12 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

A mesma paciente realizou RM em T1 com contraste (abaixo). a) O que significa a captação de contraste por algumas lesões? b) Cite dois locais de predileção das placas.



Resposta:

GABARITO: **a) Lesão em atividade** (quebra da barreira hematoencefálica); o realce mede carga de lesões e progressão. **b)** Interface caloso-septal, substância branca periventricular, núcleos da base, tronco, cerebelo, região justacortical e medula.

QUESTÃO 21 Semana 12 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 31 anos, com esclerose múltipla há 4 anos, apresenta períodos intermitentes de sintomas com resolução completa entre as exacerbações. Qual a forma clínica e sua frequência aproximada?

A) Remitente-recorrente, cerca de 70% dos casos

B) Síndrome clinicamente isolada, cerca de 70% dos casos

C) Progressiva secundária, com deterioração da função basal desde o início

D) Progressiva primária, com pouca ou nenhuma remissão

GABARITO: **A.** SCI: déficit isolado com placa solitária (progressão incerta). Progressiva secundária: progressão a partir da remitente-recorrente. Progressiva primária: deterioração desde o diagnóstico.

QUESTÃO 22 Semana 12 · Diagnóstico por imagem / Clínica · Múltipla escolha

Homem, 35 anos, 10 dias após quadro diarreico, apresenta diplopia por oftalmoplegia, marcha atáxica e arreflexia global, **sem fraqueza** muscular. Qual variante da síndrome de Guillain-Barré e qual anticorpo está presente na maioria dos casos?

A) AIDP; anti-GQ1b

B) AMAN (axonal motora); anticorpos antimielina do SNC

C) Polineurite cranial; bandas oligoclonais

D) Síndrome de Miller Fisher; anti-GQ1b

GABARITO: D. Miller Fisher = ataxia + oftalmoplegia + arreflexia sem fraqueza, com anti-GQ1b. Outros subtipos: AIDP (desmielinizante), AMAN, AMSAN e polineurite cranial. Campylobacter jejuni é causa comum.

QUESTÃO 23 Semana 12 · Farmacologia · Múltipla escolha

Mulher, 28 anos, com EM remitente-recorrente em uso de teriflunomida 14 mg, deseja engravidar no próximo ano. Assinale a orientação correta.

A) A teriflunomida é anticorpo anti-CD52; seu principal risco é a autoimunidade tireoidiana tardia

B) A teriflunomida é moduladora do receptor S1P e exige ECG na primeira dose

C) A teriflunomida inibe a DHODH, reduzindo a síntese de pirimidinas em linfócitos ativados; tem risco fetal importante, deve-se evitar a gestação e existe procedimento de eliminação acelerada

D) Não há risco fetal, e o fármaco pode ser mantido durante toda a gestação

GABARITO: C. Monitorar também função hepática, hemograma, PA e neuropatia. Anti-CD52 = alentuzumabe; S1P = fingolimode.

QUESTÃO 24 Semana 12 · Farmacologia · Resposta curta

Paciente com EM altamente ativa recebeu alentuzumabe após avaliação especializada. Qual o mecanismo do fármaco, seu principal risco tardio e por quanto tempo pode ser necessário o monitoramento laboratorial?

Resposta:

GABARITO: Anticorpo **anti-CD52** → depleção de linfócitos T e B, seguida de repopulação. Risco: **autoimunidade tardia** (tireoide, citopenias), além de infecções e reações infusionais. Monitorar por **até 48 meses** após o último ciclo.

QUESTÃO 25 Semana 12 · Farmacologia · Múltipla escolha

Mulher, 30 anos, com EM em uso de betainterferona, apresenta neurite óptica com baixa visual importante há 3 dias (surto). Assinale a conduta e a interpretação corretas.

A) Imunoglobulina IV, que é a terapia de escolha no surto de EM

B) Metilprednisolona EV em alta dose: reduz a inflamação e encurta a recuperação do surto, mas não é terapia modificadora nem previne surtos futuros; monitorar glicemia, PA, humor e infecções

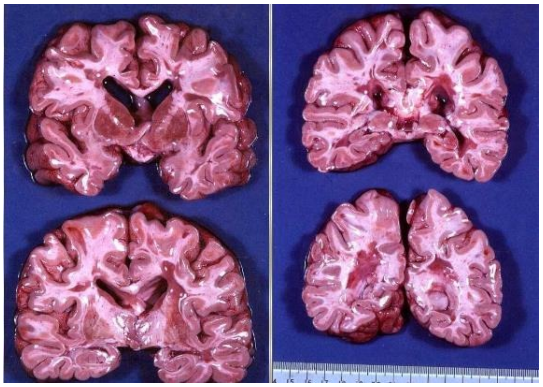
C) Suspender a betainterferona e iniciar prednisona oral contínua como terapia modificadora

D) Natalizumabe em dose única para tratar o surto agudo

GABARITO: **B.** Deve-se diferenciar a terapia modificadora (uso contínuo, ↓ surtos e atividade na RM) do tratamento do surto. IgIV/plasmaférese são o tratamento da SGB.

QUESTÃO 26 Semana 12 · Anatomopatologia · Resposta curta

Cérebro de mulher de 45 anos, com longa história de surtos neurológicos recorrentes e incapacidade progressiva, cortado a fresco no plano coronal. Descreva as lesões, sua localização preferencial e o diagnóstico.

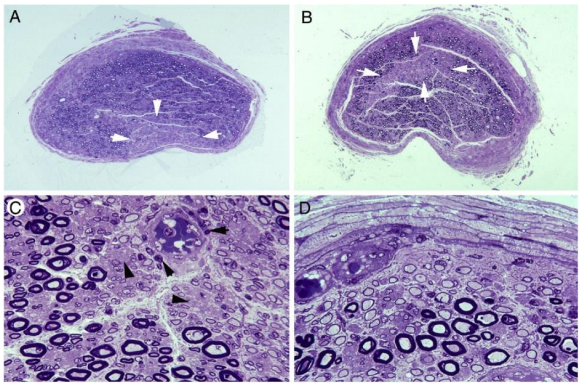


Resposta:

GABARITO: Placas de desmielinização **bem delimitadas, cinza-acastanhadas** (cor semelhante à do córtex e dos núcleos da base), de tamanhos variados, na substância branca, com preferência pela região **periventricular** (ângulo súpero-lateral dos ventrículos laterais) e face inferior do corpo caloso → **esclerose múltipla**.

QUESTÃO 27 Semana 12 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Homem, 52 anos, com fraqueza ascendente rapidamente progressiva 2 semanas após infecção respiratória, arreflexia e insuficiência respiratória, evoluindo a óbito. Cortes de raízes e nervos espinhais (A–D) abaixo. Assinale a correta.



A) Polirradiculoneuropatia desmielinizante (AIDP): edema endoneural, sobretudo subperineural, infiltrado mononuclear, bainhas de mielina finas e degeneração vacuolar, com axônios relativamente preservados na fase inicial e predomínio nas raízes

B) Placas desmielinizantes com perda de oligodendrócitos e gliose no SNC

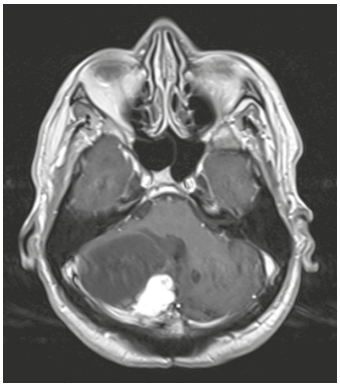
C) Degeneração walleriana primária com destruição axonal completa desde o início, sem inflamação

D) Inflamação granulomatosa com necrose caseosa nas raízes nervosas

GABARITO: **A.** SGB = SNP (célula de Schwann), desmielinização segmentar com macrófagos removendo mielina; degeneração axonal secundária nos casos graves. EM = SNC (oligodendrócito).

QUESTÃO 28 Semana 15 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Homem, 36 anos, com tontura progressiva, desequilíbrio para a direita, cefaleia occipital e vômitos matinais há 2 meses. Exame: dismetria à direita. RM em T1 pós-contraste abaixo. Qual a hipótese mais provável?



A) Schwannoma vestibular expandindo o meato acústico interno

B) Hemangioblastoma: lesão sólido-cística no hemisfério cerebelar, com realce intenso da porção sólida

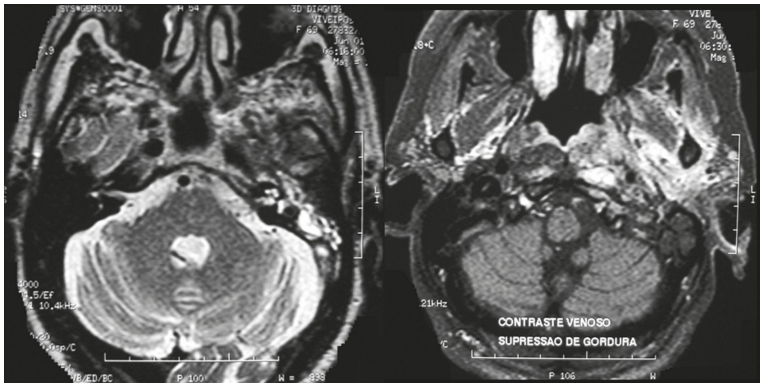
C) Meningioma de fossa posterior homogêneo, com cauda dural

D) Colesteatoma com erosão ossicular e fístula labiríntica

GABARITO: B. Neoplasias que podem causar tontura (artigo da aula): meningioma de fossa posterior, schwannoma, hemangioblastoma, tumor glômico (flow-voids), tumor do saco endolinfático (von Hippel-Lindau) e metástases.

QUESTÃO 29 Semana 15 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Homem, 68 anos, DM2 com mau controle glicêmico, apresenta otalgia intensa e otorreia à esquerda há 3 semanas, evoluindo com tontura e hipoacusia. RM em T2 (esquerda) e T1 pós-contraste (direita) abaixo. Qual o diagnóstico e o agente mais associado nesse contexto?

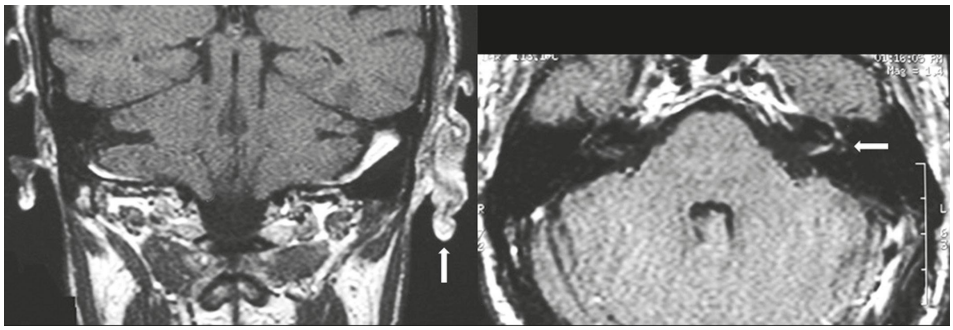


Resposta:

GABARITO: **Otomastoidite por Pseudomonas aeruginosa** em paciente com mau controle glicêmico, com acentuado comprometimento do labirinto e extensão do processo (inclusive para o espaço mastigatório).

QUESTÃO 30 Semana 15 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 55 anos, com dor auricular esquerda, vesículas no pavilhão, paralisia facial periférica ipsilateral, vertigem e hipoacusia. RM T1 coronal (A) e T1 pós-contraste axial (B). Assinale a correta.



A) Neurofibromatose tipo 2 com schwannomas vestibulares bilaterais

B) Cerebelite pelo vírus Epstein-Barr, com hipersinal cerebelar difuso

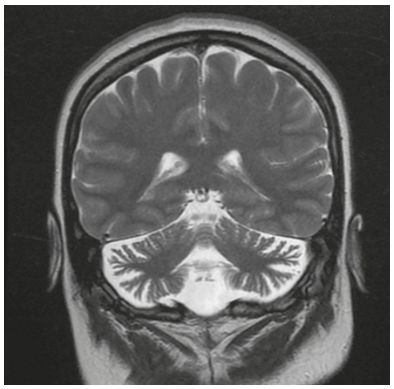
C) Deiscência do canal semicircular superior, vista no plano de Pöschl

D) Síndrome de Ramsay Hunt: aumento de partes moles do pavilhão auricular e realce dos nervos facial e vestibulococlear (e discreto do labirinto)

GABARITO: D. Causa inflamatória/infecciosa de tontura citada no artigo da aula, junto com otomastoidite, colesteatoma e cerebelite por EBV.

QUESTÃO 31 Semana 15 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Paciente de 18 anos, com epilepsia desde a infância e em uso de fenitoína desde os 5 anos, refere tontura, desequilíbrio e marcha instável. RM em T2, corte coronal. Qual o achado e a causa provável?

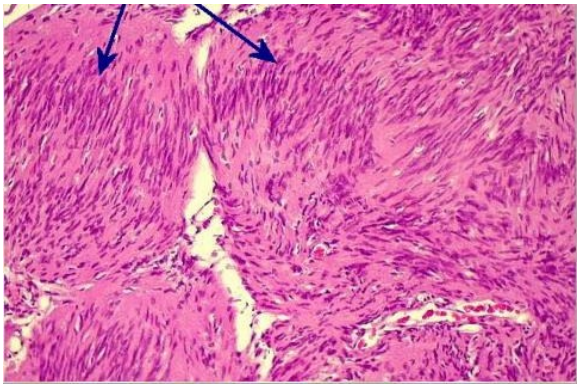


Resposta:

GABARITO: Atrofia cerebelar acentuada, desproporcional ao restante do parênquima encefálico, por **uso crônico de fenitoína**.

QUESTÃO 32 Semana 15 · Anatomopatologia · Resposta curta

Homem, 51 anos, com hipoacusia neurossensorial unilateral progressiva, zumbido e desequilíbrio. RM: massa no ângulo pontocerebelar com extensão ao meato acústico interno. Após ressecção, a histologia mostra o padrão abaixo (setas). a) Qual o diagnóstico? b) Descreva os achados histológicos característicos e os marcadores imuno-histoquímicos.



Resposta:

GABARITO: a) Schwannoma vestibular. b) Feixes de células fusiformes com **paliçadas nucleares** (setas), áreas **Antoni A** (hipercelulares) e **Antoni B** (hipocelulares, mixoides), **corpos de Verocay**; **S100 e SOX10** positivos. Macroscopia: massa circunscrita, encapsulada, esbranquiçada/amarelada, com áreas císticas e hemorrágicas.

QUESTÃO 33 Semana 15 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Criança, 6 anos, sem história de otites ou perfuração, com hipoacusia condutiva à direita. Otoscopia: massa esbranquiçada atrás de membrana timpânica íntegra. TC: material com densidade de partes moles na cavidade timpânica e erosão ossicular. Assinale a correta.

A) Colesteatoma adquirido: decorre obrigatoriamente de perfuração timpânica prévia e migração epitelial

B) Schwannoma vestibular: neoplasia de células de Schwann com hipoacusia condutiva

C) Colesteatoma congênito: origina-se de remanescentes epiteliais do desenvolvimento, atrás de membrana íntegra; histologia com epitélio escamoso queratinizante, queratina lamelar e perimatriz inflamada

D) Achado normal: a orelha média é revestida por epitélio escamoso queratinizado

GABARITO: C. A mucosa normal da orelha média tem epitélio simples pavimentoso/cúbico baixo; epitélio queratinizante ali é anormal. Complicações: erosão ossicular, fístula labiríntica, paralisia facial, infecções intracranianas.

QUESTÃO 34 Semana 15 · Farmacologia · Múltipla escolha

Mulher, 48 anos, com crises recorrentes de vertigem intensa durando horas, zumbido, plenitude auricular e perda auditiva flutuante à esquerda. Qual o tratamento de manutenção discutido em aula?

A) Betaistina (agonista H1 / antagonista H3, melhora a circulação labiríntica) e diuréticos (hidroclorotiazida ± triantereno; acetazolamida em casos selecionados)

B) Meclizina contínua por meses, por corrigir a causa da doença

C) Manobra de Epley, que reposiciona as otocônias

D) Diazepam contínuo como primeira escolha

GABARITO: A. Doença de Ménière = excesso idiopático de endolinfa; os diuréticos visam reduzir a retenção de sódio e água no ouvido interno. A manobra de reposição é o tratamento causal da VPPB.

QUESTÃO 35 Semana 15 · Farmacologia · Múltipla escolha

Homem, 70 anos, asmático, com glaucoma de ângulo aberto, em uso de amitriptilina para dor neuropática; a PIO segue elevada apesar da latanoprosta. Assinale a alternativa correta sobre as opções de associação.

A) A latanoprosta reduz a produção de humor aquoso e é a principal causa de broncoespasmo

B) O timolol deve ser evitado pela asma (broncoespasmo), e a brimonidina, segundo a aula, é contraindicada com antidepressivos tricíclicos

C) A acetazolamida aumenta a drenagem uveoescleral e é a 1ª linha no glaucoma crônico

D) A brimonidina aumenta a produção de humor aquoso

GABARITO: B. Prostaglandinas (1ª linha) ↑ drenagem uveoescleral; betabloqueadores (2ª) ↓ produção; α2-agonistas (3ª) ↓ produção e ↑ drenagem; inibidores da anidrase carbônica (4ª) ↓ produção (acetazolamida: acidose metabólica, parestesia).

QUESTÃO 36 Semana 15 · Farmacologia · Resposta curta

Paciente chega ao pronto-atendimento com vertigem aguda intensa, náuseas e vômitos. Foi prescrita difenidramina. a) Por que ela "desliga" mais o circuito vestibular que a meclizina e qual efeito adverso é mais marcante? b) Por que os anti-H1 de 1ª geração são preferidos aos benzodiazepínicos nesse cenário?

Resposta:

GABARITO: a) Bloqueio H1 central mais intenso + **importante ação antimuscarínica** (o sistema vestibular usa muita transmissão colinérgica); é altamente lipofílica e atravessa a BHE → **mais sedação**. **b)** Melhor relação benefício-risco, sobretudo com náuseas e vômitos.

QUESTÃO 37 Semana 16 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Homem, 46 anos, IMC 34, DM2 e hipertrigliceridemia, com ALT discretamente elevada e sem etilismo. USG abaixo (lobo direito do fígado e rim direito). a) Qual o achado? b) Qual critério comparativo foi usado e qual situação pode mascarar uma esteatose leve?



Resposta:

GABARITO: a) Fígado **hiperecogênico**, com o córtex renal relativamente hipoecoico → **esteatose hepática**. **b)** Comparação fígado × córtex renal (normalmente semelhantes); na **DRC concomitante** a esteatose leve pode passar despercebida (compara-se então com o baço).

QUESTÃO 38 Semana 16 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Paciente com síndrome metabólica realiza USG: ecogenicidade hepática acentuadamente aumentada, sem visualização das paredes dos vasos e do diafragma. Como se gradua essa esteatose?

A) Leve
B) Moderada
C) Não é possível graduar pela USG
D) Grave

GABARITO: **D.** Leve: ecogenicidade discretamente ↑, vasos e diafragma preservados. Moderada: atenuação parcial das margens vasculares e do diafragma. Grave: ecogenicidade marcada, sem visualização dos vasos e do diafragma.

QUESTÃO 39 Semana 16 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 52 anos, obesa, realiza TC de abdome sem contraste por cólica renal. Atenuação hepática: 34 UH; esplênica: 52 UH. Assinale a correta.

A) Sugere esteatose moderada a grave (≥ 30%), pois o fígado tem < 40 UH e é mais de 10 UH menos denso que o baço
B) É normal, pois o fígado deve ser sempre menos denso que o baço
C) A TC com contraste seria mais preditiva do que a TC sem contraste para confirmar a esteatose
D) A esteatose só é diagnosticada se o fígado tiver atenuação negativa

GABARITO: **A.** Desvantagens da TC: radiação ionizante, menor sensibilidade para esteatose leve e baixa acurácia com contraste (depende do protocolo e do tempo).

QUESTÃO 40 Semana 16 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Por que a RM é considerada o método mais sensível para esteatose hepática, mas não o mais utilizado? Cite a sequência e o achado que indicam esteatose e o que ocorre quando a infiltração ultrapassa 50%.

Resposta:

GABARITO: Imagens **em fase e fora de fase**: **queda de sinal no fora de fase** (perda > 10% é altamente específica); quantificação por espectroscopia/Dixon/PDFF. Não é a mais usada por **custo e disponibilidade** (a USG é a mais usada). A perda máxima ocorre com 50% de gordura; acima disso, o OOP fica **paradoxalmente menos hipointenso**.

QUESTÃO 41 Semana 16 · Farmacologia · Múltipla escolha

Homem, 58 anos, DM2, IMC 36, IAM há 1 ano, em uso de metformina 2 g/dia; HbA1c 8,4%, TFG 75 mL/min. Deseja perder peso. Assinale a melhor associação e sua justificativa.

A) Glibenclamida, por promover perda de peso e proteção cardiovascular

B) Pioglitazona, por reduzir o peso e melhorar a insuficiência cardíaca

C) Semaglutida (agonista GLP-1): estimula insulina de forma glicose-dependente, reduz glucagon, retarda o esvaziamento gástrico e aumenta a saciedade; reduz peso e tem benefício cardiovascular

D) Sitagliptina, por reduzir mais a HbA1c que os agonistas GLP-1

GABARITO: C. aGLP-1: efeitos GI, pancreatite rara, colelitíase. Sulfonilureias causam ganho de peso e hipoglicemia; pioglitazona causa edema, ganho de peso e piora a IC; iDPP-4 têm efeito moderado (↓ HbA1c 0,5–0,8).

QUESTÃO 42 Semana 16 · Farmacologia · Múltipla escolha

Mulher, 63 anos, DM2 e insuficiência cardíaca com dispneia e edema de membros inferiores, em uso de metformina. Qual fármaco deve ser evitado e por quê?

A) Empagliflozina, por piorar a insuficiência cardíaca

B) Pioglitazona, agonista PPAR-γ que causa edema, ganho de peso e pode agravar a insuficiência cardíaca

C) Metformina, por estimular a secreção de insulina

D) Semaglutida, por causar retenção hídrica

GABARITO: B. Os iSGLT2 têm benefício cardiorrenal e na IC (glicosúria e natriurese, independentes de insulina).

QUESTÃO 43 Semana 16 · Farmacologia · Resposta curta

Paciente de 68 anos, atendido no SUS, com DM2 há 6 anos e doença cardiovascular, em uso de metformina + gliclazida, com HbA1c 8,6%. Segundo o fluxo apresentado em aula, qual o próximo passo? Em que situação a insulina deve ser iniciada em qualquer momento?

Resposta:

GABARITO: Acrescentar **dapagliflozina** (critérios do PCDT: DCV e ≥ 65 anos); depois, insulina. Fluxo: metformina + estilo de vida → sulfonilureia → dapagliflozina → insulina. **Sinais de insulinopenia** (poliúria, polidipsia, perda de peso) → insulina em qualquer momento.

QUESTÃO 44 Semana 16 · Patologia clínica · Múltipla escolha

Homem, 30 anos, IMC 29, pai com DM2, sedentário e assintomático. Glicemia de jejum 96 mg/dL e HbA1c 5,4%. Assinale a correta.

A) O rastreamento estava indicado (< 35 anos com excesso de peso + ≥ 1 fator de risco); como os exames são normais, repetir em 3 anos (ou em 1 ano se ≥ 3 fatores de risco)

B) O rastreamento só é indicado a partir dos 45 anos

C) Os resultados configuram pré-diabetes

D) É obrigatório repetir os exames em 6 meses

GABARITO: A. Rastreio de DM2: ≥ 35 anos, ou < 35 anos com excesso de peso + ≥ 1 fator de risco, ou FINDRISC alto. Normal: GJ < 100 e HbA1c < 5,7%.

QUESTÃO 45 Semana 17 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Homem, 67 anos, DM2 há 20 anos com neuropatia, apresenta aumento de volume do 3º pododáctilo (“dedo em salsicha”) e úlcera na face lateroplantar da articulação interfalângica distal. Radiografia e RM (T2 FS, T1 FS com gadolínio, T1) abaixo. Identifique os dois processos indicados pela seta fina e pela seta espessa e diferencie-os.

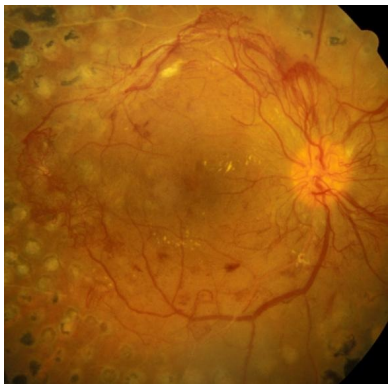


Resposta:

GABARITO: **Seta fina — osteomielite**: erosão na face lateral da IFD e da falange média, **em continuidade com a úlcera**. **Seta espessa — neuro-osteoartropatia de Charcot**: fragmentação na cabeça do metatarso/MTF, com edema e realce, **sem continuidade com a úlcera**.

QUESTÃO 46 Semana 17 · Diagnóstico por imagem · Múltipla escolha

Mulher, 59 anos, DM2 há 18 anos, mal controlada, com “moscas volantes” e piora visual em OD. Retinografia abaixo. Assinale a correta.



A) Retinopatia não proliferativa leve, com microaneurismas isolados e baixo risco visual

B) Retinopatia diabética proliferativa: neovascularização (vasos finos, tortuosos e anômalos), com risco de hemorragia vítrea e descolamento tracional

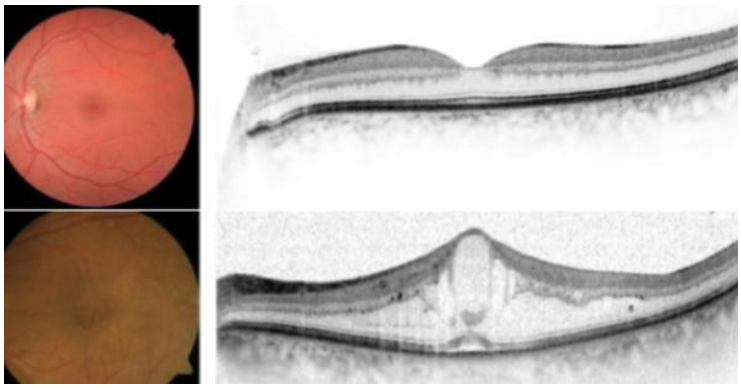
C) Edema macular isolado, sem alterações vasculares

D) Fundo de olho normal

GABARITO: B. RDNP: microaneurismas (1° sinal), hemorragias, exsudatos duros, manchas algodonosas, IRMA e veias em rosário. RDP: neovascularização do disco/retina, hemorragia vítrea, descolamento tracional. Tratamento: fotocoagulação ou anti-VEGF.

QUESTÃO 47 Semana 17 · Diagnóstico por imagem · Resposta curta

Paciente com DM2 refere baixa visual central progressiva. Retinografia e OCT abaixo (painel superior = normal; inferior = paciente). Qual o diagnóstico e sua importância clínica?



Resposta:

GABARITO: **Edema macular diabético**: espessamento retiniano na mácula (OCT), com exsudatos duros em anel ao redor da fóvea. Pode ocorrer em qualquer estágio e é o principal responsável pela baixa visual na RDNP.

QUESTÃO 48 Semana 17 · Farmacologia · Múltipla escolha

Paciente de 65 anos, DM2 há 15 anos, 82 kg, em uso de metformina 2 g/dia, gliclazida 120 mg/dia, empagliflozina 25 mg/dia e linagliptina 5 mg/dia; HbA1c 9,6% e TFG 62. Qual a conduta?

A) Suspender todos os orais e iniciar basal-bolus com 1 U/kg/dia

B) Acrescentar glibenclamida à gliclazida para potencializar a secreção de insulina

C) Manter o esquema e reavaliar em 6 meses

D) Falha da terapia oral máxima: iniciar insulina basal (10 U/dia ou 0,1–0,2 U/kg/dia, NPH ao deitar ou glargina), manter metformina e iSGLT2, titular pela glicemia de jejum e reavaliar o secretagogo

GABARITO: **D.** Insulina é indicada em descompensação importante, sintomas catabólicos ou falha terapêutica. Reavalia-se a sulfonilureia pelo risco de hipoglicemia (insulina e secretagogos são as principais causas medicamentosas).

QUESTÃO 49 Semana 17 · Patologia clínica · Resposta curta

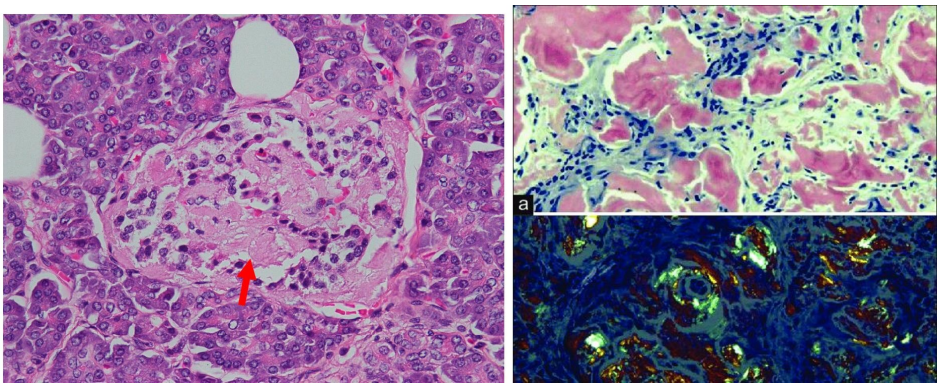
a) Adolescente com DM1 em cetoacidose apresenta acidose grave, mas a fita urinária mostra cetonúria apenas "+". Explique. b) Paciente com DM2 tem relação albumina/creatinina urinária de 120 mg/g. Como se classifica e como confirmar?

Resposta:

GABARITO: **a)** A fita usa **nitroprussiato**, que detecta acetoacetato (e acetona), mas **não o β-hidroxibutirato**, o corpo cetônico predominante na CAD → subestima a cetose; o ideal é dosar o β-hidroxibutirato sérico. **b) Albuminúria moderadamente aumentada (A2**, 30–300 mg/g; antiga "microalbuminúria"): confirmar em 2 de 3 amostras em 3–6 meses (exercício, febre, ITU e descompensação dão falso-positivo).

QUESTÃO 50 Semana 17 · Anatomopatologia · Múltipla escolha

Mulher, 64 anos, com obesidade abdominal, HAS e DM2 há 12 anos, com necessidade progressiva de medicamentos. Na necropsia, a ilhota pancreática foi avaliada em HE (à esquerda) e por vermelho Congo em campo claro e sob luz polarizada (à direita, acima e abaixo). Assinale a correta.



A) Depósito de amiloide de amilina (IAPP): material extracelular eosinofílico e amorfo; vermelho-alaranjado no Congo, com birrefringência verde-maçã; os oligômeros tóxicos se associam à disfunção e perda de células β

B) Insulite com infiltrado de linfócitos T CD8, típica do DM1

C) Acúmulo intracelular de glicogênio nas células β, típico do DM1

D) Fibrose sem significado clínico, pois o amiloide é exclusivo de todos os casos de DM2

GABARITO: **A.** Amilina é cossecretada com a insulina; no DM2 agrega-se em monômeros → oligômeros → fibrilas extracelulares. A deposição é frequente e característica, mas não universal nem exclusiva do DM2.