

RESIDÊNCIA MÉDICA

2021

UFRJ	CGABEG	HCA	HCE	HFAG	INCA
------	--------	-----	-----	------	------

PROVA DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o N° 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 Médica
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 9:30h às 11:30h), **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, 8 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.**

1. É muito importante evitar que o paciente politraumatizado evolua para o quadro conhecido como “tríade da morte”, que é caracterizada por:
- acidose respiratória + bradicardia + taquipneia
 - sudorese + coagulopatia + taquicardia
 - hipotermia + acidose metabólica + coagulopatia
 - hipotermia + taquicardia + hiperpotassemia
2. Mulher, 52 anos, com dor abdominal, tem uma massa de 3,1cm na adrenal esquerda em exame de tomografia computadorizada (TC). A massa apresenta índice de atenuação de 5 unidades *Hounsfield* e eliminação do contraste > 60%. Durante a anamnese, negou quaisquer sintomas paroxísticos, tais como sudorese, cefaleia e palpitação. Hipertensão arterial diagnosticada aos 50 anos, em uso de losartana 100mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia. Exame físico: índice de massa corporal 26kg/m². Restante do exame normal. Sinais vitais: pressão arterial (PA) = 146 x 94mmHg, frequência cardíaca (FC) = 76bpm, frequência respiratória (FR) = 14irpm. Exames laboratoriais: hemograma normal; glicose = 92mg/dL; sódio = 140mEq/L; potássio = 4,4mEq/L; ureia = 31mg/dL; creatinina = 0,7mg/dL. Em relação a esta paciente, pode-se afirmar que:
- as características radiológicas da lesão sugerem benignidade
 - não há indicação de investigação para hiperaldosteronismo primário, pois a paciente não apresenta hipocalemia
 - não há indicação de investigação para síndrome de *Cushing* subclínica, pois a paciente não apresenta estigmas de hipercortisolismo
 - não há indicação de investigação para feocromocitoma, pois a paciente não apresenta quaisquer sintomas de paroxismos
3. Pode-se afirmar que a detecção de insulinomas pode ser realizada pela cintilografia:
- para receptores de somatostatina
 - com gálio-67
 - com iodo-123
 - com tálio-201
4. Homem, 48 anos, há 15 dias com quadro de eritema e descamação generalizados associados à hipertermia, calafrios e leucocitose, após tratamento com penicilina. Pode-se afirmar que o quadro clínico deste paciente é sugestivo de:
- eritrodermia esfoliativa
 - eritema pigmentar fixo
 - eritema multiforme
 - eritema nodoso
5. Homem, 44 anos, com quadro de choque. Instalado cateter de artéria pulmonar que mostra: pressão arterial média (PAM) = 48mmHg; FC = 110bpm; pressão venosa central (PVC) = 5 mmHg; pressão de oclusão da artéria pulmonar (PoAP) = 20mmHg; índice cardíaco (IC) = 2,8 L/min/m²; saturação venosa de oxigênio (SvO₂) = 74%. Pode-se afirmar que se trata de choque:
- hipovolêmico + obstrutivo
 - cardiogênico + hipovolêmico
 - hipovolêmico + distributivo
 - cardiogênico + distributivo
6. Homem, 45 anos, sentiu desconforto precordial em aperto após relação sexual. Na emergência, eletrocardiograma: supradesnível de segmento de ST nas derivações DI, aVL e de V1a V6. Terapêutica: trombolítico seguido de cineangiocoronariografia e angioplastia coronariana com colocação de *stent* em artéria descendente anterior (DA). A medicação que impacta favoravelmente na taxa de mortalidade quando prescrita nas primeiras 24 horas pós-evento agudo é:
- heparina venosa
 - bloqueador dos receptores β adrenérgicos intravenoso
 - inibidores da enzima conversora da angiotensina
 - amiodarona

7. Dentre as diversas apresentações clínicas das dermatofitoses, pode-se afirmar que:

- a) a *tinea corporis* é o acometimento da pele glabra e a apresentação clínica varia em função da resposta inflamatória
- b) a *tinea cruris* é o acometimento da região da virilha e é mais comum em pacientes do sexo feminino
- c) o acometimento dos pés, conhecido como *tinea pedis*, é incomum e frequentemente crônico
- d) a *tinea capitis* é uma infecção infrequente e particularmente observada em indivíduos idosos

8. Mulher, 39 anos, com história de fraqueza muscular, dispneia, dificuldade de deglutição e discreta ptose palpebral ao final do dia. TC de tórax: tumor em mediastino ântero-superior. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) linfoma
- b) timoma
- c) teratoma
- d) bócio tireoideano

9. Pode-se afirmar que a dosagem de hemoglobina glicada, independentemente do controle glicêmico, pode ser afetada por:

- a) hemoglobinopatias e uremia
- b) uremia e esteatose hepática
- c) excreção urinária aumentada de albumina e esteatose hepática
- d) hemoglobinopatias e excreção urinária aumentada de albumina

10. Mulher, 38 anos, com nefrite lúpica apresenta piora aguda da função renal. Foi submetida à pulsoterapia com metilprednisolona nos dias subsequentes. Evoluiu com febre, dor abdominal difusa, calafrios, taquicardia, taquipneia, hipotensão, redução do débito urinário e sinais de meningismo. Não há eosinofilia periférica. TC de tórax: opacidades pulmonares em vidro fosco; derrame pleural bilateral. TC de abdome: pneumoperitônio. Na cirurgia observaram-se pequenas perfurações duodenais, granulomas no fígado e rim. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) granulomatose com poliangeíte
- b) síndrome do anticorpo antifosfolípido
- c) poliangeíte microscópica
- d) estromiloidíase disseminada

11. Homem, 50 anos realiza colonoscopia de rastreamento que evidencia um pólipó sésil de 15mm no cólon ascendente. Após ressecção completa o exame histológico revelou: adenoma sésil serrilhado com displasia leve. Pode-se afirmar que a próxima colonoscopia deve ser realizada em:

- a) 3 anos
- b) 1 ano
- c) 5 anos
- d) 7 anos

12. Mulher, 57 anos, apresenta aumento do volume abdominal, confirmando a presença de ascite moderada por ultrassonografia. A concentração de albumina sérica é 3,9g/dL e no líquido ascítico é 1,8g/dL, com proteína total na ascite de 2,7g/dL. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) síndrome nefrótica
- b) cirrose hepática
- c) pericardite constrictiva
- d) tuberculose peritoneal

13. Mulher, 32 anos, está em investigação de trombocitopenia de surgimento recente, associada à elevação de escórias nitrogenadas. Hemograma: leucometria e hemoglobina em níveis normais. A visualização de hemácias fragmentadas (esquizócitos) na lâmina de sangue periférico sugere a hipótese diagnóstica, mais provável, de:

- a) trombocitopenia pós infecciosa
- b) púrpura trombocitopênica trombótica
- c) leucemia mielocítica aguda
- d) trombocitopenia induzida por drogas

- 14. Mulher, 31 anos, obesa, etilista social e tabagista. Em ultrassonografia de pré-natal observa-se esteatose e um nódulo hepático. Pode-se afirmar que o maior risco de que este nódulo seja um tumor maligno do fígado está associado a:**
- etilismo social
 - obesidade
 - tabagismo
 - sexo feminino
- 15. Homem, 78 anos, foi transferido da enfermaria, onde aguardava cirurgia de adenoma de próstata para o setor de emergência por ter tido um acidente vascular encefálico. Ao chegar a emergência observou-se hemibalismo. Pode-se afirmar que esta observação indica, provavelmente, lesão do:**
- núcleo caudal
 - núcleo subtalâmico
 - putamen
 - globo pálido
- 16. São possíveis causas de ascite com gradiente de albumina soro ascite (SAAG) < 1,1g/dL:**
- síndrome nefrótica; tuberculose peritoneal; pancreatite
 - insuficiência cardíaca; síndrome de *Budd-Chiari*; trombose de veia cava inferior
 - insuficiência cardíaca; síndrome nefrótica; metástase hepática
 - carcinomatose peritoneal; síndrome de *Budd-Chiari*; cirrose
- 17. Homem, 35 anos, com constipação intestinal há seis meses, relata urina "espumosa", hipertensão arterial e edema generalizado. Exames laboratoriais: ureia = 40mg/dL; creatinina 1,0mg/dL; potássio = 4,0mEq/L; colesterol total = 600mg/dL; triglicérido = 400mg/dL; albumina sérica = 1,5g/dL; proteinúria na urina de 24h = 6g/24h; anticorpo anti-receptor da fosfolipase A2 (Anti-PLA2R):**
- positivo. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é:**
- glomeruloesclerose segmentar e focal primária
 - glomerulopatia membranosa secundária
 - glomerulopatia membranosa primária
 - nefropatia por lesão mínima secundária
- 18. Mulher, 35 anos, hipertensa, com doença renal crônica em tratamento conservador e pielonefrite de repetição. TC abdominal: rins com dimensões globalmente aumentadas e contornos bocelados além de múltiplas formações císticas; parênquima hepático com formações císticas. A hipótese diagnóstica mais provável para esta mulher é:**
- doença renal policística do adulto
 - rim em esponja medular
 - múltiplos cistos simples benignos
 - doença cística renal adquirida
- 19. Mulher, 55 anos, em tratamento de transtorno bipolar há 12 semanas, é admitida no hospital com quadro de dor abdominal, fraqueza muscular generalizada, poliúria e polidipsia. Exames laboratoriais: ureia = 60mg/dL; creatinina = 1,6mg/dL; sódio sérico = 155mmol/L. Diurese = 7,0L/24 horas. EAS: densidade urinária = 1004 pH urinário = 5,1; proteína = 1+; leucócitos = 20 células/campo; cilindros leucocitários e epiteliais. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) abdominal: microcistos abundantes nas regiões cortical e medular de ambos os rins. Pode-se afirmar que o fármaco que mais provavelmente está relacionado a essa nefropatia é:**
- quetiapina
 - resperidona
 - lítio
 - citalopram

20. Homem, 25 anos, há 3 horas apresenta parestesia na mão e antebraço esquerdos que se iniciou imediatamente após um episódio de abalos clônicos do membro superior esquerdo, que duraram alguns minutos. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é:
- neuropatia compressiva
 - paralisia hipocalêmica
 - acidente vascular cerebral
 - paralisia de Todd
21. Um dilema diagnóstico frequente é a distinção entre crise convulsiva e síncope. As características que sugerem, mais fortemente, a hipótese diagnóstica de crise convulsiva são:
- episódio provocado por dor intensa; estresse emocional ou por mudança de decúbito
 - presença de cianose; inconsciência; manifestações motoras que duram mais de 15 segundos
 - presença de sudorese; náusea e afunilamento da visão
 - presença de inconsciência; manifestações motoras e palidez
22. Pode-se afirmar que oclusões bilaterais da artéria carótida comum podem ocorrer na:
- doença de Kawasaki
 - doença de Takotsubo
 - arterite de Churg-Strauss
 - arterite de Takayasu
23. Em pacientes com câncer de pulmão, metastático com mutação do gene EGFR, pode-se afirmar que a:
- terapia alvo anti EGFR esta associada a taxas de resposta em torno de 40%
 - mutação do EGFR é mais frequente nos pacientes com carcinoma escamoso
 - primeira linha de tratamento inclui a imunoterapia
 - terapia alvo é superior a quimioterapia na primeira linha de tratamento
24. Pode-se afirmar com relação à punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulo de tireoide e a classificação citopatológica pelo sistema Bethesda que:
- a maioria das lesões categoria III de Bethesda correspondem a nódulos tireoideanos benignos
 - as categorias I, V e VI de Bethesda indicam necessidade de abordagem cirúrgica do nódulo tireoideano
 - a PAAF permite diferenciação entre lesões foliculares benignas e malignas, uma vez que o carcinoma folicular da tireoide exibe características nucleares específicas na citopatologia
 - a realização de testes moleculares tem pouca utilidade no esclarecimento diagnóstico de casos com citologia classes III e IV de Bethesda
25. Homem, 28 anos, com linfadenopatia cervical posterior esquerda associada a trajeto fistuloso cutâneo. Biópsia do linfonodo: linfadenite crônica granulomatosa necrosante, com colorações especiais negativas para BAARs e fungos. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- linfadenite supurativa
 - tuberculose ganglionar
 - paracoccidiodomicose ganglionar
 - linfadenite viral
26. Homem, 60 anos, com asma desde a infância, procura serviço de emergência com respiração ruidosa, tosse e dispneia após exposição ao mofo. Exame físico: broncoespasmo difuso; sem esforço ventilatório; SpO₂ = 98%. Pode-se afirmar, sobre a abordagem terapêutica para esse paciente, que:
- infecção viral raramente é um fator para descompensação de asma brônquica
 - antibioticoterapia está indicada para toda exacerbação aguda de asma brônquica
 - corticosteroide sistêmico e β 2 agonista estão indicados
 - no caso de piora do quadro com insuficiência respiratória aguda a ventilação não invasiva está indicada

27. Homem, 63 anos, trabalhou com jateamento de areia no porto até a aposentadoria aos 60 anos. Radiografia (RX) do tórax de rotina: pequenas opacidades nodulares em lobos superiores e calcificações em hilo direito. Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, pode-se afirmar que:

- a) mesotelioma é complicação frequente desta doença
- b) a forma aguda da doença pode ser grave e progressiva
- c) esses pacientes tem maior risco de infecção por *pseudomonas aeruginosa*
- d) esse paciente não tem maior risco de desenvolver tuberculose pulmonar

28. Mulher, 40 anos, com dermatomiosite amiopática apresenta heliotropo, pápulas de Gottron e sinal dochale. Evoluiu com erupção palmar, úlceras digitais e doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva. Eletromiografia dos membros superiores e inferiores, enzimas musculares e RNM de músculo, normais. Pode-se afirmar que o anticorpo miosite específico associado é:

- a) anti-TIF1
- b) anti-MDA5
- c) anti- NXP2
- d) anti-Mi-2

29. Homem, 24 anos, apresenta síncope durante partida de futebol. Em avaliação médica posterior são identificados: ritmo cardíaco regular; presença de quarta bulha; sopro sistólico (SS) no 4º espaço intercostal esquerdo, que aumenta com manobra de *Valsalva*. Pode-se afirmar em relação à abordagem terapêutica desse paciente, caso haja historia de morte súbita na família, que está:

- a) indicado o cardiodesfibrilador implantável
- b) contraindicado o uso de bloqueador do receptor beta adrenérgico
- c) indicado o implante de marcapasso definitivo
- d) contraindicado o uso de verapamil

30. Homem, 25 anos, com síndrome de *Marfan* foi admitido na emergência com dor torácica esquerda e dispneia. Pode-se afirmar que o RX simples de tórax é compatível com o diagnóstico de:



- a) enfisema de partes moles
- b) pneumomediastino
- c) consolidação na base pulmonar esquerda
- d) pneumotórax

31. Mulher, 70 anos, refere dor e aumento de volume das articulações interfalangeanas proximais e distais de ambas as mãos. Relata, também, rigidez matinal que dura cerca de 30 minutos. RX das mãos: esclerose e cistos subcondrais; redução do espaço articular e osteófitos. Todos os achados em ambas as mãos. A hipótese diagnóstica mais provável para esta paciente é:

- a) artrite psoriásica
- b) artrite reativa
- c) osteoartrite
- d) artrite reumatoide

- 32. Homem, 30 anos, fisiculturista, chega à emergência com dores abdominais e inquietação. Exame físico: PA = 170 x 100mmHg e temperatura axilar = 38,3°C. Refere que está em uso de “fórmulas” para emagrecer e de fluoxetina 20mg/dia. Dentre as “fórmulas”, o paciente apresentou ao médico um frasco com o seguinte rótulo: sibutramina 21mg + diazepam 7mg + hidroclorotiazida 23mg. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é:**
- síndrome serotoninérgica aguda
 - síndrome neuroléptica maligna
 - feocromocitoma
 - tireotoxicose
- 33. O reflexo de estiramento muscular testado no tendão de Aquiles, durante exame neurológico, envolve o arco reflexo situado ao nível medular de:**
- C5-C6
 - C6-C7
 - L3-L4
 - S1- S2
- 34. Mulher, 59 anos, com encefalopatia hipertensiva é admitida com PA = 190 x 130mmHg. Iniciou-se nitroprussiato de sódio endovenoso e 30 minutos depois, PA= 160 x 110mmHg. A conduta mais adequada, neste momento, para esta paciente é:**
- diminuir a dose de nitroprussiato de sódio
 - aumentar a dose de nitroprussiato de sódio
 - manter a dose de nitroprussiato de sódio
 - suspender o nitroprussiato de sódio
- 35. Homem, 70 anos, tabagista, tem dispneia progressiva aos esforços há 4 anos. TC de tórax: enfisema centroacinar com predomínio nos lobos superiores. Espirometria: relação entre volume expiratório forçado em 1s e capacidade vital forçada (VEF1/CVF) reduzida. A conduta terapêutica mais adequada inclui a cessação do tabagismo e:**
- antibioticoterapia; drenagem postural; corticoide inalatório
 - broncodilatores inalatórios; corticosteroides orais; mucolíticos
 - reabilitação pulmonar; vacinação antigripal e antipneumocócica; broncodilatadores inalatórios
 - corticoide inalatório; oxigenioterapia domiciliar se SpO₂<92%; mucolíticos
- 36. Homem, 30 anos, inicia quadro de fraqueza e dor muscular, acompanhado de “urina escura”. Relata ter participado de “uma meia maratona” dois dias antes do início dos sintomas. Exame físico: desidratado, hipotenso e taquicárdico. Exames laboratoriais: ureia = 55mg/dL; creatinina = 1,6mg/dL; potássio = 5,5mEq/L; creatinoquinase (CK) = 1.500UI/L; EAS = mioglobulinúria. Em relação ao tratamento preventivo da insuficiência renal aguda, pode-se afirmar que a melhor estratégia é:**
- apenas administração de diurético de alça
 - reposição de volume com solução glicosada e cloreto de potássio
 - reposição de volume com solução salina e bicarbonato de sódio
 - apenas reposição de volume com solução salina
- 37. Homem, 38 anos, vítima de acidente automobilístico, é levado ao setor de emergência. Gasometria arterial inicial: pH = 7,25; PaCO₂ = 50mmHg; HCO₃ = 16mEq/L; BE = - 6mEq/L. A hipótese diagnóstica mais provável para este desequilíbrio é:**
- acidose metabólica
 - acidose respiratória
 - acidose mista
 - alcalose mista

38. Homem, 82 anos, é levado a consulta por seus filhos por apresentar esquecimentos, confusões de nomes e datas e até de locais onde está. O clínico conversa com a família e diz que o paciente começa a apresentar sinais de demência. Pode-se afirmar que a causa mais frequente de demência no idoso é a doença:

- a) carencial
- b) cerebrovascular
- c) de *Parkinson*
- d) de *Alzheimer*

39. Mulher, 45 anos, é internada na emergência com história de febre e diminuição do nível de consciência nas últimas 24 horas. Exame físico: presença de sinais meníngeos. TC de crânio: normal. Após a realização da punção lombar, os resultados da análise do líquido foram: celularidade = 1200/ μ L com 80% de polimorfonucleares; glicose = 10mg/dL e proteínas = 320mg/dL. O achado é sugestivo de meningite:

- a) fúngica
- b) bacteriana
- c) viral
- d) amebiana

40. Homem, 54 anos, comparece ao ambulatório de Neurologia em cadeira de rodas. Estava assintomático até 6 meses atrás, quando começou a evoluir progressivamente com: mudança de humor; esquecimento e crise convulsiva (mioclonias). RNM: em *flair*, hiperintensidade em tálamo e núcleos da base. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é:

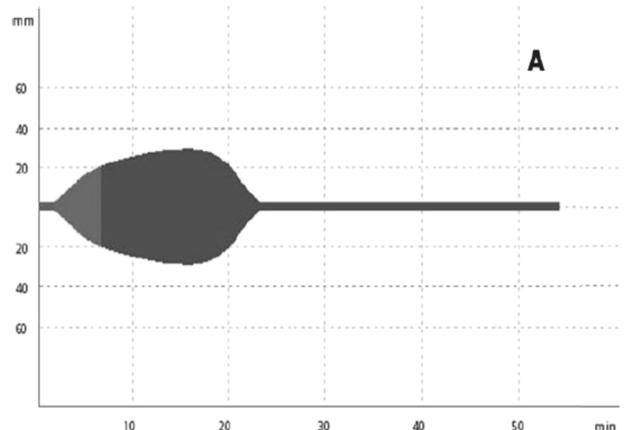
- a) doença de *Alzheimer*
- b) doença de *Creutzfeldt-Jacob*
- c) encefalite Límbica
- d) demência com corpos de *Lewy*

41. Homem, 48 anos, vem sendo acompanhado por estenose aórtica há 12 anos. No último ecocardiograma, recente, ficou evidenciada a piora da estenose. Na consulta com seu clínico, foi observado no exame físico um

achado que permitiu classificar a estenose aórtica como grave. Neste exame, observou-se:

- a) sopro sistólico em foco aórtico acessório com pico precoce
- b) presença de pulso arterial de baixa amplitude e ascensão lenta
- c) desdobramento da segunda bulha cardíaca
- d) presença de terceira bulha cardíaca

42. Homem, 32 anos, foi admitido no CTI há 3 dias, por queda de moto, com trauma fechado de abdome, fratura de fêmur e trauma cranioencefálico (TCE). Apresenta sangramento de sítios de punção e cavidade oral, além do seguinte resultado da tromboelastometria:



Nesse momento, a opção terapêutica mais adequada é indicar:

- a) a transfusão de plaquetas
- b) crioprecipitados
- c) heparina em baixa dose
- d) um agente antifibrinolítico

43. Mulher, 75 anos, refere episódios intermitentes de hematoquezia há 3 dias. Exame físico: estável hemodinamicamente; hipocorada (1+/4); sopro sistólico audível em 2^o espaço intercostal direito (4+/6), com irradiação para as carótidas; desdobramento paradoxal de B2. Pode-se afirmar que a causa mais provável do sangramento digestivo é:

- a) neoplasia de cólon direito
- b) diverticulose colônica
- c) colite isquêmica
- d) angiodisplasia

44. A hemoglobina habitualmente encontrada em adultos saudáveis é formada por duas cadeias alfa e duas cadeias beta ($\alpha_2\beta_2$). Em situações patológicas, pode-se notar a presença da hemoglobina formada por 4 cadeias beta (β_4). Em relação a esta hemoglobina, pode-se afirmar que:
- chama-se hemoglobina H e surge nas talassemias alfa
 - sua presença é incompatível com a vida e causa a morte intrauterina
 - caracteriza a anemia falciforme onde não há síntese da hemoglobina A
 - chama-se hemoglobina *Bart* e surge nas talassemias beta
45. Mulher, 52 anos, mastectomizada por câncer de mama, apresenta dispneia progressiva aos esforços, há 3 meses. RX de tórax: moderado derrame pleural à esquerda. Análise inicial do líquido pleural: aspecto amarelo citrino; relação LDH pleural/LDH sérica > 0,6; glicose < 60mg/dL. Sobre esta paciente, pode-se afirmar que:
- derrame pleural metastático e tuberculose pleural são possibilidades diagnósticas
 - avaliação do triglicérido do líquido pleural é fundamental para o diagnóstico
 - glicose baixa no líquido pleural confirma o diagnóstico de artrite reumatoide
 - está indicado drenagem tubular fechada
46. Homem, 49 anos, com história prévia de alcoolismo, apresenta, há um mês, dificuldade para deambular e desequilíbrio. Exame físico: marcha pareto-espástica; diminuição de força nos membros inferiores; reflexos patelares aumentados e sinal de *Babinski* positivo bilateralmente. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- síndrome de *Wernicke-Korsakoff*
 - ploneuropatia alcoólica
 - atrofia cerebelar pelo álcool
 - degeneração combinada da medula
47. Náuseas e vômitos são sintomas comuns nos cuidados paliativos e podem ter múltiplas causas. Em paciente com metástases cerebrais, o fármaco inicial melhor indicado para o tratamento das náuseas e vômitos é:
- metoclopramida
 - ondansetrona
 - clorpromazina
 - dexametasona
48. A biópsia de um paciente com síndrome pulmão-rim apresentou na imunofluorescência membrana basal com padrão linear. Diante disso, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- síndrome de *Goodpasture*
 - poliangeíte granulomatosa
 - poliangeíte microscópica
 - lúpus eritematoso sistêmico
49. Homem, 50 anos, com dor lombar apresenta massa periaórtica abdominal com hidronefrose bilateral. Biópsia: infiltrado linfoplasmocitário, eosinófilos e fibrose estoriforme. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- linfoma não-*Hodgkin* de retroperitônio
 - doença relacionada a IgG4
 - fibrose retroperitoneal idiopática
 - fibrose nefrogênica sistêmica
50. Em relação às cefaléias trigeminais autonômicas (cefaleia tipo *cluster*, hemicrania paroxística e *SUNCT/SUNA – short last unilateral neuragiform headaches attacks with cranial autonomic symptoms*), pode-se afirmar que:
- a frequência dos ataques no *cluster* pode chegar a 200 vezes ao dia
 - a hemicrania paroxística noturna é a que tem maior tempo de duração do ataque
 - a cefaleia tipo *cluster* é mais comum no sexo feminino
 - o tratamento abortivo do *SUNCT/SUNA* é lidocaína IV