

# RESIDÊNCIA MÉDICA

## 2024

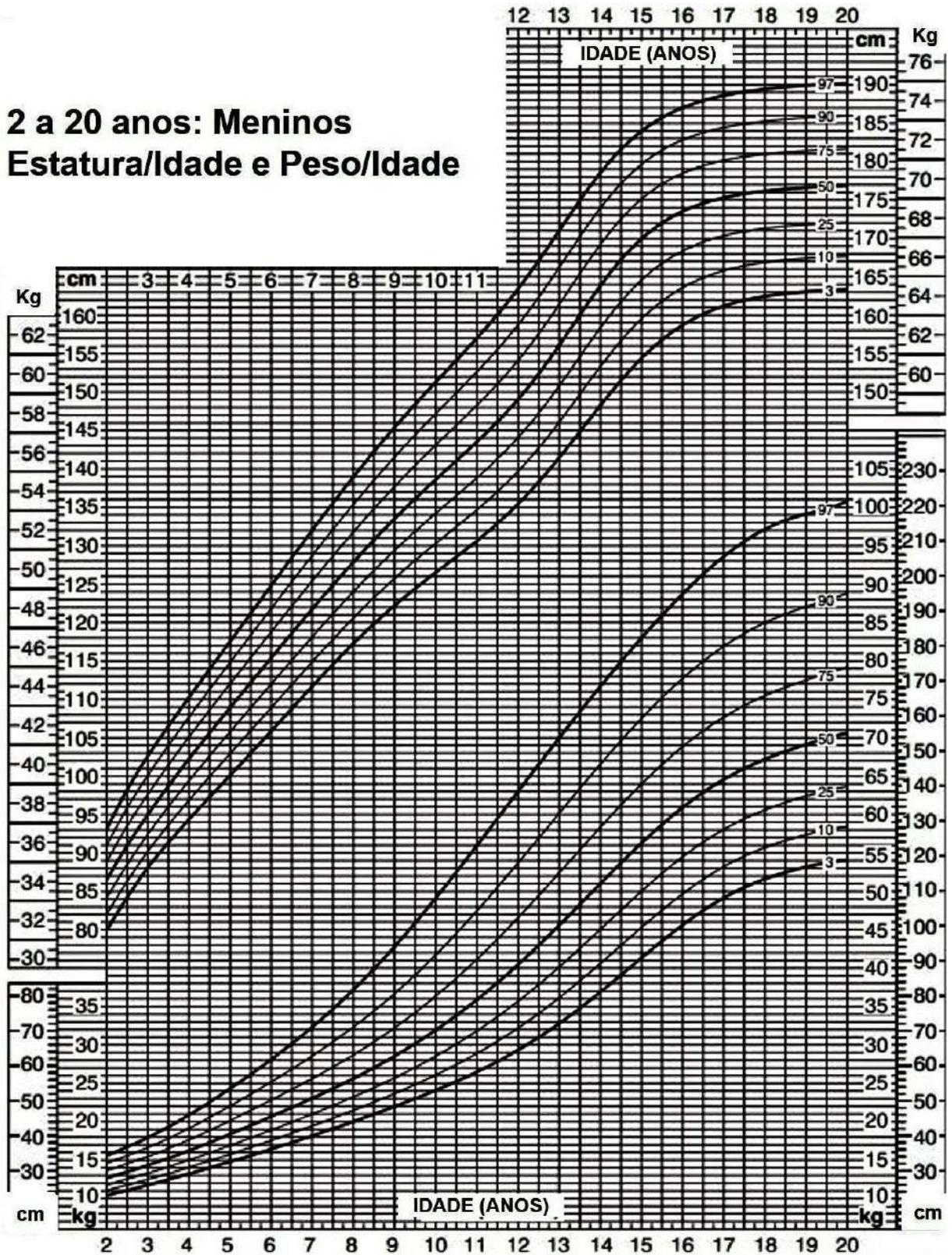
UFRJ INCA

### PROVA DE PEDIATRIA

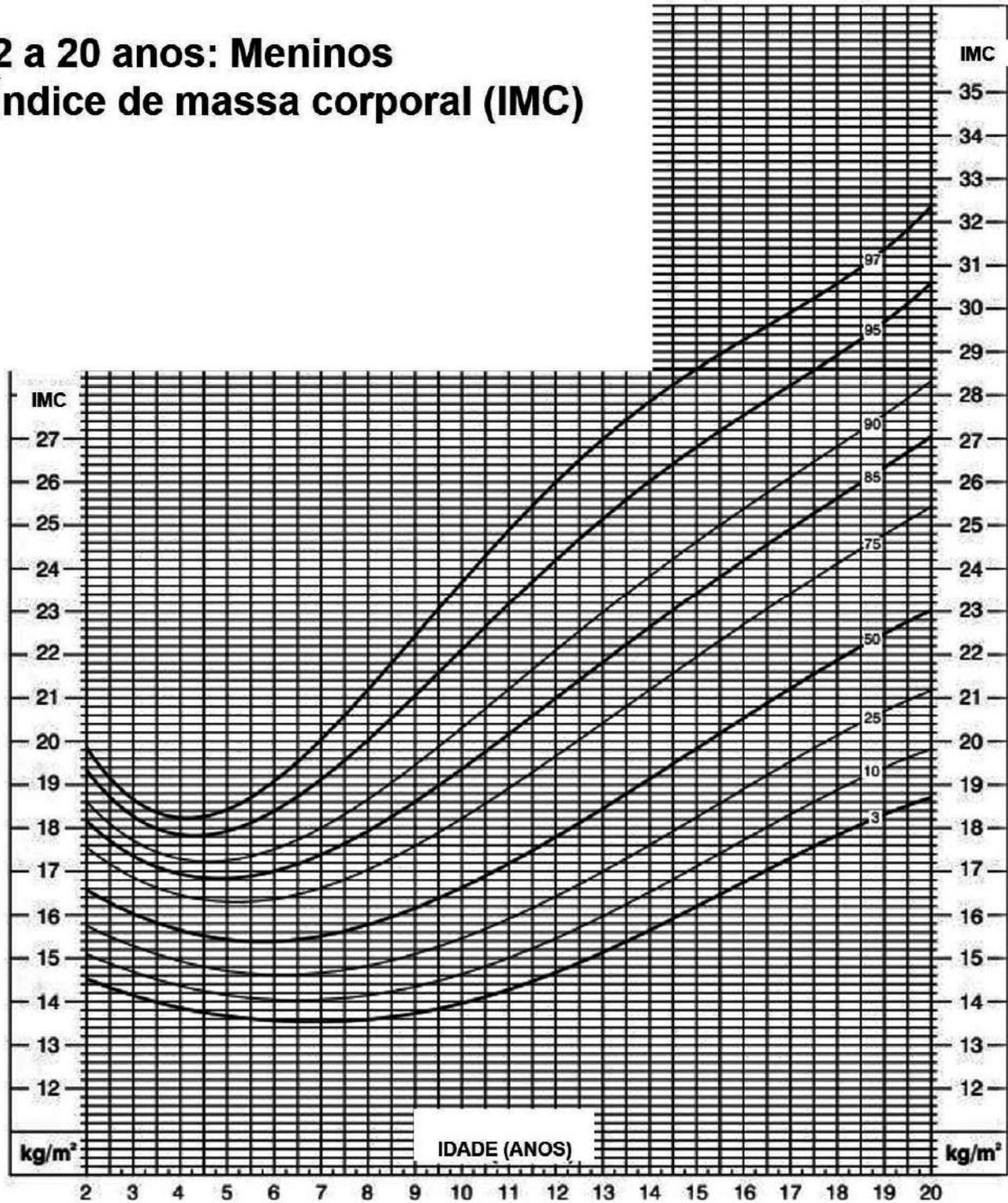
### INSTRUÇÕES

1. Verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** e o seu **NOME** coincidem com os impressos na **FOLHA DE RESPOSTAS**.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Pediátrica.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:00h às 11:00h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, 12 (doze) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar-se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

Atente para as duas curvas de crescimento, a seguir, que podem ser utilizadas para auxiliar na interpretação de dados antropométricos sempre que julgar necessário.



**2 a 20 anos: Meninos**  
**Índice de massa corporal (IMC)**



**1. Menina, 1 ano, é trazida pela mãe ao setor de emergência. Relata que a criança estava sob a guarda da vizinha, enquanto ela trabalhava. Há cerca de 2 horas, apresentou choro incontrollável (com períodos de acalmia) e sangramento por via retal, o que preocupou a responsável. Exame físico: hipocorada (2+/4+); taquicárdica; desidratada (+/4+); abdome flácido, indolor e com massa palpável de consistência elástica, no hipocôndrio direito. Pode-se afirmar que a etiologia mais provável e o melhor método diagnóstico a ser solicitado é:**

- a) prolapso retal / exame parasitológico de fezes
- b) invaginação intestinal / ultrassonografia abdominal
- c) maus tratos / tomografia computadorizada de abdome
- d) adenocarcinoma de cólon / colonoscopia

**2. Menino, 11 anos, é admitido por queixa de cefaleia de forte intensidade de início há 2 meses, em aperto, na região occipital. Há relato que a cefaleia vem aumentando progressivamente de frequência e que não melhora com analgésicos, podendo durar até mais de 6 horas, frequentemente de madrugada. Nega febre associada. No momento, apresenta vômitos e dificuldade de ficar de pé. Exame físico: atáxico e com dismetria; reflexos profundos e força muscular sem anormalidades; paralisia do sexto par craniano, bilateralmente; sem rigidez nuca; sinais de *Kernig* e *Brudzinski* negativos. Pode-se afirmar que o principal diagnóstico sindrômico e a mais provável causa da síndrome algica são:**

- a) enxaqueca basilar / inflamatória
- b) processo expansivo intracraniano / glioglioma
- c) processo expansivo intracraniano / astrocitoma pilocítico
- d) infecção meníngea / meningite meningocócica

**3. Menino, 14 anos, habitualmente, durante os dias da semana, deita-se às 23:30 horas e acorda às 06:00 horas. Nos fins de semana, dorme de 01:00 hora às 13:00 horas. Pode-se afirmar que a melhor**

**recomendação, quanto ao seu tempo de sono é:**

- a) manter tempo de sono no final de semana igual ao que ele já segue nos 5 dias de semana
- b) não alterar tempo de sono em nada, pois ele compensa nos finais de semana
- c) aumentar tempo de sono para 10-13 horas/noite, igualmente, nos sete dias da semana
- d) aumentar tempo de sono para 8-10 horas/noite, igualmente, nos sete dias da semana

**4. Em uma criança submetida ao teste do pezinho, encontrou-se hemoglobina S. Com 1 ano de idade, pode-se afirmar que o exame adequado para diagnosticar ou afastar uma hemoglobinopatia é:**

- a) eletroforese de proteínas
- b) eletroforese de hemoglobinas
- c) imunoeletroforese
- d) imunofenotipagem para anemia hereditárias

**5. Menina, 4 anos, apresenta quadro de movimentação ocular anormal e “sustos” com 2 meses de evolução. Mãe refere que ela vem apresentando movimentação ocular multidirecional associada a movimentos bruscos de membros superiores e tronco. Ausência de antecedentes patológicos relevantes. Exame físico: regular estado geral; hipocorada (2+/4+); hidratada; anictérica; acianótica; ausculta respiratória normal; frequência respiratória (FR) = 24irpm; ritmo cardíaco regular (RCR) em 2 tempos (2T), sem sopros; frequência cardíaca (FC) = 93bpm; pressão arterial sistêmica (PA) = 90 x 65mmHg; abdome distendido, indolor, fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito, baço impalpável, presença de massa palpável em flanco esquerdo, endurecida e de limites imprecisos; ataxia cerebelar e movimentos oculares rápidos e irregulares; mioclonia de tronco. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) tumor de *Wilms*
- b) feocromocitoma
- c) adenocarcinoma de adrenal
- d) neuroblastoma

**6. A proteinose alveolar congênita é uma doença familiar rara que se manifesta como síndrome do desconforto respiratório grave e letal em recém-nascidos (RNs) próximos do termo e a termo. Pode-se afirmar que é característico desta doença a deficiência congênita, no surfactante, de:**

- a) proteína D
- b) proteína B
- c) fosfatidilglicerol
- d) esfingomiéline

**7. Menino, prematuro, 36 semanas de idade gestacional, nasce de parto cesáreo com 1.330g, filho de hipertensa grave. Desenvolve desconforto respiratório leve, sem necessidade de suporte ventilatório invasivo ou oxigenoterapia. Pode-se afirmar que a conduta mais adequada quanto à avaliação oftalmológica, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é:**

- a) na quarta semana de vida pelo oftalmologista
- b) nas primeiras 72 horas de vida com teste do reflexo vermelho pelo pediatra
- c) na quarta semana de vida com teste do reflexo vermelho pelo pediatra
- d) nas primeiras 72 horas de vida ou na alta da maternidade pelo oftalmologista

**8. Menino, 1 ano, nascido a termo de 38 semanas, com peso ao nascimento = 2.400g, apresenta no exame físico palidez cutânea mucosa. Pode-se afirmar, considerando a principal hipótese diagnóstica como anemia ferropriva, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, que:**

- a) a profilaxia preconizada para esta criança deveria ter sido iniciada aos 30 dias de vida com 1mg de ferro elementar/kg/dia
- b) o mínimo de exames recomendados para o diagnóstico deve ser hemograma, ferritina sérica e proteína C reativa
- c) a efetividade do tratamento deve ser avaliada com hemograma e reticulócitos, após 15 dias do início do tratamento
- d) o tratamento preconizado deve ser com 3 a 6mg de ferro elementar/kg/dia, fracionado ou em dose única, por 6 semanas

**9. Menina, 7 meses, há pouco mais de um mês, teve um quadro de bronquiólite por vírus sincicial respiratório que necessitou de internação hospitalar, por 3 dias, para oxigenoterapia. Evoluiu sem complicações, mas apresenta tosse seca persistente, sem sibilos desde a alta. Radiografia do tórax: hipertransparência difusa em pulmão esquerdo com discreto desvio do mediastino para a direita. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) síndrome de *Swyer-James*
- b) enfisema lobar congênito
- c) asma brônquica
- d) bronquiólite obliterante

**10. Pode-se afirmar, em relação a uma criança de 10 anos com quilotórax, que:**

- a) os sinais e sintomas são os mesmos de um derrame pleural de tamanho semelhante
- b) o líquido pleural decorrente de linfa ou quilo é irritante e costuma provocar dor pleurítica intensa
- c) na maioria dos casos, o aumento do líquido é súbito, com dispneia, hipotensão arterial sistêmica e hipóxia
- d) o derrame geralmente é bilateral, mas quando unilateral, mais frequentemente ocorre à esquerda

**11. Menina, 15 meses, é encaminhada ao ambulatório de pediatria por atraso do crescimento e desenvolvimento. Não constam informações de pré-natal. As curvas de peso e comprimento encontram-se abaixo do escore-z -2. Há atraso das condutas motoras, pessoais-sociais e de comunicação. Exame físico: fronte olímpica; não segue o estímulo visual por cicatriz em córnea; ausência de reflexo cócleo-palpebral e criança não se vira ao som; fissuras periorais e dentes malformados; tibia em sabre; alargamento da junção esternoclavicular; artrite indolor de punho e joelhos. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) raquitismo
- b) sífilis congênita
- c) citomegalovirose congênita
- d) escorbuto

12. Menino, 10 meses, apresenta infecções respiratórias virais repetidas sem complicações bacterianas desde que passou a frequentar creche aos 6 meses de vida. Exame físico normal; crescimento e desenvolvimento normais. Dosagem de imunoglobulinas (Ig): IgA = 7mg/dL (padrão = 10 mg/dL); IgM 35mg/dL (padrão = 10 mg/dL) e IgG 154mg/dL (< percentil 3). Contagem de linfócitos B: normal. Pode-se afirmar que o exame complementar a ser solicitado e a hipótese diagnóstica mais provável são:

- a) dosagem de isohemaglutininas / imunodeficiência comum variável
- b) dosagem de isohemaglutininas / hipogamaglobulinemia transitória da infância
- c) avaliação de resposta vacinal / imunodeficiência comum variável
- d) avaliação de resposta vacinal / hipogamaglobulinemia transitória da infância

13. Adolescente, assintomático, foi submetido a investigação de doença celíaca após diagnóstico desta doença no irmão de 2 anos. Sua sorologia foi positiva para doença celíaca e a biopsia intestinal com histologia foi normal. Pode-se afirmar que a doença celíaca deste paciente é classificada, de acordo com o espectro clínico, como:

- a) silente
- b) latente
- c) potencial
- d) sintomática

14. Menino, 3 anos, previamente hígido, está com febre, vômitos e irritabilidade há 3 dias. Desde ontem, apresenta diarreia líquida com presença de sangue vivo, além de oligúria e edema periorbitário. Exame físico: regular estado geral; hipocorado (1+/4+); desidratado (1+/4+); anictérico; acianótico; FC = 140bpm; FR = 40irpm; PA = 130 x 90mmHg; sem lesões de pele; edema periorbitário bilateral. Elementos anormais e sedimentoscopia (EAS): hematúria e proteinúria. Pode-se afirmar que o resultado esperado, nos exames laboratoriais para este menino, é:

- a) teste de *Coombs* positivo
- b) plaquetometria elevada
- c) anemia
- d) leucopenia

15. Menino, 6 anos, apresenta coriza, tosse, espirros e febre baixa há 10 dias. Há 3 dias, a febre aumentou (> 38,5°C), surgiu descarga nasal purulenta, intensificação da tosse e dor à digitopressão do seio maxilar bilateralmente. Pode-se afirmar a antibioticoterapia deve contemplar a cobertura de *Streptococcus*:

- a) *pneumoniae*; *Haemophilus influenza* e *Moraxella catarrhalis*
- b) *pyogenes*; *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenza*
- c) *pyogenes*; *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*
- d) *pneumoniae*; *Moraxella catarrhalis* e *Staphylococcus aureus*

16. Menino, 2 meses, é trazido ao ambulatório por episódios frequentes de regurgitações, choro intenso e ganho ponderal insuficiente. Recentemente, desenvolveu recusa alimentar. Pode-se afirmar, nesse contexto, que a fórmula melhor indicada é:

- a) extensamente hidrolisada
- b) parcialmente hidrolisada
- c) de proteína isolada de soja
- d) elementar de aminoácidos

17. O cálcio é um dos principais elementos do conteúdo mineral ósseo que é acumulado gradualmente desde a vida intrauterina. Pode-se afirmar que a idade, em anos, que está dentro do período de pico de aquisição de cálcio pelo osso é:

- a) 6
- b) 13
- c) 22
- d) 2

18. Menino, 13 anos, apresentou febre baixa e odinofagia há 5 dias. Já estava melhor, mas acordou, hoje, com febre alta, dor intensa ao engolir e voz abafada. Exame físico da orofaringe: prejudicado, pois o paciente tem dificuldade para abrir a boca; se identifica um abaulamento importante da amígdala palatina à esquerda desviando a úvula. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) abscesso peritonsilar
- b) mononucleose infecciosa
- c) epiglote
- d) tromboflebite da veia jugular

**19. Menino, 1 ano e 1 mês, apresenta com baixa estatura grave, membros curtos, rizomélicos, mãos com dedos em aspecto de tridente, macrocrania, hipoplasia do meio da face e fronte proeminente. Nos últimos meses, a mãe refere que ele está com dificuldade de ganhar peso, com roncosp e algumas pausas respiratórias rápidas durante o sono. Pode-se afirmar que, devido ao risco de morte súbita, a complicação que deve ser investigada imediatamente é:**

- a) obstrução de via aérea por aumento das amígdalas e adenoides
- b) estreitamento de via aérea por diminuição do calibre da faringe
- c) compressão medular por estenose do forame magno
- d) hipertensão intracraniana por hidrocefalia

**20. Recém-nascido, 38 semanas, nascido de cesariana, com peso e comprimento adequados para idade gestacional, escala de Apgar, no primeiro e quinto minuto, de 8/9, apresenta a seguinte descrição da genitália: micropênis; hipospádia perineal; sem gônadas palpáveis. Pode-se afirmar que a conduta mais adequada é o registro de sexo:**

- a) após, unicamente, a análise do resultado do cariótipo
- b) masculino e encaminhamento para o cirurgião pediátrico
- c) masculino e solicitar ultrassonografia da região pélvica e inguinal
- d) após resultado de exames complementares e avaliação multidisciplinar

**21. Menino, 6 anos, com diagnóstico de fibrose cística precoce (triagem neonatal alterada), apresenta tosse produtiva persistente e “sibilância” recorrente há 8 meses. Não há febre. Radiografia do tórax: espessamento peribrônquico, principalmente em lobos superiores. Hemogramas repetidos: leucocitose leve e eosinofilia (em torno de 1000-1200/mm<sup>3</sup> eosinófilos). TC do tórax recente: bronquiectasias centrais, principalmente à**

**direita. Pode-se afirmar que a complicação que deve ser investigada é:**

- a) infecção por *Burkholderia cepacia*
- b) síndrome hipereosinofílica
- c) aspergilose broncopulmonar alérgica
- d) bronquiolite obliterante

**22. Menino, 10 anos, foi socorrido pelo SAMU e levado ao setor de emergência após queda da laje, com altura aproximada de 5 metros. Exame físico na admissão: abertura ocular espontânea; choroso; confuso; localiza estímulos dolorosos; pupilas isocóricas e fotorreagentes; PA = 110x70mmHg; FC = 90bpm; FR = 25irpm; saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 99% em ar ambiente; presença de várias escoriações, dor intensa em perna esquerda com desvio lateral. Realizou exames radiológicos, seguido de internação para correção cirúrgica de fratura em perna. Após 12 horas, apresentou diminuição do nível de consciência, alternando períodos de lucidez e períodos de confusão. Evoluiu rapidamente (poucas horas) para um quadro de: abertura ocular somente aos estímulos dolorosos; emissão de sons incompreensíveis e movimentos de retirada em flexão; anisocoria à direita; PA = 160x100mmHg; FC = 60bpm; FR = 20irpm; SpO<sub>2</sub> = 99% em ar ambiente. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) hematoma subdural
- b) encefalopatia hipertensiva
- c) hematoma subgaleal
- d) coma arreflexo

**23. Menina, 6 anos, com síndrome do intestino curto, apresentou hiperemia conjuntival e dor ocular. Foi diagnosticado xerofthalmia importante e prescreveu-se colírio lubrificante. Exames laboratoriais: anemia e aumento do volume corpuscular médio (VCM). Pode-se afirmar que, provavelmente, essa menina possui deficiência das vitaminas:**

- a) C e B12
- b) B6 e A
- c) A e B12
- d) B6 e C

24. Menina, 10 anos, tem história de rinite alérgica e asma leve. Há cerca de 2 meses, após passeio com visita a uma caverna, apresentou rinorreia e tosse. Seguiu-se um quadro de febre diária, entre 38-39°C, dor pleurítica e perda de peso. Neste período, usou tanto amoxicilina, como amoxicilina + clavulanato, sem melhora dos sintomas. Radiografia do tórax: adenomegalia hilar à direita. Apesar de teste da corda negativo, iniciou-se rifampicina + isoniazida + pirimetamida + etambutol (esquema RIPE) empiricamente. Houve piora do quadro e evolução para tosse com secreção, dor abdominal, vômitos e prostração. Pode-se afirmar que o melhor exame para confirmar a principal hipótese diagnóstica é sorologia para:

- a) citomegalovirus
- b) histoplasma
- c) herpes vírus
- d) toxoplasma

25. Menina, 10 anos, apresentou lesão eritemato-descamativa ovalada de 6cm no tórax. Após 2 semanas, apareceram lesões semelhantes e menores, localizadas no tronco. Não houve acometimento palmo-plantar e o quadro teve involução espontânea após 2 meses. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) líquen plano
- b) psoríase
- c) pitiríase rósea
- d) exantema súbito

26. Menino, 2 anos, com anemia falciforme, apresenta quadro de febre e piora de palidez há 24h. Mãe refere que houve importante prostração no período. Exame físico: regular estado geral; hipocorado (3+/4+); hidratado; icterico (2+/4+); acianótico, temperatura axilar = 39°C; FC = 160bpm; FR = 60irpm; PA = 60 x 40mmHg; sibilos expiratórios bilaterais; ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros; abdome plano flácido e indolor; fígado palpável a 2cm do rebordo costa direita e

baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: hematócrito (Ht) = 12%; hemoglobina (Hb) = 4g/dL; leucócitos = 8.500/mm<sup>3</sup> (80% de linfócitos); plaquetas = 167.000/mm<sup>3</sup>; reticulócitos = 2%. Mãe refere que o valor usual do hematócrito da criança é 21%. Pode-se afirmar que o agente que mais comumente desencadeia esse quadro é:

- a) *streptococcus pneumoniae*
- b) *parvovirus B19*
- c) *staphylococcus aureus*
- d) *herpes tipo 6*

27. Menino, 7 anos, andou sem apoio com 15 meses, falou as primeiras palavras com 24 meses e sempre se cansava mais rapidamente que os outros colegas nas brincadeiras. Teve dificuldade na alfabetização. Há um ano, com dificuldade para se levantar do chão e subir escadas. Mãe o leva ao ambulatório por queixa de quedas frequentes, com piora no último ano. Refere que teve um irmão que faleceu aos 10 anos por pneumonia, e recorda que o mesmo tinha dificuldades semelhante até chegar a parar de andar com 9 anos. Exame físico: força grau 4/5 nos membros inferiores; reflexos patelares de difícil avaliação; hipertrofia de panturrilhas. Pode-se afirmar que o primeiro exame a ser solicitado para investigar a queixa principal é:

- a) ressonância magnética de encéfalo
- b) eletroneuromiografia
- c) biópsia muscular
- d) creatinafosfoquinase sérica

28. Com base no caso clínico da questão anterior (questão 27) e seu mais provável diagnóstico, pode-se afirmar que, pela história natural da doença, a complicação cardíaca que ele mais possivelmente pode vir a apresentar é:

- a) bloqueio atrioventricular total
- b) doença valvar
- c) cardiopatia dilatada
- d) taquicardia ventricular

29. Menina, 60 dias de vida, nascida a termo, apresentou icterícia aos 5 dias de vida, com resolução após 5 dias. Mãe relata que houve retorno da icterícia aos 15 dias de vida, com piora progressiva e percebeu que as fezes estão esbranquiçadas. Exame físico: bom estado geral; eutrófica; icterícia (3+/4+) até zona 3 de *Kramer*; hepatomegalia, com fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito, de consistência endurecida; esplenomegalia, com baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo.

A principal hipótese diagnóstica é:

- a) hepatite viral aguda
- b) atresia de vias biliares
- c) colangite esclerosante
- d) icterícia fisiológica

30. Lactente, 11 meses, sexo masculino, nascido de 38 semanas de gestação, pré-natal não realizado, chega no seu ambulatório por queixa materna de dificuldade de engatinhar. Há 1 mês a mãe relata que o paciente começou a engatinhar, mas se arrasta, de forma assimétrica. Refere que ele impulsiona o engatinhar com o membro inferior esquerdo. Na anamnese, não sabe informar sobre os detalhes do parto, mas recorda que o trabalho de parto foi prolongado, era primigesta e que RN não chorou ao nascer. Não sabe informar a escala de *Apgar* ao nascimento, não tem os dados escritos no cartão de vacina. Exames de triagem neonatal, sem alterações. Exame físico: discreta hipertonia do membro inferior direito; hiperreflexia patelar direita; reflexo cutâneo plantar em extensão à direita. Na observação passiva do lactente, o examinador observa sustento cervical satisfatório e, quando em posição de engatinhar, o paciente eleva o quadril, contudo apresenta engatinhar assimétrico, avançando o membro esquerdo e, posteriormente, arrastando a perna direita.

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) diplegia espástica
- b) paralisia cerebral (hemiparesia à direita)
- c) distonia do membro inferior esquerdo
- d) luxação congênita do quadril

31. Menina, 7 anos, telarca há 1 ano, apresenta manchas café com leite com bordas irregulares e lesões radiolúcidas polioestóticas com afilamento cortical e áreas com aspecto em vidro fosco. Pode-se afirmar que este quadro é compatível com:

- a) displasia epifisária múltipla
- b) neurofibromatose
- c) síndrome de *Mazabraud*
- d) síndrome de *Mc Cune Albright*

32. Menina, 4 meses, sem antecedentes patológicos, há 15 dias teve um quadro de virose respiratória. Nos últimos dois dias apresentou febre (37,6-37,8°C); lesões purpúricas esparsas nas bochechas e em membros superiores (algumas semelhantes à figura de um medalhão) e edema de dorso de mãos. Eutrófica; bom estado geral. Hemograma normal; velocidade de hemossedimentação discretamente aumentada. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) púrpura trombocitopênica imune
- b) edema agudo hemorrágico da infância
- c) maus tratos
- d) leucemia aguda

33. Menino, 3 anos, previamente hígido, está com febre, vômitos e irritabilidade há 3 dias. Desde ontem, apresenta diarreia líquida com presença de sangue vivo, além de oligúria e edema periorbitário. Exame físico: regular estado geral; hipocorado (1+/4+); desidratado (1+/4+); anictérico; acianótico; FC = 140bpm; FR = 40irpm; PA = 130 x 90mmHg; sem lesões de pele; edema periorbitário bilateral. Elementos anormais e sedimentoscopia (EAS): hematúria e proteinúria. Pode-se afirmar que o resultado esperado, nos exames laboratoriais para este menino, é:

- a) leucopenia
- b) plaquetometria elevada
- c) teste de *Coombs* positivo
- d) anemia

**34. Menino, 15 anos, apresenta abalos generalizados, mioclônicos, que ocorrem principalmente ao acordar. A pediatra explica à família que os abalos podem ser desencadeados pela privação de sono e que este tipo de epilepsia, o tipo mais comum na adolescência, na maioria das vezes, responde bem ao anticonvulsivante apropriado. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) síndrome de *Lennox-Gastaut*
- b) epilepsia mioclônica juvenil
- c) epilepsia mesial temporal
- d) síndrome de *West*

**35. Menino, 3 anos, há 10 dias desenvolveu pápulas hipercrômicas e pruriginosas nos membros, face e região glútea. Diagnóstico clínico: síndrome de *Gianotti Crosti*. Pode-se afirmar sobre essa condição que:**

- a) frequentemente, há acometimento das mucosas
- b) pode complicar com uveíte e miocardite
- c) o tratamento de escolha é corticoide sistêmico
- d) geralmente está associada a infecção viral prévia

**36. Menina, 3 anos, previamente hígida, está em uso de amoxicilina para tratamento de amigdalite. No oitavo dia de tratamento, apresentou febre, “corpo vermelho e coçando”, dor em ambos os joelhos e punhos. Exame físico: bom estado geral; temperatura axilar = 38,2°C; urticárias em tronco, membros e abdome; artralgia em joelhos e punhos. Pode-se afirmar, tendo em vista a hipótese diagnóstica mais provável, que:**

- a) é esperado hipocomplementemia, na avaliação laboratorial
- b) infusão de imunoglobulina humana é a primeira opção terapêutica
- c) realização de eletrocardiograma e ecocardiografia é recomendada
- d) as manifestações clínicas são reação ao uso de amoxicilina

**37. Menina, 14 anos, foi levada à pediatra por sua mãe, que manifestou preocupação por sua filha não menstruar há 3 meses. Na consulta, avaliou-se que ela havia perdido peso, estava com índice de massa corporal (IMC) = 15,5kg/m<sup>2</sup>, sem ter apresentado nenhuma doença recentemente. Quando perguntada sobre o emagrecimento, a menina negou se perceber magra e disse estar, finalmente, se sentindo bonita e temer voltar à sua forma anterior. Sobre a alimentação, ela informou tomar um café preto sem açúcar no café da manhã, comer uma colher de sopa de arroz e uma tira de peito de frango no almoço e uma omelete de uma clara de ovo no jantar. Ela disse que conseguia comer refeições tão pequenas, pois seus pais não estavam em casa no momento das refeições. Ao ser perguntada se havia episódios em que comia grandes quantidades de alimento, sentindo perder o controle, a paciente negou, dizendo ser muito disciplinada e conseguir controlar precisamente o que ingere. A principal hipótese diagnóstica e a melhor psicoterapia indicada são:**

- a) anorexia nervosa / terapia cognitivo-comportamental
- b) bulimia nervosa / terapia cognitivo-comportamental
- c) anorexia nervosa / constelação familiar
- d) bulimia nervosa / constelação familiar

**38. Durante o tratamento desta menina, referente ao caso clínico relatado na questão 37, a síndrome de realimentação é uma preocupação. Pode-se afirmar que que, dentre outros sinais, sintomas e alterações laboratoriais, ela se caracteriza por:**

- a) aumento súbito dos níveis séricos de potássio, magnésio e fosfato
- b) redução súbita dos níveis séricos de potássio e aumento de magnésio e fosfato
- c) aumento súbito dos níveis de potássio e magnésio e redução de fosfato
- d) redução súbita dos níveis séricos de potássio, magnésio e fosfato

**39. Menino, 4 anos, diagnosticado com transtorno do espectro autista, apresenta intensa seletividade alimentar que piorou durante o período da pandemia. Atualmente, se alimenta com macarrão, farofa, arroz e leite de soja. Mãe refere que ele está mais irritado, com menos fome e com queixa de dor nas pernas, que evoluiu com dificuldade de deambulação. Exame físico: hiperkeratose folicular com eritema perifolicular nas pernas. Radiografia das pernas: cortical fina e densa; linha de *Frankel* nas metáfises do fêmur e tibia; anel de *Wimberger* ao redor dos centros epifisários. Pode-se afirmar que, para confirmar o diagnóstico mais provável, o melhor método é:**

- a) biópsia da lesão de pele
- b) dosagem sérica de 25-hidroxi vitamina D
- c) teste terapêutico com vitamina C
- d) excreção urinária de fosfato

**40. Pode-se afirmar que são características do *genu varum* fisiológico a idade:**

- a) < 2 anos; simetria e ângulo metáfise-diáfise da tibia proximal < 11 graus
- b) > 3 anos; simetria e angulação aguda
- c) < 1 ano; ser unilateral e inclinação medial da epífise da tibia proximal
- d) > 4 anos; não ser progressivo; distancia intermaleolar < 2cm

**41. Menino, 7 anos, com história de dermatite seborreica crônica que responde mal ao tratamento, apresenta abaulamento da região frontal superior direita. Recentemente, retornou o uso de fralda noturna devido a enurese e refere-se aumento da ingestão de água. Fundoscopia normal. Exames laboratoriais: sódio (Na<sup>+</sup>) = 149mEq/L; glicemia = 89 mg/dL; ureia = 20mg/dL; creatinina = 0,5mg/dL; densidade urinária = 1005, sem hematuria, piúria ou cetonúria. Radiografia do crânio: formação expansiva na calota craniana, invadindo o interior da órbita direita e lesão semelhante na mandíbula direita. A principal hipótese diagnóstica é:**

- a) doença de *Rosai-Dorffman*
- b) linfoma linfoblástico T
- c) histiocitose de células de *Langerhans*
- d) neuroblastoma

**42. Menino, 13 anos, púbere, queixa-se de dor na região anterossuperior da perna direita quando joga futebol. Nega trauma local. Exame físico: altura = 157,5cm; peso = 47kg; estadiamento de *Tanner* G4P4 de; dor à palpação da região da tuberosidade tibial anterior sem limitação do movimento do joelho, sem sinais flogísticos. Pode-se afirmar, ao se considerar o diagnóstico mais provável, que a melhor conduta inicial é indicar:**

- a) imobilização com aparelho gessado do joelho
- b) artroscopia de joelho
- c) infiltração local de glicocorticoide
- d) repouso por 1-2 semanas

**43. Menino, 16 anos, praticante de lutas marciais, apresenta furúnculo na região glútea, de rápida evolução, com necrose da área central e saída de secreção purulenta. Pode-se afirmar que, após a colheita de material para exame microbiológico, a antibioticoterapia deve ser iniciada com:**

- a) linezolida
- b) cefalotina
- c) meropenem
- d) amicacina

**44. Menino, 12 anos e 6 meses, compareceu a consulta com a queixa de estar muito baixo em relação aos colegas. Refere que sempre foi o menor da turma, mas que esta diferença em relação aos pares aumentou no último ano. Saudável, pratica esportes e tem boa alimentação. Pais medem: mãe = 155cm; pai = 170cm. Paciente tem peso = 36kg, altura = 143cm. Exame físico sem alterações. Estágio puberal P1G1 de *Tanner*. Analise as afirmativas a seguir, sobre esse menino:**

- I) Ele tem baixa estatura.
- II) Ele tem altura dentro do alvo genético.
- III) Ele tem atraso puberal.

**Pode-se afirmar que está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):**

- a) II e III
- b) I e III
- c) I
- d) II

45. Menino, 4 anos, é trazido pela tia por queixa de atraso do desenvolvimento. Adquiriu ortostase aos 18 meses e andou sem apoio com 24 meses. Aos 3 anos, começou a falar palavras isoladas e agora, aos 4 anos, junta 2 palavras. Acompanhante descreve que no 1º ano ele tinha dificuldade para ganhar peso porque era muito lento para comer e apresentava engasgos quando ingeria água. Nos últimos 2 anos, apresentou ganho excessivo de peso. No último ano, surgiu hiperfagia. Ainda, acorda durante a noite com falta de ar após ronco excessivo e apresenta dificuldade escolar, não reconhecendo corretamente as cores e números. Exame físico: peso = 18,2kg; estatura = 93cm; cabelos claros; mãos pequenas; exame neurológico com hipotonia global e reflexos profundos normais. A hipótese diagnóstica mais provável é síndrome de:

- a) Prader Willi
- b) Bardet-Biedl
- c) Down
- d) Biemond

46. Menina, 1 mês, nascida a termo sem intercorrências, inicia quadro de tosse repetida e persistente com ruído metálico, predominantemente expiratório e episódios de cianose. Mãe não fez pré-natal, mas realizou sorologias para investigação de hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), com todos os exames negativos no momento do parto. Refere que o quadro de tosse foi precedido por 10 dias de secreção em via respiratória e que possui outra criança, de 5 anos, em casa com sintomas catarrais há 3 semanas. Analise as afirmativas a seguir, considerando-se a principal hipótese diagnóstica:

I) Espera-se observar a presença de leucocitose e neutrofilia ao hemograma.

II) O início de macrolídeos ou sulfametoxazol-trimetoprim nesta fase dessa doença reduz o contágio, mas não interfere no seu curso.

III) O esquema de vacinação pentavalente aos 2, 4 e 6 meses + dois reforços (entre 15-18 meses e entre 4-6 anos) garante 70% a 90% de eficácia na prevenção desta doença.

Pode-se afirmar que está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):

- a) I
- b) II
- c) II e III
- d) I e III

47. Pode-se afirmar, em relação à ventilação mecânica (VM) no paciente pediátrico grave, que:

- a) pressão positiva expiratória final (PEEP) elevada deve ser utilizada em pacientes com fístula broncopleural e asma
- b) fatores envolvidos na pneumonia associada à VM são aspiração de secreção gástrica e colonização do tubo endotraqueal
- c) a instalação de VM invasiva pode levar à hipertensão arterial sistêmica
- d) VM por pressão positiva pode levar a um aumento de retorno venoso

48. Menina, 10 meses, apresenta lesão granulomatosa vermelho vivo, firme, pedunculada, com cerca de 1,5cm de comprimento, de base estreita e com secreção mucoide no umbigo, que persistiu após a queda do coto do cordão umbilical. A mãe refere que a mantém limpa (usa antissépticos), todavia, frequentemente, ela sangra. Pode-se afirmar que o remanescente do ducto onfalomesentérico que esse quadro indica e o tratamento melhor indicado são:

- a) pólipo umbilical / exploração umbilical e excisão cirúrgica
- b) granuloma umbilical / cauterização química até resolução
- c) cisto do ducto onfalomesentérico / ressecção e eletrocoagulação da base
- d) sinus umbilical / excisão cirúrgica e cauterização da base

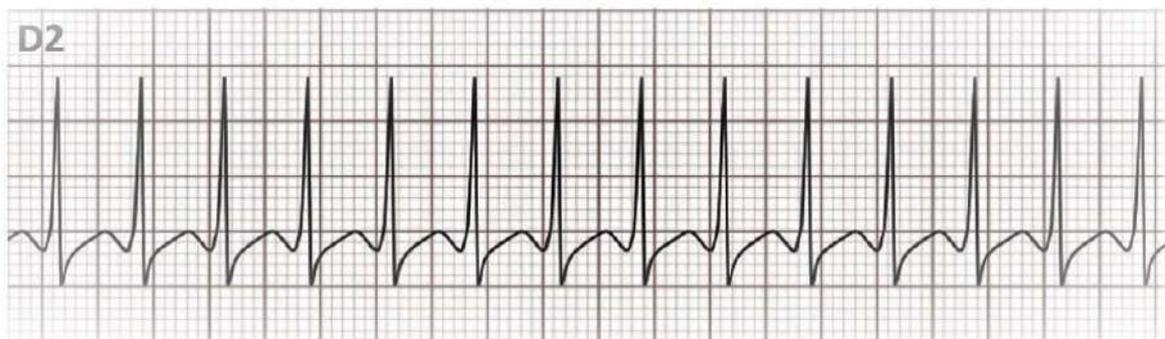
49. Menino, 2 anos, foi levado ao setor de emergência com história de diarreia e vômitos há 2 dias. Exame físico: desidratação grave; diminuição do nível de consciência e pulsos finos. Foram realizadas inúmeras tentativas de acesso venoso periférico sem sucesso. Após 30 minutos da admissão, evoluiu com perda súbita da consciência, sem pulso e sem respiração. Iniciou-se manobras de reanimação cardiopulmonar. Com posicionamento das pás do desfibrilador, observou-se o ritmo cardíaco a seguir:



Pode-se afirmar que, de acordo com as recomendações do suporte avançado de vida em pediatria (PALS), a sequência do atendimento agora será:

- desfibrilação cardíaca (2J/kg) seguida de verificação do pulso e ritmo cardíaco
- acesso intraósseo seguido de infusão de adrenalina 0,01mg/kg
- acesso venoso profundo com infusão rápida de bolos de 20mL/kg de cristalóide
- acesso venoso periférico seguido de bolos de lidocaína 1mg/kg

50. Menino, 5 meses, é admitido no setor de terapia intensiva pediátrica com história de irritabilidade e baixa ingestão alimentar nas últimas 48 horas. Exame físico: irritado; choro inconsolável; afebril; FC = 220bpm, PA = 85 x 45mmHg; SpO<sub>2</sub> = 97% em ar ambiente; pulsos palpáveis (periféricos e centrais). Eletrocardiograma basal (derivação D2):



O fármaco melhor indicado para o menino, neste momento é:

- adenosina
- procainamida
- lidocaína
- verapamil