

TEP

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

QUESTÕES COMENTADAS

1998



TEP

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

QUESTÕES COMENTADAS

1998



Prezado Colega,

Você está recebendo as questões comentadas da prova do Título de Especialista em Pediatria (TEP-98).

Para que você possa ter uma visão do desempenho dos candidatos como um todo e o seu em particular, apresentamos logo após a pergunta, o percentual de candidatos que optaram por cada uma das alternativas.

Exemplificando:

Questão n° 1

A diarreia crônica inespecífica acomete cerca de 10% das crianças entre 6 meses e 4 anos de idade. Uma conduta dietética útil nesses casos é:

- A) diminuir proteínas
- B) reduzir fibras
- C) aumentar lipídios
- D) acrescentar glicídios
- E) retirar a lactose

A = 0.2% B = 26.0%
C = 11.0% D = 1.9%
E = 57.5%

Resposta Correta: C

Isto significa que 0,2% dos candidatos optaram pela letra A, 26% pela letra B, 11% pela letra C, 1,9% pela letra D e 57,5% pela letra E.

Em seguida é apresentada a opção correta (neste caso, letra C) e o comentário pertinente.

A Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Pediatria parabenizam-no pelo esforço em conquistar o TEP, hoje uma garantia de qualidade e um compromisso com a boa prática pediátrica.

Dr. Manoel de Carvalho

Coordenador da CEXTEP
Comissão Executiva do Título de Especialista em Pediatria

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TEP - 1998

Coordenador:

Dr. Manoel de Carvalho

Assessoria da Coordenação:

Dr. José Augusto Alves de Britto

Revisores:

Prof. Antonio Celso Calçado
Prof^a. Heloisa Helena de Sousa Marques
Prof. Gerson Carakushansky
Prof. Jayme Murahovschi
Prof. José Maria de Andrade Lopes
Prof^a. Maria Aparecida de Souza Paiva
Prof. Orlando José Ferreira Martins

Membros Colaboradores:

Dr. Carlos Eduardo Schettino de Azevedo
Dr. Clemax Couto Sant'Anna
Dr. Franco Sbaffi
Dr. João Maurício Scarpellini Campos
Dr^a. Lúcia Maria da Costa Fontenelle
Dr^a. Maria Cristina Pessoa dos Santos
Dr. Pedro Ribeiro Collett Solberg

1

A diarreia crônica inespecífica da infância acomete cerca de 10% das crianças entre 6 meses e 4 anos de idade. Uma conduta dietética útil nesses casos é:

- (A) diminuir proteínas
- (B) reduzir fibras
- (C) aumentar lipídios
- (D) acrescentar glicídios
- (E) retirar a lactose

A = 0.2%; D = 1.9%;
 B = 26.0%; E = 57.5%
 C = 11.0%

Resposta Correta: C

✎ A diarreia crônica inespecífica, também chamada de cólon irritável da criança, tem como patogênese um misto de distúrbio de motilidade intestinal e excesso de ingestão de hidratos de carbono e líquidos. O manejo consiste em diminuir a ingestão calórica (se > que 150 Kcal/Kg), de líquidos (se > que 200 ml/Kg) e favorecer a ingestão de gorduras em detrimento aos carboidratos (até 30-50% das calorias sob forma de gorduras). Não se utilizam medicações. Diz-se aos pais que o processo é autolimitado. Não confundir com alergia alimentar prescrevendo dietas iatrogênicas e inúteis. Eventualmente a giardíase e a intolerância à lactose podem imitar a clínica e entram no diagnóstico diferencial. Não confundir os termos diarreia crônica inespecífica e diarreia persistente. Esta última, conceitualmente, é uma diarreia aguda infecciosa que persiste por mais de 14 dias.

2

No exame inicial de uma criança com desnutrição primária do tipo kwashiorkor, é mais provável observar-se:

- (A) anemia, com baixa concentração de ferro sérico
- (B) raquitismo, por depleção de vitamina D
- (C) manifestações clínicas de hipovitaminose A, em graus variáveis
- (D) esteatose hepática, por ingestão excessiva de lipídios saturados
- (E) volumosa ascite, secundária à hipoalbuminemia

A = 21.7%; D = 4.1%;
 B = 6.1%; E = 37.9%
 C = 30.2%

Resposta Correta: C

✎ Esta questão destaca aspectos de grande interesse a respeito de desnutridos graves. Evidencia, como resposta correta, a hipovitaminose A, assunto de absoluta relevância. Apesar de num amplo contexto, em desnutridos leves e moderados, a anemia ferropriva deve-se, habitualmente, à baixa ingestão de ferro, cursando com baixa concentração de Fe sérico, a anemia de desnutridos graves é multifatorial (depleção de proteínas, cobre, ácido fólico, redução da vida média das hemácias, da demanda periférica de O₂, etc). A concentração de Fe sérico é normal, a transferrina plasmática é baixa (logo, com saturação elevada) e o nível de ferritina circulante é maior do que o normal. O raquitismo é resultante da carência

de vitamina D. Em geral manifesta-se durante a fase de recuperação do desnutrido, não sendo um aspecto que se destaca no exame inicial.

A esteatose hepática relaciona-se, em desnutridos, à ingestão calórica à base de glicídios, não de lipídios saturados. E, esta é uma importante consideração dietética.

Ascite volumosa em um desnutrido é sinal clínico de grande relevância, que indica uma patologia associada (por exemplo, tuberculose peritonal, hepatopatia grave com hipertensão porta, etc). Um grave erro será cometido se, diante da observação deste sinal, o médico acomodar, negligentemente, tal diagnóstico ao quadro de desnutrição. A desnutrição primária não determina ascite.

3 A associação que indica um pior prognóstico para pacientes gravemente desnutridos é:

- (A) edema e hipoalbuminemia
- (B) hiponatremia e depleção de potássio
- (C) esteatose hepática e redução dos triglicerídios séricos
- (D) hipostenúria e carência de zinco
- (E) diarreia e intolerância à lactose

A = 17.4%; D = 10.2%;

B = 15.2%; E = 27.3%

C = 30.0%

Resposta Correta: B

✎ Muitos autores mostram ser um indicador de mau prognóstico em desnu-

tridos, a associação de hiponatremia e depleção de potássio.

Neles, a hiponatremia que reflete a baixa concentração de Na^+ no compartimento extracelular, é considerada como sendo uma adaptação à hiposmolaridade que se desenvolve no meio intracelular, resultante da depleção aguda de proteína e de íons inorgânicos, fosfato e K^+ , em especial.

Quantitativamente, tal depleção é imagem de intenso catabolismo celular e se traduz em comprometimento bioquímico isto é, limitação na síntese enzimática, na produção e no aproveitamento de energia.

A concomitante observação de hiponatremia e depleção de K^+ (com alguma limitação, espelhada na hipopotassemia) é um sinal de alarme dos graves eventos celulares em curso. Na compreensão destes eventos, percebe-se que a atitude terapêutica deve ser voltada para a célula e não para o compartimento extracelular. Necessário é nutrir (repor proteínas, energia K^+ , etc...), reduzir o catabolismo (tratar eventual infecção) e deixar a hiponatremia intocada. Recompor a concentração de Na^+ para o nível normal equivale a romper um ténue estado de equilíbrio osmótico, e não raro, custa uma vida. E mais, observando o evoluir favorável da natremia, tem o médico um bom indicador da reorganização bioquímica do paciente. Por último, não esqueça o colega: quando o desnutrido apresenta edema, a despeito da hiponatremia, é seguro que a massa corpórea

de sódio encontra-se aumentada.

Os outros dados contidos nas demais assertivas, são inerentes a um quadro de desnutrição de 3º grau do tipo kwashiorkor e não são indicadores isolados de mau prognóstico.

4

É surpreendentemente bom o padrão de crescimento durante os 6 primeiros meses de vida, de um lactente alimentado exclusivamente no seio de uma mãe, mesmo desnutrida. No entanto, este lactente ingere leite com baixo teor de:

- (A) lactose
- (B) gordura
- (C) proteína
- (D) vitaminas hidrossolúveis
- (E) minerais (cálcio e fósforo)

A = 4.4%; D = 33.8%;
 B = 24.4%; E = 14.3%;
 C = 23.2%

Resposta Correta: D

↘ A composição do leite humano pode sofrer alterações de acordo com o tipo de alimentação materna. Embora diferente da mãe bem nutrida, o leite da mulher desnutrida consegue cumprir seu papel nutritivo. Isto pode ser explicado porque os macronutrientes e o conteúdo energético do leite são derivados, primariamente, de fontes endógenas de síntese.

Já com relação às vitaminas, sua presença no leite materno depende da

ingesta materna pois elas passam inalteradas, diretamente do sangue para o lúmen alveolar do tecido mamário.

5

A mãe de um lactente está preocupada com a prescrição de “leite de soja” (industrializado, fórmula infantil) para o seu filho, em virtude do diagnóstico de alergia ao leite de vaca, pois ouviu dizer que este alimento:

- não permite adequado ganho de peso
- limita o crescimento
- prejudica o desenvolvimento intelectual
- causa raquitismo, por ser pobre em cálcio
- também pode ser alergênico

O número de afirmativas corretas é:

- (A) 1 (B) 2 (C) 3 (D) 4 (E) 5

A = 65.0%; D = 2.6%;
 B = 23.6%; E = 2.1%;
 C = 6.7%

Resposta Correta: A

↘ As fórmulas infantis à base de soja constituem-se numa opção durante o manuseio da intolerância ao leite de vaca. Nutricionalmente completas, elas permitem um perfeito crescimento e desenvolvimento da criança. A restrição ao seu uso está no sabor, nem sempre agradável ao paladar da criança, e ao risco de também ser alergizante. Cerca de 20 a 30% das crianças com intolerância ao leite de vaca não toleram a proteína da soja.

6 Deve ser desestimulada, entre crianças e adolescentes, a prática rotineira de substituir refeições balanceadas por “refeições ligeiras” (sanduíches, batatas fritas, sorvetes, etc...), porque estas:

- são hipercalóricas
- tendem a ser hiperprotéicas
- contêm excessiva quantidade de sódio
- são ricas em fibras sem valor nutritivo
- são praticamente isentas de vitaminas e oligoelementos

O número de afirmativas corretas é:

(A) 1 (B) 2 (C) 3 (D) 4 (E) 5

A = 5.2%; D = 12.3%;

B = 32.1%; E = 8.4%

C = 41.9%

Resposta Correta: B

Estudos da O.M.S. concluem que há evidências suficientes para se recomendar uma moderada redução na ingestão de sódio, trabalhar na prevenção precoce da obesidade e estimular a prática de atividades físicas.

O consumo das refeições ligeiras (“fast foods”) deve portanto ser controlado, uma vez que seus componentes são, principalmente, hipercalóricos e muito ricos em sódio.

7 Um pré-escolar apresenta ao exame do abdome: hepatomegalia, com fígado de consistência muito aumentada, sinais de hipertensão porta, sem ascite. Os resultados bioquímicos mostram provas funcionais hepá-

ticas normais. Quando lactente, exibiu um quadro de insuficiência renal. À época, submetido à biópsia, foi estabelecido o diagnóstico de doença policística do rim. O caso descrito sugere:

- (A) fibrose hepática congênita
- (B) deficiência de alfa-1-antitripsina
- (C) tirosinemia
- (D) trombose da veia porta
- (E) hepatocarcinoma

A = 25.0%; D = 38.8.3%;

B = 26.3%; E = 3.4%

C = 6.5%

Resposta Correta: A

A fibrose hepática congênita manifesta-se inicialmente com hepatomegalia de consistência muito aumentada entre 1 e 3 anos, com progressão para hipertensão porta com esplenomegalia e varizes de esôfago. A doença hepática coexiste em quase todos os casos com anormalidades renais (ectasia tubular renal ou doença policística). As provas de função hepática são normais exceto durante episódios de colangite. O tecido hepático acusa bandas de tecido conjuntivo maduro com distribuição portal e periportal contendo ductos biliares interlobulares ectásicos e displásicos. As opções (b) e (c) representam doenças metabólicas de quadro clínico completamente diverso. A trombose de veia porta isolada não é compatível com hepatomegalia nem está associada a doença renal. A opção (e) se afasta do caso clínico proposto e não coexiste com doença policística do rim. Alguns

pacientes que sofrem muitos episódios de colangite parecem ter um risco aumentado para desenvolver carcinoma de ductos biliares tardiamente.

8

Uma criança de 15 meses de idade, tem apresentado episódios frequentes de hipoglicemia. Ao exame, observa-se atraso no desenvolvimento somático e motor, hepatomegalia volumosa, com fígado de consistência macia. Não há história de icterícia. Tal quadro clínico sugere:

- (A) frutosemia
- (B) galactosemia
- (C) cistinose
- (D) glicogenose
- (E) lipidose

A = 3.5%; D = 45.6%;
 B = 42.2%; E = 6.8%
 C = 1.9%

Resposta Correta: D

↘ A associação de episódios de hipoglicemia, atraso de desenvolvimento somático e motor com hepatomegalia volumosa de consistência macia, praticamente faz o diagnóstico clínico de glicogenose. A galactosemia pode se apresentar no período neonatal de forma aguda e fulminante, mas é mais comum com a manifestação subaguda após 2 semanas de ingestão de lactose, com anorexia, letargia, vômitos, diarreia, pouco ganho de peso e convulsões. O fígado está aumentado, mas é de consistência firme e geralmente aparece icterícia. Na frutosemia o sinal cardinal é o vômito e o fígado

está aumentado e endurecido. Existe progressão da doença hepática e a criança tem curiosa aversão a comidas doces. A forma infantil de cistinose tem no rim a agressão principal e as lipidoses não apresentam hipoglicemia e mostram esplenomegalia.

9

Você está atendendo a uma criança cujo distúrbio hidreletrolítico foi classificado como hipernatremia hipovolêmica (desidratação do 2º grau; Na^+ sérico = 168mEq/L). Com 24h de correção, o Na^+ sérico encontra-se em 146 mEq/L, os sinais clínicos de desidratação não mais existem e restabeleceu-se a diurese. Súbito, a criança apresenta convulsões. É mais provável que estas sejam devidas, inicialmente, a:

- (A) meningoencefalite intercorrente
- (B) edema cerebral
- (C) hipocalcemia
- (D) hiperglicemia
- (E) hemorragia intracraniana

A = 1.5%; D = 1.9%;
 B = 66.3%; E = 11.9%
 C = 18.3%

Resposta Correta: B

↘ Quando estamos corrigindo um distúrbio eletrolítico causado por hipernatremia, devemos ter o cuidado de nunca proceder uma correção rápida desses níveis. É seguro e recomendável reduzir a concentração de sódio sérico em 10-15 mEq/litro/dia.

A correção rápida que se fez nesta crian-

ça resultou em edema cerebral, o principal motivo da convulsão. Isto aumenta muitas vezes a chance de lesão neurológica permanente e também aumenta os riscos de morte do paciente.

10 Na alcalose metabólica, que resulta de vômitos freqüentes ou de drenagem gástrica prolongada, não raro, observa-se depleção de K^+ . Isto, deve-se em grande parte:

- (A) à elevada concentração de K^+ no fluido gástrico
- (B) ao incremento na excreção urinária de K^+
- (C) à intoxicação por metoclopramida
- (D) ao hipoaldosteronismo secundário
- (E) a um aumento da atividade $H^+/K^+ATPase$ a nível gástrico

A = 40.1%; D = 12.2%;
 B = 11.9%; E = 35.7%
 C = 0.2%

Resposta Correta: B

✎ Não é elevada a concentração de K^+ no fluido gástrico. A expoliação de K^+ ocorre por via urinária. A alcalose metabólica resultante da perda gástrica de Cl^- e de H^+ (associada ao hiperaldosteronismo secundário, por depleção de volume) determina o exuberante efluxo de K^+ , observado em casos semelhantes ao proposto. Pelo menos 2 mecanismos devem ser considerados. Primeiro, a alcalose metabólica aumenta a concentração de K^+ intracelular, $[K^+]$. Segundo, a maior concentração de HCO_3^- no

ultrafiltrado, incrementa a negatividade intraluminal ao nível dos ductos coletores corticais. Estes fatores aumentam a secreção de K^+ para o fluido urinário, e em tal monta, que justificam a depleção corporal de K^+ . E mais, se o médico desconhece este fato, talvez substima a depleção de K^+ em tais situações e suas gravíssimas conseqüências.

11 Um escolar de 10 anos apresenta-se com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e distensão do abdome. O RX de tórax revela pequeno derrame pleural à direita. Ele está afebril porém seu hemograma revela grande leucocitose. Neste paciente, você também poderá encontrar:

- (A) grande eosinofilia
- (B) P.P.D. reator forte
- (C) elevação da amilase sérica
- (D) coprocultura positiva para *Clostridium difficile*
- (E) E.C.G com intervalo QT prolongado

A = 32.3%; D = 4.8%;
 B = 9.8%; E = 4.8%
 C = 48.1%

Resposta Correta: C

✎ O quadro clínico descrito, incluindo o derrame pleural é típico de pancreatite aguda. Poderíamos pensar em tuberculose pelo derrame mas ele não explicaria o quadro de abdome agudo. O *C. difficile* pode causar a gravíssima colite pseudomembranosa mas esta não está associada a abdome agudo e não explica o derrame pleural.

12 Nas fezes diarréicas de uma menina de quatro anos de idade foram identificados trofozoítos de *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*. Neste caso, o tratamento deve ser feito preferencialmente com:

- (A) teclozam
- (B) albendazol
- (C) tiabendazol
- (D) praziquantel
- (E) metronidazol

A = 2.2%; D = 1.9%;
 B = 4.1%; E = 89.1%
 C = 2.7%

Resposta Correta: E

✎ O uso de medicamentos deve ser uma excessão nos casos de diarréia aguda. O adequado suporte hidroeletrolítico e nutricional é decisivo para reduzir a mortalidade e morbidade. Os antimicrobianos ficam reservados aos casos de diarréia com sangue nas fezes e que, após a reidratação, mantém comprometido o estado geral, e aos casos graves de cólera. Diante da identificação, em fezes diarréicas, de trofozoítos de *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica* recomenda-se o tratamento com *Metronidazol* em três doses diárias durante cinco dias.

13 “REFRIGERANTE NÃO É REIDRATANTE”

Esta frase é verdadeira porque os refrigerantes:

- (A) têm um pH muito baixo
- (B) têm baixos teores de sódio
- (C) têm altos teores de potássio
- (D) possuem conteúdo gasoso que induz a vômitos
- (E) são habitualmente líquidos hipoosmolares

A = 4.4%; D = 15.2%;
 B = 43.7%; E = 27.2%
 C = 9.3%

Resposta Correta: B

✎ Embora nos pareça tentadora a idéia de oferecer refrigerantes como hidratante oral, pelo sabor adocicado e de fácil aceitação, eles não devem ser usados. Os refrigerantes têm uma composição muito pobre em sódio e altos teores de carboidrato. Como ilustração vejamos a composição de dois refrigerantes de marca consagrada.

1 - 2 mEq de Na / litro

Coca cola

0,1 mEq de K / litro

1 - 2 mEq de Na/litro

Pepsi-cola

0,1 mEq de K/litro

14 Uma criança de 2 anos está recebendo T.R.O. (1 pacote de sais de reidratação da O.M.S. diluído em 1 litro de água). Ela está desidratada de 2º grau. A mãe se queixa que a aceitação do soro está ruim e que em 90 minutos de tratamento já vomitou 2 vezes. O procedimento correto para melhorar a aceitação do

soro é:

- (A) administrar metoclopramida, dose única intramuscular, metade da dose normalmente usada, para evitar sonolência que prejudicaria ainda mais a T.R.O.
- (B) modificar a diluição para 1 pacote em 2 litros de água, o que melhora o paladar e a aceitação
- (C) saborizar o soro diluído, o que melhora o paladar e a aceitação
- (D) oferecer o soro já preparado em pequenos volumes, a intervalos curtos
- (E) iniciar T.R.O. por gastrólise, já que se trata de desidratação do 2º grau com vômitos

A = 1.6%; D = 78.2%;
 B = 0.2%; E = 18.9%;
 C = 1.0%

Resposta Correta: D

✎ Esta é uma situação clássica e corriqueira.

A T.R.O. pode ser tentada em qualquer fase da desidratação, desde que não haja sinais de choque iminente ou impossibilidade de ingerir espontaneamente líquidos.

O uso dos antieméticos pode contribuir para o prejuízo da aceitação do soro, uma vez que provocam sonolência. Saborizar os S.R.O. poderia induzir à aceitação desnecessária do soro.

O principal segredo do sucesso do T.R.O. é a paciência e a persistência, ou seja, oferecer pequenos volumes a intervalos curtos.

15

A diminuição da produção do leite materno ocorre em mães que fazem uso de:

- (A) diuréticos
- (B) antifúngicos
- (C) sulfonamidas
- (D) antiinflamatórios
- (E) broncodilatadores

A = 66.6%; D = 7.3%;
 B = 4.1%; E = 12.0%;
 C = 9.8%

Resposta Correta: A

✎ A sucção do mamilo pelo bebê estimula, através de impulsos sensoriais, a liberação de prolactina pela hipófise anterior. A prolactina vai por via sanguínea para a mama e estimula as células secretoras a produzirem leite. Algumas drogas como: diuréticos, ergotamina e estrógenos (incluindo contraceptivos) não devem ser usadas em mulheres que estão amamentando pois podem determinar inibição da prolactina, acarretando conseqüentemente a diminuição da produção do leite materno e por isso em caso da necessidade de uso, devem ser usadas outras alternativas.

16

O leite materno ordenhado pode ser guardado com segurança no congelador (freezer) por um período de até:

- (A) 24 horas
- (B) 72 horas
- (C) 6 dias
- (D) 9 dias
- (E) 15 dias

A = 18.5%; D = 2.8%;
 B = 30.0%; E = 38.3%
 C = 10.2%

Resposta Correta: E

✎ O leite materno pode ser guardado na geladeira (refrigerador), na vasilha em que foi colhido, tampada, podendo ser oferecido até 24 horas após a coleta. Quando a casa tem congelador (freezer) o leite pode ser guardado com segurança até 15 dias. A mãe só deve fazer isto quando for orientada por pessoal de saúde capacitado. Antes de oferecer ao bebê, descongelar o leite em banho-Maria ou retirar e deixar em temperatura ambiente para descongelar. Agitar e oferecer quando estiver em temperatura ambiente, usando colherinha ou copinho, jogando fora o que sobrar.

17

Quando o aleitamento materno exclusivo está sendo insuficiente para o desenvolvimento da criança durante os quatro primeiros meses de vida, a melhor conduta é:

- (A) suplementação com fórmulas lácteas
- (B) suplementação com suco de frutas
- (C) suplementação com suco de frutas e papa de frutas
- (D) introdução de sopa de legumes
- (E) introdução gradual da comida da casa na forma líquido-pastosa, às colheradas

A = 58.1%; D = 6.4%;
 B = 5.2%; E = 7.9%
 C = 22.5%

Resposta Correta: A

✎ As fórmulas lácteas são a melhor opção quando o aleitamento materno não consegue os melhores resultados. Práticas, nutricionalmente adequadas, se corretamente preparadas preenchem as necessidades nutricionais de um lactente até o 4º mês de vida.

O uso de sucos, sopas, etc, não estão adequados pois a criança nesta idade não tem ainda postura ou reflexos coordenados para deglutição de alimentos semi pastosos, além do que, aumenta-se muito a chance de expor a criança a alérgenos alimentares muito precocemente.

18

Um lactente com 5 meses de idade, nascido a termo, 3 kg, sem intercorrências patológicas até o momento, vem à primeira consulta. Está em aleitamento materno exclusivo. No exame você nota peso no percentil 8,0 e altura no percentil 5,0. Sua orientação é:

- (A) suplementar o aleitamento materno com fórmulas lácteas
- (B) suplementar o aleitamento materno com sopa de legumes ou papa de frutas
- (C) solicitar cultura de urina
- (D) manter em aleitamento materno exclusivo e observar até a próxima consulta
- (E) encaminhar a um programa de atenção à crianças desnutridas

A = 1.9%; D = 56.0%;
 B = 20.8%; E = 5.8%
 C = 15.5%

Resposta Correta: D

✎ A interpretação correta do crescimento de uma criança depende, de um modo muito importante, do seguimento evolutivo deste crescimento. Assim, do ponto de vista antropométrico, uma única anotação de peso, por exemplo, não significa necessariamente carência nutricional. Consultas subseqüentes poderão mostrar que o percentual 8.0 é o percentil de crescimento normal de nossa criança. Nenhuma avaliação do peso pode ser feita sem correlação com a estatura. Estar no percentil 5.0 nos tranquiliza. Qualquer interferência nutricional porque o peso está no percentil 8.0 em uma criança alimentada exclusivamente ao seio materno, se constitui em conduta errônea.

A solicitação de urocultura não procede pois não há sinais infecciosos na história nem comprometimento comprovável no desenvolvimento desta criança.

19

Os pais de um lactente com 2 meses de idade estão muito ansiosos com os episódios de cólica da criança, que são noturnos e com até 2 horas de duração.

A criança está saudável, alimentada exclusivamente ao seio materno e o exame físico é normal. Neste caso, a melhor orientação é:

- (A) oferecer chás com propriedades tranquilizantes no momento das cólicas
- (B) oferecer chás com propriedades tranquilizantes no momento das cólicas e colocar compressas mornas no ab-

dômen da criança

- (C) administrar antiespasmódicos seguros, à base de diciclomina
- (D) rever a dieta da mãe evitando a ingesta excessiva de alimentos cítricos
- (E) rever a dieta da mãe reduzindo e controlando a ingesta de leite e seus derivados

A = 0.7%; D = 34.5%;
B = 12.7%; E = 46%
C = 5.4%

Resposta Correta: E

✎ As cólicas infantis, uma queixa muito comum nos lactentes jovens, são de fato um causador de ansiedade nos pais. A criança alimentada ao seio não deve receber chás, principalmente pelo risco de induzi-la ao desmame. Não se preconiza o uso da diciclomina pois para alcançarmos o efeito antiespasmódico, as doses deveriam ser tão altas que oferecem risco à saúde do lactente. Não há relação entre cólicas e alimentos cítricos. Modernamente aventa-se a relação ingesta exagerada de produtos lácteos pela nutriz e maior incidência de cólicas na criança, provavelmente pelo efeito irritativo da proteína heterológica levada ao lactente através do próprio leite materno.

20

Uma criança de 3 anos, considerada pelos pais como “tranqüila e obediente” sofreu importante queimadura na palma das mãos ao tocar no forno quente da cozinha.

Agora os pais estão muito ansiosos e querem saber como agir com o filho diante do risco de novos acidentes domésticos. A melhor orientação é:

- (A) tranquilizar os pais, pois, após um acidente desta gravidade, naturalmente a criança ficará mais cuidadosa
- (B) vigiar rigorosamente a criança pois, na verdade, ela não deve ser tão tranquila e obediente quanto eles imaginavam
- (C) intensificar os ensinamentos sobre acidentes domésticos pois pela repetição a criança aprende a se proteger
- (D) proteger a criança e reduzir as situações de risco pois somente ao redor de 5-6 anos, ela é capaz de se proteger
- (E) matricular a criança numa creche onde estará mais segura sob constante vigilância

A = 2.2%; D = 69.9%;
 B = 5.9%; E = 0.1%
 C = 21.9%

Resposta Correta: D

Os pais desta criança acidentada devem ser orientados com base na máxima que diz: “Até 5 anos proteção, depois educação”. O que queremos dizer é que até os 5 anos, além de receber noções básicas de educação contra riscos, a criança deve ser, principalmente protegida contra os acidentes. Não se deve esperar a verdadeira percepção do risco antes desta idade. Não se deve crer que exista aprendizado sobre erro já

cometido e corrigido e não há razão para uma educação ansiosa. O mais importante, repetimos, é proteger a criança, reduzindo ao mínimo sua exposição a situações de risco.

21

Em uma menina de 14 meses, você nota a fusão parcial (aderência) dos pequenos lábios, que se estende por cerca de 1 cm. Não há indícios de inflamação, mas ela parece sentir algum desconforto ao urinar. A conduta mais adequada é:

- (A) administração oral de estrógenos em dose baixa
- (B) aplicação local de um creme de estrógenos
- (C) exame genital sob anestesia
- (D) separação manual das aderências
- (E) separação cirúrgica das aderências

A = 0.2%; D = 15.8%;
 B = 73.2%; E = 9.6%
 C = 1.2%

Resposta Correta: B

A sinéquia ou fusão parcial dos pequenos lábios parece resultar de uma cicatrização parcial de duas superfícies inflamadas e em íntimo contato. Nas meninas pequenas ocorre com mais frequência devido à irritação vulvar por urina e fezes.

O que se vê é uma membrana fina, translúcida, unindo os pequenos lábios numa extensão de 2 a 15 mm. Pode ocultar completamente os orifícios da vagina e da uretra.

As sinéquias que não ultrapassam 1/3 da distância da fúrcula ao clitóris podem ser resolvidas com recomendação de boa higiene local e aplicação de vaselina, para que não progridam.

Aquelas que chegam a esconder a vagina e a uretra podem resultar em infecção urinária e devem ser desfeitas. Algumas são tão tênues que à simples inspeção, se abrem. Na maioria das vezes isto não acontece, e não se justifica nenhuma manobra dolorosa para forçá-las. A aplicação de um creme de estrógenos, à noite, durante 1 ou 2 semanas, exatamente sobre a linha da aderência, sempre resolve o problema. A criança deve ser revista ao fim deste período e aí sim fica fácil, sem dor, separar os pequenos lábios. Muitas vezes o processo de separação começa pelo aparecimento de um orifício ao longo da sinéquia, que com mais alguns dias de tratamento acaba se estendendo, com completa abertura. O uso tópico dos estrógenos vai resultar em alguns efeitos locais, como a hiperpigmentação dos lábios e o aparecimento de uma secreção vaginal clara, que logo desaparecem com o cessar do tratamento. Nas aplicações mais frequentes ou prolongadas pode ocorrer um aumento mamário, também temporário.

22 Você examinou há 48h atrás uma criança com 18 meses de idade e observou: febre (38°C), tosse irritativa, FR = 40 IRPM e ausculta pulmonar com muitos roncosp. Hoje ela retorna, apresentando febre alta (até 39,5°C), tosse produtiva, FR = 65 IRPM e ausculta pulmonar com estertores

subcrepitantes esparsos.

De acordo com o Manual de Assistência das Infecções Respiratórias Agudas do Ministério da Saúde, o dado de valor prognóstico na evolução deste caso é:

- (A) a elevação da temperatura
- (B) a modificação no padrão da tosse
- (C) o aumento da frequência respiratória
- (D) a mudança na ausculta pulmonar
- (E) a idade da criança

A = 1.5%; D = 6.5%;
 B = 1.4%; E = 2.5%
 C = 88.1%

Resposta Correta: C

✎ O Manual de Assistência das Infecções Respiratórias Agudas do Ministério da Saúde deve ser uma leitura obrigatória para todos os pediatras. Com ele aprende-se a evitar a medicalização desnecessária e a reconhecer os riscos de agravo. O aumento da frequência respiratória em um lactente jovem de 18 meses é um dado preciso para a avaliação prognóstica.

23 No combate à cárie dentária, o pediatra deve saber que o método preventivo mais eficaz é:

- (A) fluoretação da água que serve à população
- (B) suplementação medicamentosa de flúor para as crianças
- (C) suplementação de flúor para a mãe durante o período gestacional
- (D) uso de dentifrícios contendo flúor

(E) aplicação tópica de flúor, uma vez ao ano

A = 71.5%; D = 5.6%;
B = 1.9%; E = 17.3%
C = 3.6%

Resposta Correta: A

✎ Parece não haver dúvidas quanto ao valor custo-benefício de se fluorar a água que serve às populações, prática esta não institucionalizada no Brasil. Estudos americanos mostram que, se a criança recebe água fluorada desde o nascimento, reduz-se a incidência das cáries em 40 - 50% na primeira dentição e 50 - 65% na dentição definitiva.

24 A mãe de uma criança com 2 meses de idade não permitia a aplicação da vacina tríplice (D.P.T.) porque esta havia sido internada em U.T.I. neonatal, onde apresentara episódio único de crise convulsiva. Diante desta situação, você:

(A) solicitaria relatório médico detalhado.

Em caso de meningite neonatal concordaria com a mãe, postergando a vacinação

(B) comunicaria o fato, por escrito, à Secretaria de Saúde local que elucidaria a questão

(C) tentaria diminuir a apreensão da mãe, reduzindo ao máximo o risco de convulsão, prescrevendo por 1 semana um anticonvulsivante (barbitúrico)

(D) argumentaria com a mãe que, qualquer das doenças preveníveis pela vacina traria um risco maior para a criança do que a possibilidade de crises convulsivas

(E) vacinaria a criança com a dupla (D.T.) uma vez que o risco de convulsão deve-se ao componente Pertussis

A = 1.5%; D = 73.1%;
B = 1.1%; E = 23.4%
C = 1.0%

Resposta Correta: D

✎ O tema evidenciado é a coqueluche. De modo mais específico, a discutida e discutível relação entre crise convulsiva e vacinação anti-pertussis. Os parâmetros fundamentais para decisão, devem considerar: 1) Quadro clínico e seqüelas resultantes da coqueluche em lactentes menores de 6 meses. 2) Se a vacinação anti-pertussis determina dano neurológico. 3) Se a vacinação anti-pertussis precipita crise convulsiva, em indivíduos que tenham apresentado crise convulsiva anterior.

Nos primeiros 6 meses de vida a coqueluche é uma doença grave. Além do extremo desconforto causado pela tosse repetida e incontrolável, os vômitos e a inerente dificuldade alimentar, a apnéia é comum e sérias complicações ocorrem com relativa freqüência: pneumonia (17%), convulsões (2,5%) e encefalopatia (0,9%). A taxa de óbito é de 0,5% em países desenvolvidos. Tais dados deixam longe o suposto risco de dano neurológico causado pela vacina, e mais, não

há demonstração cabal de que a vacina determine dano neurológico. Muitas das manifestações alegadas têm outras causas, como encefalite viral, infecções concomitantes, distúrbios neurológicos prévios e outras. No entanto, convulsões febris podem ser precipitadas pela vacinação, neste caso, não exclusivamente relacionadas à DPT; também, à tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Contudo, não há evidência de que tais convulsões determinem seqüelas ou agravem distúrbios neurológicos subjacentes. Propõe-se, para as crianças com história pessoal ou familiar de convulsões, a profilaxia da reação febril através da administração de antipirético em seguida à vacinação, 4 e 8 horas após. Tal procedimento seria recomendável para a criança evidenciada nesta questão, a despeito da convulsão única observada no período neonatal provavelmente não inserir risco maior de convulsão febril.

25 Dentre as afirmativas abaixo, a que melhor descreve o momento ideal para começar as vacinações em uma criança pré-termo é:

- (A) administrar as vacinas na mesma idade pós-concepcional das crianças nascidas a termo.
- (B) administrar as vacinas na mesma idade cronológica das crianças nascidas a termo.
- (C) adiar as vacinações até que a criança atinja 40 semanas de idade pós-concepcional.
- (D) adiar as vacinações até que a criança tenha alta do hospital.

(E) adiar as vacinações até que a criança esteja clinicamente bem por 2 meses consecutivos.

- A = 27.0%; D = 15.6%;
- B = 46.3%; E = 3.6%
- C = 7.4%

Resposta Correta: B

✎ A recomendação atual é de que as crianças pré-termo sejam vacinadas na mesma idade cronológica ou pós-natal que as crianças a termo. Esperar que a criança tenha alta do hospital ou atinja um determinado peso, só irá adiar desnecessariamente a proteção que pode ser obtida pela vacinação. Se a criança chega à idade de 2 meses ainda no berçário, deve receber as vacinas Tríplice (DPT), e de Hemophilus influenzae tipo b, conjugada se possível. A vacina Sabin, oral, não deve ser dada para evitar a transmissão de cepas do poliovírus no berçário. Nos E.U.A. usa-se a vacina Salk, de vírus inativado.

26 A criança com escorbuto comumente chora ao ser manipulada. Esta dor à manipulação se deve à presença de:

- (A) hemorragia periosteal
 - (B) fratura óssea espontânea
 - (C) osteogênese imperfeita
 - (D) osteocondrite
 - (E) periostite
- A = 40.5%; D = 21.1%;
 - B = 4.2%; E = 30.9%
 - C = 3.3%

Resposta Correta: A

As hemorragias subperiosteais são responsáveis pelas dores, espontâneas e à pressão, que constituem uma das manifestações mais importantes do escorbuto, acarretam choro freqüente, exacerbado pelas manipulações e levam muitas vezes à impotência funcional de um dos membros ou vários deles, notadamente dos inferiores. Há um intumescimento das extremidades com aumento do volume das articulações, por edema duro e tenso. Pequenas fraturas ocorrem logo abaixo da zona de calcificação provisória, cessa a formação de matriz osteóide normal, formando tecido conjuntivo frouxo. A hemorragia que se iniciara pelas regiões de calcificação provisória, irrompe e avança ao longo da diáfise, sem ultrapassar, contudo, os pontos de inserção do perióstio formando as hemorragias subperiosteais.

27 Menina de 5 anos, previamente hígida, foi internada com febre elevada e tosse há 72 horas. Apresentava taquipnéia (52 irpm) e síndrome de derrame pleural à direita. Radiografia de tórax mostrou derrame pleural de pequeno volume e condensação na base direita. O medicamento mais adequado para início de antibioticoterapia é:

- (A) eritromicina
- (B) sulfametoxazol - trimetoprim
- (C) penicilina cristalina
- (D) oxacilina e ceftriaxone
- (E) vancomicina e ceftazidime

A = 1.1%; D = 6.9%;
B = 0.6%; E = 0.2%
C = 91.2%

Resposta Correta: C

O caso clínico apresenta uma situação comum na prática diária que é a pneumonia adquirida na comunidade, em criança saudável e cuja radiografia de tórax mostra pequeno derrame pleural. Embora haja certa tendência em vários serviços de se pensar na etiologia estafilocócica nos casos de derrame pleural, sabe-se que na maioria das vezes o principal agente etiológico destas pneumonias bacterianas é o pneumococo. Vários estudos etiológicos de pneumonia, muito deles no Brasil, ratificam o papel do pneumococo nas pneumonias com derrame pleural e o tratamento mais indicado é a penicilina cristalina. A escolha da penicilina se deve ao fato de que a maioria das cepas causadoras de pneumonia no país é sensível à esse antimicrobiano. Os casos de resistência do pneumococo à penicilina são descritos em alguns locais, como Espanha, África do Sul e Hungria e se atribui ao uso indiscriminado de antibióticos naqueles países. No Brasil, estudos mostram que é pequeno o percentual de cepas de pneumococo resistente à penicilina e, além disso, nem sempre a resistência in vitro corresponde à resistência in vivo, isto é, quase sempre não há necessidade de trocar a penicilina por outro antibiótico, pois a resistência não é total. Deve-se suspeitar de pneumonia estafilocócica em grupos especiais de

pacientes, como os lactentes jovens, desnutridos, com portas de entrada (abscessos, piodermites), imunodeficientes e em crianças internadas em CTI ou com doenças de base. Nestes casos estará indicado o tratamento inicial com oxacilina.

28

Na investigação da criança com pneumonias recorrentes, a melhor indicação de ressonância magnética, seria na suspeita de:

- (A) corpo estranho intrabrônquico
- (B) adenomegalia hilar bilateral
- (C) bronquectasias
- (D) cisto pulmonar
- (E) anomalia vascular

A = 11.5%; D = 15.3%;
 B = 13.5%; E = 36.0%
 C = 23.4%

Resposta Correta: E

Entre as opções de resposta apresentadas, algumas necessitam de métodos diagnósticos que já estão bem estabelecidos. É o caso da suspeita de corpo estranho intrabrônquico - pesquisado por broncoscopia que poderia evidenciar o material aspirado ou por radiografias de tórax em inspiração e expiração que mostrariam a retenção de ar em um dos hemitóraces, resultante do mecanismo valvular causado pelo corpo estranho na luz brônquica.

Adenomegalias mediastínicas, bronquectasias e cisto pulmonar poderiam ser confirmados por tomografia computa-

dorizada (TC). Atualmente já se dispõe de modalidades de TC que permitem melhor definição de algumas lesões, como a TC de alta resolução e heliocoidal, cuja utilização em pediatria vem aumentando.


A ressonância magnética, embora ofereça uma vantagem sobre a TC, pois não emprega radiação ionizante, ainda tem limitações em doenças torácicas. Sua principal indicação diz respeito às lesões vasculares, pois identifica bem os vasos, substituindo quase sempre a arteriografia.

29

Um menino de 7 anos foi levado ao centro de saúde para revacinação do BCG. Constatou-se porém, que ele não havia sido vacinado ao nascer. Recebeu então a 1ª dose nesta oportunidade. De acordo com o Ministério da Saúde, a melhor conduta é:

- (A) dispensá-lo de revacinação BCG daqui a 6 anos
- (B) recomendar a revacinação BCG daqui a 6 anos
- (C) fazer o teste tuberculínico (PPD) anualmente e se este for reator forte, revacinar
- (D) fazer o teste tuberculínico (PPD) anualmente e se este for reator fraco, revacinar
- (E) fazer o teste tuberculínico (PPD) anualmente e se este for reator fraco, não revacinar

A = 41.6%; D = 20.0%;
 B = 26.5%; E = 9.6%
 C = 2.1%



Resposta Correta: A

Um dos objetivos da revacinação BCG é aumentar a cobertura por esta vacina em crianças e adolescentes, visando reduzir a ocorrência de formas graves de tuberculose nesses grupos etários. Como a questão trata de um escolar que não havia sido vacinado ao nascer, é recomendável que se proceda a vacinação com BCG o quanto antes, seguindo a noção de não se perder a oportunidade de imunização na infância. Esta preocupação também é reconhecida em outras vacinas do Programa Nacional de Imunizações, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

O Ministério da Saúde recomenda que a revacinação BCG seja feita em crianças ao entrar na escola, porque assim se conseguiria atingir maior número de indivíduos do que mais tarde, quando o adolescente sai da escola, como é feito em outros países. Esta preocupação se refere à grande perda que ocorre devido à evasão escolar em nosso país. Seguindo esta mesma lógica de aumentar a cobertura vacinal, é dispensável o teste tuberculínico prévio a revacinação pois o teste tem que ser aplicado num determinado dia e lido três dias após, o que evidentemente traz dificuldades operacionais.

Nesta questão, as opções de resposta que tratam da realização do teste tuberculínico, portanto não procedem. A recomendação oficial é que a criança que recebeu a primeira dose de BCG aos

6 anos seja dispensada de revacinação tempos depois, uma vez que o benefício da vacina a partir dessa idade, na população geral, é pequeno.

30 Segundo as normas do Ministério da Saúde, o tratamento da tuberculose nos pacientes com hepatopatias graves, deve ser feito, preferencialmente, com:

QUESTÃO ANULADA

As drogas anti-tuberculose mais empregadas, em geral apresentam potencial de dano hepático em algum grau. Sabe-se que a rifampicina e a izoniazida são as que mais causam hepatopatia em adultos. Alguns estudos ressaltam que a lesão hepática se dá, principalmente, pela associação de ambas as drogas. A pirazinamida também é hepatotóxica, tanto que seu uso em programa de Saúde Pública é relativamente recente, pois desde que fora descoberta há cerca de 40 anos era evitada por esse efeito colateral.

De qualquer modo, a toxicidade hepática na infância é pouco freqüente, a ponto de ser, excepcional na prática, a necessidade de troca de esquema terapêutico anti-tuberculose por colangite ou hepatite. A constatação da hepatotoxicidade é feita mais pela observação clínica, ou seja, presença de icterícia do que pelos exames laboratoriais, mostrando elevação de transaminases e de bilirrubina.

A questão refere-se ao caso de paciente

portador de doença hepática grave. Portanto nessas circunstâncias, deve ser evitado o uso de medicamentos com potencial reconhecido de lesão hepática. O esquema que contempla melhor esta situação é o formado por estreptomicina, etionamida e etambutol que são drogas seguras nesse ponto de vista.

31 Em massa no mediastino posterior de uma criança, os diagnósticos mais prováveis são:

- (A) cisto broncogênico, teratoma
- (B) cisto esofágico, tumor neurogênico
- (C) tumor tímico, linfoma
- (D) higroma cístico, tumor neurogênico
- (E) cisto broncogênico, anomalia dos grandes vasos

A = 17.0%; D = 17.6%;
 B = 21.0%; E = 14.3%;
 C = 30.0%

Resposta Correta: B

Para facilitar a definição de localização das doenças, o mediastino pode ser dividido em quatro quadrantes: 1) mediastino superior; 2) mediastino anterior; 3) mediastino médio; 4) mediastino posterior. O mediastino superior é a porção que se localiza posterior ao plano anterior da traquéia. Os cistos mediastinais primários representam anormalidades no desenvolvimento embriológico, que ocorrem exatamente no momento da separação do leito esofágico e pulmonar. Os cistos esofá-

gicos e gastroentéricos se localizam no mediastino posterior assim como os tumores de origem neurogênica, onde 80% destes, provém de células ganglionares da cadeia simpática paravertebral.

32 Paciente de 6 anos de idade tem diagnóstico de asma leve. De acordo com o 1º Consenso Brasileiro de Asma, o tratamento recomendado para este paciente na crise é:

- (A) aminofilina oral
- (B) antihistamínico oral
- (C) β_2 agonista inalatório
- (D) corticóide inalatório
- (E) cromoglicato dissódico inalatório

A = 1.1%; D = 0.7%;
 B = 0.8%; E = 2.9%;
 C = 94.4%

Resposta Correta: C

A intensidade do tratamento da asma se relaciona com a gravidade clínica. Como resultado os pacientes com sintomas leves e ocasionais devem ser tratados de modo intermitente, com finalidade de alívio rápido dos sintomas. Os β_2 agonistas inalatórios constituem a base do tratamento desses pacientes e poderão ser indicados nas crises, a cada 4-6 horas, até 2 vezes por semana, assim como meia hora antes da prática de exercícios caso o paciente apresente hiperresponsividade brônquica aquele exercício. Quando a necessidade dos

beta₂ ultrapassar o limite de 2 vezes por semana, o caso deixará de ser leve, tornando-se moderado.

33 Pré-escolar encontra-se bem, assintomático. Foi levado ao ambulatório porque nos últimos 18 meses, ficou internado 3 vezes em unidade de tratamento intensivo, devido a crise asmática. A prevenção das crises deve ser feita com:

- (A) β₂ agonista por nebulização
- (B) β₂ agonista por via oral
- (C) aminofilina por via oral
- (D) cetotifeno por via oral
- (E) corticóide tópico (inalatório)

A = 1.0%; D = 49.7%;
 B = 1.9%; E = 44.4%
 C = 2.9%

Resposta Correta: E

↘ O caso descrito se refere a um paciente que já esteve internado por asma várias vezes no último ano. Trata-se, pois, de asma grave, cujo conceito compreende também situações em que o paciente esteve em risco de vida, com sintomas contínuos (incluindo a asma noturna) ou muito freqüentes ou com atividade física limitada pela doença.

Dentre as drogas listadas, as que são reconhecidas como estritamente profiláticas são o cetotifeno e o corticóide tópico (inalatório). O efeito anti-inflamatório dos corticóides é cada vez mais valorizado na presença das crises asmáticas, porém, seu emprego com esse obje-

tivo que demanda utilização prolongada, deve ser preferencial em casos de asma grave. O cetotifeno não tem indicação nestes casos.

34 Uma criança de 28 meses de vida foi trazida ao setor de emergência com história de desconforto respiratório nas últimas 12 horas.

Ao exame físico apresentava-se irritado, choroso, com FR = 52 IRPM, T = 36,8°C, FC = 112 BPM e diminuição do murmúrio vesicular com raros sibilos no hemitórax D. A radiografia de tórax mostrou maior transparência do hemitórax D, sem imagens de condensação ou atelectasia. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) enfisema lobar congênito
- (B) agenesia do pulmão direito
- (C) bronquiolite
- (D) crise aguda de asma
- (E) corpo estranho em vias aéreas

A = 10.1%; D = 9.7%;
 B = 0.2%; E = 73.4%
 C = 6.6%

Resposta Correta: E

↘ Trata-se de um lactente entre 2-3 anos de idade com início súbito de sintomatologia respiratória e sinais auscultatórios localizados. Radiologicamente existem sinais indiretos sugestivos da alteração da ventilação e da perfusão do pulmão direito.

Das opções disponíveis, o enfisema lobar congênito é a hipótese menos provável, pelo seu início, geralmente

precoce, com insuficiência respiratória, além de imagens radiológicas de hiperinsuflação acentuada do lobo, balanço do mediastino contralateral e atelectasia homolateral dos lobos restantes. A agenesia do pulmão D fica também afastada, pelo fato de a imagem radiológica mostrar desvio homolateral do mediastino e do coração, o que não ocorreu no caso discutido. Na bronquiolite, a ausculta não seria localizada. Além disso o paciente está fora da faixa etária mais comum da bronquiolite. A crise aguda da asma é uma hipótese diagnóstica diferencial importante nesse caso em que houve aspiração do corpo estranho para o brônquio principal direito. Não se trata de asma porque a ausculta é localizada, a qual por si só deve alertar o pediatra para a hipótese de corpo estranho. Também, é sempre bom lembrar que: ”nem todo paciente que chia tem asma, mas quando, de repente, começa a chiar de um lado só, é corpo estranho!”.

Quanto ao diagnóstico de aspiração de corpo estranho, o paciente enquadra-se no grupo etário prevalente para este acidente e a ausculta localizada orienta o diagnóstico. A descrição do raio-X é compatível com aspiração precoce de corpo estranho que deve estar obstruindo parcialmente o brônquio principal direito. Se quiséssemos confirmar o diagnóstico, o exame radiológico do paciente, em decúbito lateral direito com raios horizontais, poderia demonstrar que o pulmão direito não se esvazia.

35

Lactente de 60 dias, feminina, nascida de parto normal, com peso de 3000g e estatura de 50cm é trazida ao Pronto Socorro com queixa de que há 3 dias apresenta tosse em crise e “falta de ar”. A mãe refere conjuntivite prévia. Nega febre. Ao exame físico: bom estado geral, FR = 70 IRPM, FC = 160 BPM, afebril, acianótica, anictérica. Presença de retrações intercostais e estertores crepitantes em bases pulmonares. Restante sem alterações. Exames subsidiários: RX de tórax com hiperinsuflação bilateral e aumento de trama vasobrônquica. Hemograma com Hb: 12,5g/dl, Leucócitos totais: 10.000 (bast-3%, seg-36%, eos-10%, linfo-48%, mono-3%). Trata-se, provavelmente, de pneumonia por:

- (A) Vírus Respiratório Sincicial
- (B) Pneumocystis carinii
- (C) Estreptococo do Grupo B
- (D) Chlamydia trachomatis
- (E) Citomegalovírus

A = 16.2%; D = 82.3%;
B = 0.6%; E = 0.3%
C = 0.6%

Resposta Correta: D

✎ Dentre as etiologias das pneumonias afebris do lactente, a Chlamydia trachomatis é a mais freqüente. O RN se contamina no canal de parto. Em 50% dos casos há referência de conjuntivite prévia ou ainda existente. As manifestações clínicas ocorrem em geral entre 4 e 12 semanas de vida, com quadro de tosse

paroxística, sem febre e bom estado geral. Ao exame físico detecta-se taquipnéia e crepitações finas em campos pulmonares.

Radiologicamente há hiperinsuflação bilateral e no hemograma um achado significativo é a eosinofilia (>300 céls./ cm^3). A confirmação etiológica é feita pela cultura para *Chlamydia* de secreções conjuntivais, nasofaríngeas ou retais.

36 Lactente de 16 meses com início gradual de febre, tosse metálica, estridor inspiratório e leve desconforto respiratório é levado ao Pronto Socorro. O provável diagnóstico e melhor conduta são:

- (A) Laringotraqueobronquite por *Haemophilus influenzae* tipo B. Internação, tratamento de suporte e antibioticoterapia endovenosa.
- (B) Laringotraqueobronquite pelo vírus Parainfluenza tipo I. Administrar antitérmicos se necessário, umidificar as vias aéreas e oferecer quantidade adequada de líquidos.
- (C) Epiglotite aguda por *Haemophilus influenzae* do tipo B. Internar, proceder entubação nasotraqueal e aplicar antibiótico EV.
- (D) Aspiração de corpo estranho. Broncoscopia.
- (E) Coqueluche por *Bordetella pertussis*. Tratamento de suporte e eritromicina.

A = 9.0%; D = 0.9%;
 B = 83.2%; E = 2.7%
 C = 4.2%

Resposta Correta: B

✎ O pico de incidência de laringotraqueobronquite ocorre entre 1 e 2 anos sendo causado na maioria dos casos pelo vírus Parainfluenza tipo 1. Alguns dias antes do quadro, há infecção de vias aéreas superiores com febre baixa. Após este período de 3 a 4 dias, o paciente desenvolve tosse metálica, rouquidão e estridor inspiratório, com ou sem febre. O curso da laringotraqueobronquite é insidioso, com duração de 3 a 4 dias, com piora do desconforto respiratório à noite. A indicação de tratamento domiciliar ou hospitalar depende da determinação da insuficiência respiratória. O tratamento domiciliar baseia-se somente em cuidados gerais de hidratação, alimentação e antipiréticos se necessário.

A epiglotite, embora rara, é uma infecção grave por *Haemophilus* do tipo B, acometendo na maioria dos casos crianças entre 2 e 4 anos. O quadro clínico é de toxemia, febre alta, dificuldade respiratória progressiva, e estridor laríngeo importante, associado à dispnéia.

37 Criança de 4 anos, com diagnóstico de Fibrose Cística, apresenta cultura de escarro positiva para *Staphylococcus aureus*, sensível somente à Vancomicina e Teicoplanina. A conduta mais adequada é:

- (A) repetir a cultura e se esta se mantiver positiva 3 vezes, tratar a criança.

- (B) não há necessidade de tratamento, pois o *Staphylococcus aureus* é normalmente encontrado na Fibrose Cística.
- (C) não há necessidade de se tratar esta criança pois somente as culturas positivas para *Pseudomonas aeruginosa* ou *Pseudomonas cepacia* exigem antibioticoterapia.
- (D) antibioticoterapia, indicada pelo antibiograma, para erradicar o *Staphylococcus aureus* do escarro desta criança.
- (E) realizar hemocultura para ver se há indicação de tratamento, uma vez que o encontro de *Staphylococcus aureus* no escarro pode ser contaminação.

A = 10.3%; D = 43.9%;
 B = 12.3%; E = 28.2%
 C = 5.0%

Resposta Correta: D

✎ O tratamento da doença pulmonar na fibrose cística é orientado baseando-se no resultado da cultura das secreções respiratórias obtidas por “swab” de orofaringe ou escarro, com testes de sensibilidade antibiótica e princípios específicos. Os princípios específicos adotados na maioria dos serviços são os de Hoiby, N., Departamento de Microbiologia Clínica, Copenhagen, Dinamarca, 1992. O encontro de *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae* e *P. aeruginosa* (inicial ou intermitente) indicam antibioticoterapia. Estes agentes devem ser erradicados, com sintomas clínicos ou não. O *Staphylococcus aureus* pode contribuir para a

lesão precoce das vias aéreas inferiores e predispor à infecção por *Pseudomonas aeruginosa*.

38

Um adolescente de 17 anos com fibrose cística vem a consulta preocupado com importante perda de peso no último mês (2,5 kg). Não apresenta descompensação pulmonar ou gastrointestinal. Diante deste quadro devemos pensar em:

- (A) cirrose biliar
 (B) diabetes mellitus
 (C) fibrose hepática
 (D) cor pulmonale
 (E) baixa ingestão de alimentos

A = 3.5%; D = 2.7%;
 B = 57.6%; E = 29.2%
 C = 6.9%

Resposta Correta: B

✎ O diabetes mellitus é uma entidade que pode ocorrer em pacientes adolescentes ou mais velhos portadores de fibrose cística (mucoviscidose). Ele resulta da fibrose pancreática e da destruição das células β . Este tipo de diabetes cursa com pouca tendência a cetoacidose. Em uma criança mais velha com fibrose cística que esteja perdendo muito peso deve se pensar nesta possível complicação da doença.

39

Assinale a manifestação abaixo relacionada à complicação do sarampo:

- (A) presença do sinal de Koplik já no período prodromico
- (B) distribuição confluyente do exantema
- (C) exacerbação da febre no início do período exantemático
- (D) manutenção ou retorno da febre no final do período exantemático
- (E) hiperpigmentação das lesões morbiliformes no período descamativo

A = 0.7%; D = 90.6%;
 B = 0.9%; E = 4.6%
 C = 3.1%

Resposta Correta: D

✎ A febre durante a manifestação clínica do sarampo têm um comportamento bastante característico e de valor prognóstico. Ela atinge seu pico máximo em torno do 2° - 3° dia de "rash" e cai em lise num período de 24 h. Se a febre persiste após o 3° - 4° dia de exantema, isto geralmente indica uma complicação intercorrente.

A presença do sinal de Koplik (patognomônica da virose) e a evolução do exantema não tem nenhum valor prognóstico.

40

Criança de 4 anos de idade com história de varicela há 10 dias vem ao pronto socorro com queixa de dificuldade súbita para deambular e marcha cambaleante. O diagnóstico mais provável para este caso é:

- (A) meningite asséptica
- (B) cerebelite
- (C) encefalite

- (D) síndrome de Reye
- (E) mielite transversa

A = 0.6%; D = 5.1%;
 B = 75.6%; E = 4.5%
 C = 14.2%

Resposta Correta: B

✎ São pouco comuns as complicações na varicela, sendo a infecção cutânea pelo estafilococo ou estreptococo a complicação mais freqüente. As manifestações clínicas no sistema nervoso central são bem conhecidas. A mais comum é a cerebelite que ocorre exatamente como no caso descrito e tem um prognóstico bom. A encefalite que se manifesta desde o início da doença tem uma evolução mais grave.

41

Um paciente de 13 anos apresentou há cerca de 1 mês, um quadro clínico de febre elevada, cefaléia retroorbitária, dor nas costas, mialgias intensas, náuseas e vômitos. Nas primeiras 24 a 48 horas de doença houve um discreto exantema macular que empalidecia à pressão. Este quadro durou cerca de 1 semana. Dois dias após a febre ter cessado surgiu novo exantema generalizado, maculopapular, poupando mãos e pés e que durou 4 dias. A recuperação do paciente foi completa. Retrospectivamente, a sua primeira hipótese diagnóstica seria:

- (A) exantema súbito
- (B) dengue
- (C) eritema infeccioso

(D) mononucleose infecciosa
(E) parvovirose

A = 5.0%; D = 15.9%;
B = 56.7%; E = 8.5%
C = 14.0%

Resposta Correta: B

✎ O quadro clínico descrito é clássico de dengue com exantema de evolução binodal, cefaléia intensa, febre elevada e outros sintomas constitucionais importantes. Nenhuma das outras patologias virais listadas tem curso semelhante.

42 A recomendação de imunização universal contra hepatite B em lactentes deverá diminuir a incidência de:

(A) hidropsia de vesícula biliar
(B) atresia de vias biliares
(C) hemocromatose
(D) carcinoma hepatocelular
(E) abscesso hepático

A = 0.7%; D = 90.4%;
B = 1.4%; E = 4.4%
C = 3.1%

Resposta Correta: D

✎ O vírus da hepatite B é considerado por alguns como o maior carcinogênio ambiental depois do tabaco. A diminuição das infecções produzidas por este vírus certamente levará a uma menor incidência de carcinoma hepatocelular.

43 Atualmente existe uma grande preocupação com o aparecimento de cepas de *Streptococcus pneumoniae* com sensibilidade diminuída ou resistência à penicilina G. Dados do Instituto Adolfo Lutz em São Paulo, revelam que cerca de 15% a 20% das cepas desta bactéria, vindas de diferentes regiões do país, são resistentes à penicilina G. A droga de escolha para o tratamento nestes casos é:

(A) cloranfenicol
(B) vancomicina
(C) amicacina
(D) claritromicina
(E) aztreonam

A = 28.2%; D = 38.8%;
B = 25.2%; E = 4.7%
C = 3.0%

Resposta Correta: B

✎ A resistência do pneumococo à penicilina é mediada por alterações em algumas “proteínas ligadoras de penicilina” (PBPs). A droga de escolha para o tratamento desta bactéria quando resistente a penicilina G é a vancomicina.

44 Criança de 5 anos de idade foi internada com diagnóstico de meningite meningocócica. Após 72 horas de tratamento apresentava-se afebril e em bom estado geral. No 5º dia de antibioticoterapia (ampicilina) volta a apresentar febre, dor e impotência funcional de membro supe-

rior direito, acompanhada de sinais flogísticos. O diagnóstico mais provável é:

- (A) artrite reacional
- (B) artrite séptica
- (C) osteomielite
- (D) empiema subdural parietal à esquerda
- (E) miosite

A = 25.0%; D = 6.0%;
 B = 54.5%; E = 5.7%
 C = 8.9%

Resposta Correta: A

☞ Frente a um quadro de artrite no curso de meningite por meningococo ou H. influenzae tipo b devemos distinguir dois tipos: artrite séptica por invasão direta do microorganismo durante o período inicial de bacteremia e artrite reacional, inflamatória, por deposição de imuno complexos.

A primeira costuma surgir nas primeiras 72 horas ao passo que a artrite reacional ocorre após o terceiro dia de doença quando a infecção já está sob controle.

45 Um lactente de 10 meses está internado há 6 dias com meningite por Haemophilus influenzae tipo B. Afebril há 48 horas. Evolução absolutamente favorável com ampicilina endovenosa. Hoje fez um pico febril de 38,5°C. Uma ultrassonografia transfontanela revela efusão subdural à esquerda, de médio volume. A sua conduta será:

- (A) recomendar aspirações repetidas até a total resolução
- (B) solicitar punção lombar de controle
- (C) indicar drenagem aberta pela neurocirurgia
- (D) observar. Trata-se de um evento possível na evolução da doença.
- (E) puncionar a efusão e enviar material para bacterioscopia e cultura.

A = 1.2%; D = 52.9%;
 B = 15.6%; E = 16.9%
 C = 13.3%

Resposta Correta: D

☞ Efusão subdural é um evento extremamente comum no curso de meningite por H. influenzae tipo b. A resolução, sem qualquer tipo de intervenção, é a regra.

46 Um adolescente de 14 anos apresenta-se com história de 4 dias de dor, edema e eritema no calcâneo esquerdo. Não há febre nem sintomas constitucionais. Há 6 dias atrás, pisou em um prego que perfurou o seu tênis e atingiu a região calcânea. Desde então vem apresentando sintomas inflamatórios progressivos no local. O exame clínico mostra uma ferida puntiforme na região plantar do calcâneo e intensos sinais de flogose ao redor. O diagnóstico provável é de osteocondrite do calcâneo. Dentre as alternativas abaixo, assinale a que indica o germe responsável por tal condição em cerca de 90% dos casos:

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*
- (B) *Staphylococcus aureus*
- (C) *Streptococcus pyogenes*
- (D) *Serratia marcescens*
- (E) *Bacteroides fragilis*

A = 8.1%; D = 1.3%;
 B = 47.7%; E = 12.7%
 C = 30.0%

Resposta Correta: A

↘ A *Pseudomonas aeruginosa* coloniza a parte interna de calçados tipo tênis devido às condições de umidade presentes. Ao se pisar em um prego e perfurar o calcâneo pode haver a inoculação direta do microorganismo no osso. A osteocondrite do calcâneo é uma doença infecciosa aguda cuja história é bastante peculiar. O tratamento envolve debridamento cirúrgico do calcâneo e antibioticoterapia venosa.

47 Um menino de 11 anos encontra-se febril há cerca de 15 dias. Queixa-se de cefaléia, mialgias, dor abdominal e intenso mal estar. O hemograma mostra linfocitose com 8% de linfócitos atípicos. As transaminases estão levemente elevadas. A sorologia para vírus Epstein-Barr mostrou VCA-IgG positivo e VCA-IgM negativo. O provável agente etiológico deste quadro é:

- (A) paramixovírus
- (B) *Mycoplasma*
- (C) parvovírus B19
- (D) vírus Epstein-Barr
- (E) citomegalovírus

A = 4.6%; D = 24.6%;
 B = 8.8%; E = 51.8%
 C = 10.2%

Resposta Correta: E

↘ Quadros febris com sintomas constitucionais, atipia linfocitária e alteração nas transaminases sugerem infecção pelo vírus Epstein-Barr ou citomegalovírus. Como a sorologia para Epstein-Barr foi negativa a única opção possível era a letra E.

48 Você recebe o telefonema da mãe de um de seus pacientes dizendo que na classe de sua filha de 6 anos houve um caso de escarlatina. Ela lhe solicita orientação e você recomenda:

- (A) fazer cultura de orofaringe e, dependendo do resultado, tratar
- (B) aplicar penicilina benzatina profilática
- (C) marcar consulta imediatamente, para avaliar a possibilidade de doença assintomática
- (D) observar e trazer para consulta caso a filha adoça
- (E) manter a filha fora da escola por uma semana

A = 14.4%; D = 56.9%;
 B = 25.3%; E = 0.2%
 C = 3.1%

Resposta Correta: D

↘ O Red Book, edição 1997, diz textualmente “exceto pela ocorrência do

exantema, a epidemiologia, sintomas, sequelas e tratamento da escarlatina não é diferente daquele da amigdalite estreptocócica”. Ora, se não tratarmos nem investigamos contactantes de amigdalite estreptocócica, não devemos fazê-lo para contactantes de escarlatina.

49

Uma criança de 18 meses é trazida à emergência devido a febre, irritabilidade e recusa em mover a sua perna esquerda. O exame clínico mostra que o joelho esquerdo apresenta-se edemaciado, com intensos sinais flogísticos. Há resistência à movimentação passiva da articulação. A principal hipótese diagnóstica é de artrite séptica. Dos exames abaixo, o mais importante para confirmar o diagnóstico é:

- (A) exame do líquido articular
- (B) radiografia simples do joelho
- (C) cintigrafia óssea
- (D) hemograma completo e VHS
- (E) hemocultura

A = 66.5%; D = 9.7%;

B = 9.8%; E = 6.4%

C = 7.7%

Resposta Correta: A

✎ Dos exames citados, o mais fidedigno e com maior valor preditivo é sem dúvida o exame do líquido articular, que mostrará alterações compatíveis com a hipótese diagnóstica de artrite séptica.

50

Um lactente de 9 meses é trazido ao seu consultório, com febre e irritabilidade há 48 horas.

Alimenta-se mal, mas a diurese é boa. Ao exame físico, tem aspecto de muito doente e a temperatura é de 40°C. Você não consegue localizar nenhum foco de infecção. O hemograma mostra uma leucocitose de 28.000/mm³, com predominância de polimorfonucleares. A etiologia mais provável para o quadro desta criança é:

- (A) Adenovírus
- (B) Haemophilus influenzae tipo B
- (C) Neisseria meningitidis
- (D) Staphylococcus aureus
- (E) Streptococcus pneumoniae

A = 6.8%; D = 8.5%;

B = 52.2%; E = 15.3%

C = 17.2%

Resposta Correta: E

✎ As crianças pequenas com frequência apresentam febre sem outros sinais de infecção. Cerca de 6% destas crianças têm uma bacteremia oculta. Os germes mais comumente isolados são o *S. pneumoniae* (antigo Pneumococo), o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), *N. meningitidis* e várias espécies de *Salmonella*. Calcula-se que *S. pneumoniae* é isolado em 85% dos casos de bacteremia oculta em lactentes e crianças pequenas. A bacteremia pelo *H. influenzae* é pouco comum nos países onde a vacina conjugada é utilizada. A bacteremia pela *N. meningitidis* é pouco comum e o *S. aureus* raramente atingiria uma criança imunologicamente competente como a descrita.

Pode ser difícil distinguir as bacteremias ocultas das infecções virais. Não há

nenhum exame laboratorial ou achado físico isolado que permita esta distinção. O melhor é uma avaliação geral da criança, de quão “bem” ou quão “tóxica” ela está, combinado com os resultados de um hemograma e um exame de urina.

Crianças com um aspecto “tóxico”, com febre acima de 39,5°C, leucometria total abaixo de 5.000/mm³ ou acima de 15.000/mm³ ou uma hemossedimentação elevada devem ser consideradas um grupo de risco e melhor avaliadas. Uma Proteína-C-Reativa elevada e uma neutrofilia são sugestivas de infecção bacteriana.

As infecções pelos estreptococos Grupo B também precisam ser consideradas como possíveis causas de bacteremia oculta em crianças com menos de 3 meses de idade.

51 Você atende uma criança de 4 anos que foi mordida na mão por sua colega de creche há 3 dias atrás. Hoje a lesão (ferida corto-contusa com cerca de 2 cm) apresenta-se endurecida, vermelha e edemaciada. A temperatura axilar da paciente é de 38,5°C. Sua orientação para este quadro deve ser:

- (A) encaminhar a um cirurgião plástico de mão
- (B) indicar debridamento cirúrgico e antibioticoterapia
- (C) indicar serviço de emergência para sutura e antibioticoterapia
- (D) prescrever pomada de bacitracina-neomicina e calor local

(E) prescrever amoxicilina oral e calor local

- A = 0.1%; D = 8.1%;
- B = 34.8%; E = 56.0%
- C = 1.0%

Resposta Correta: B

✎ Mordidas humanas tornam-se infectadas pela flora bacteriana da orofaringe: *S. aureus*, estreptococos e bacteróides. Um paciente com mordida humana infectada requer hospitalização para drenagem cirúrgica apropriada, bacterioscopia e cultura do exsudato, além de um debridamento vigoroso e antibioticoterapia.

52 Recém-nascido a termo, em bom estado geral, apresenta nas primeiras 48 horas de vida máculas eritematosas, pápulas e pústulas disseminadas na face, tronco, membros superiores e inferiores. O esfregaço obtido de uma pústula revelou a presença de eosinófilos. O diagnóstico provável é:

- (A) melanose pustulosa transitória neonatal
- (B) eritema tóxico neonatal
- (C) miliária neonatal
- (D) herpes simples neonatal
- (E) impetigo neonatal

- A = 18.3%; D = 2.1%;
- B = 52.2%; E = 22.1%
- C = 5.3%

Resposta Correta: B

✎ O eritema tóxico neonatal é uma dermatose benigna, autolimitada, de etiologia desconhecida, que se manifesta geralmente nas primeiras 48-72 h. de vida. Pode localizar-se em qualquer parte do tegumento, poupando as regiões palmo-plantares. A presença de eosinófilos na citologia da pústula é característica. No impetigo neonatal as lesões são vesicopustulosas, sob base eritematosa e localizam-se principalmente em áreas úmidas, com o predomínio de neutrófilos na citologia. Quanto à melanose pustulosa transitória neonatal, as pústulas rompem-se facilmente, deixando manchas acastanhadas, circundadas por uma fina descamação.

53

A mãe de um recém-nascido com 15 dias de vida procura o pediatra porque seu filho está evacuando 10 vezes ao dia fezes semi-líquidas amarelas, às vezes esverdeadas e explosivas. Mama bem ao seio, não apresenta febre, molha de dez a doze fraldas por dia. Às vezes, logo após as mamadas, ou no intervalo entre elas, chora muito e se contorce parecendo estar com dor. Em relação a esses fatos, é correto afirmar que:

- (A) esse padrão de evacuação é normal para uma criança que mama ao seio.
- (B) trata-se de hipolactasia primária, devendo-se substituir o leite materno por leite sem lactose.
- (C) o pediatra deve solicitar um exame hematológico completo e coprocultura pois, diarreia no período neonatal traduz alto risco.

- (D) trata-se de história compatível com cólica do lactente que deverá ser tratada com antiespasmódico.
- (E) a perda hídrica que está ocorrendo é devida ao excesso de lactose do leite humano. É recomendável a hidratação entre as mamadas.

A = 90.4%; D = 3.3%;
B = 2.5%; E = 2.7%;
C = 1.0%

Resposta Correta: A

✎ Esta é uma situação comum no atendimento aos recém-nascidos. O alto índice de acertos nesta questão - 90,4% nos tranquiliza e nos permite pensar que não mais se comete o grave erro de considerar o reflexo gastro-cólico, normalmente exacerbado nesta idade, como diarreia, intolerância à lactose ou outros diagnósticos absurdos. Cabe ao pediatra mostrar à família que o recém-nato está clinicamente bem e que este é um evento fisiológico e passageiro.

54

Mãe tipo O Rh negativo dá luz a criança tipo B positivo. É seu segundo filho. Nasceu bem, a termo e pesou 2550g. Com 24 horas encontra-se ativo, em bom estado geral, porém icterico até o púbis. Reação de Coombs direto da criança foi fracamente positiva. Coombs indireto da mãe foi negativo. O diagnóstico mais provável neste caso e sua conduta terapêutica é:

- (A) incompatibilidade pelo sistema Rh. Não se aplica gamaglobulina anti-D

na mãe e troca-se o sangue da criança.

- (B) incompatibilidade O/B que previne a Rh. Não se aplica gamaglobulina anti-D na mãe e a criança deve evoluir bem com fototerapia.
- (C) incompatibilidade O/B. Aplica-se gamaglobulina anti-D na mãe e fototerapia na criança.
- (D) incompatibilidade O/B. Não se aplica gamaglobulina anti-D na mãe e troca-se o sangue da criança.
- (E) incompatibilidade Rh. Aplica-se gamaglobulina anti-D na mãe e fototerapia na criança.

A = 2.7%; D = 1.0%;
 B = 20.1%; E = 35.1%
 C = 41.0%

Resposta Correta: C

Trata-se de uma mãe Rh negativo não sensibilizada (Coombs indireto negativo) que deu luz a um recém-nascido Rh positivo com Coombs direto fracamente positivo.

Diante deste quadro, a mãe deverá receber gamaglobulina anti-D após o parto, uma vez que existe o risco potencial de exposição materna às hemáceas do recém-nascido por ocasião do parto. Isto a sensibiliza e poderia apresentar-se como um problema em gestações futuras.

Quanto a natureza da hiperbilirrubinemia, o diagnóstico mais provável é a incompatibilidade O/B pois a reação de Coombs direto é fracamente positiva e a mãe não se encontrava previamente sensibilizada.

Fototerapia deve ser iniciada neste pa-

ciente uma vez que a icterícia é precoce (24 horas), de natureza hemolítica (Coombs indireto positivo) e clinicamente significativa (até o púbis).

55

O esquema terapêutico mais apropriado para o tratamento da sífilis congênita é:

- (A) penicilina G cristalina na dose de 25.000 a 50.000 U/kg/dia por via endo-venosa por 10-14 dias.
- (B) penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 U/kg/dia por via endo-venosa por 10-14 dias.
- (C) penicilina procaína na dose de 50.000 U/kg/dia por via intra-muscular por 10-14 dias.
- (D) penicilina procaína na dose de 100.000 U/kg/dia por via intra-muscular por 10-14 dias.
- (E) penicilina benzatina na dose de 50.000 U/kg dose única por via intra-muscular.

A = 18.5%; D = 2.4%;
 B = 59.8%; E = 8.7%
 C = 10.6%

Resposta Correta: B

A penicilina ainda é o antibiótico de escolha para o tratamento de todas as fases da Sífilis. Não há relatos de resistência a penicilina, a droga tem efeitos tóxicos mínimos e sua eficácia é comprovada.

Dentre as alternativas apresentadas, a que melhor preenche os critérios de tipo de droga, dosagem, via de administração e duração do tratamento é a opção B.

56 Um recém-nascido coabitante de foco bacilífero é trazido à consulta. A medida mais eficaz para protegê-lo contra a tuberculose é:

- (A) administrar isoniazida por 3 meses. Após este período, aplicar PPD e, se for não reator, vacinar com B.C.G.-ID.
- (B) administrar isoniazida por 3 meses. Após este período, vacinar com B.C.G.-ID.
- (C) administrar isoniazida por 6 meses. Após este período, fazer P.P.D. e se for não reator, vacinar com B.C.G.-ID.
- (D) administrar isoniazida por 6 meses e após este período, vacinar com B.C.G.-ID.
- (E) fazer P.P.D. e se for não reator, vacinar com B.C.G.-ID.

A = 55.5%; D = 7.6%;
B = 10.7%; E = 11.5%
C = 14.7%

Resposta Correta: A

✎ O recém-nascido que tenha contato íntimo com um tuberculoso bacilífero, merece, sem dúvidas, a proteção quimioprofilática da isoniazida. Em termos de saúde coletiva, o Ministério da Saúde não recomenda o teste rotineiro de PPD para crianças que vão ser vacinadas com o B.C.G.-ID. O caso de recém-nascido contactante é uma das situações de exceção.

57 Você é chamado para fazer a sala de parto de uma gestante hipertensa em trabalho de parto prematuro. A criança nasce

cianótica, em apnéia e a frequência cardíaca é de 80 bpm. O líquido amniótico apresentava-se bastante esverdeado e você nota mecônio espesso na cavidade oral do recém-nascido. Neste momento, sua conduta é:

- (A) aspirar boca e narinas; administrar oxigênio inalatório a 100%
- (B) aspirar orofaringe e narinas; ventilar com ambu e máscara
- (C) aspirar orofaringe e traquéia; ventilar com ambu e máscara-oxigênio a 100%
- (D) entubação traqueal; ventilação com ambu e máscara-oxigênio a 100%
- (E) secar o recém-nascido; ventilar com ambu e máscara-oxigênio a 100%

A = 2.1%; D = 15.6%;
B = 4.0%; E = 0.6%
C = 77.7%

Resposta Correta: C

✎ A conduta prioritária é a aspiração do mecônio através da visualização direta da orofaringe e traquéia.

Apesar do recém-nascido estar cianótico, apnéico e bradicárdico, o pediatra que o assiste na sala de parto deverá resistir à tentação de ventilá-lo. A ventilação sem a prévia aspiração do mecônio das vias aéreas, é extremamente prejudicial uma vez que empurra esta secreção espessa para as vias aéreas inferiores.

Após a aspiração, este paciente deverá ser ventilado, o que poderá ser feito através de tubo endotraqueal ou ambu e máscara.

A opção D está errada porque está incompleta. Menciona a entubação traqueal mas não especifica a aspiração.

58 A principal ação do surfactante no pulmão do recém-nascido prematuro é:

- (A) inibir a síntese de proteínas que levam ao acúmulo de líquido dentro dos sacos alveolares
- (B) reduzir as forças que tendem a colapsar os alvéolos, mantendo o volume alveolar ao final da expiração
- (C) regular a produção de lecitina e esfingomielina que estão diminuídas no pulmão do prematuro
- (D) diminuir a produção de prostaglandina nos pneumócitos do tipo II
- (E) induzir o crescimento da árvore alveolar aumentando a superfície de troca gasosa

A = 1.5%; D = 2.5%;
 B = 82.2%; E = 2.7%
 C = 11.2%

Resposta Correta: B

↘ A ação do surfactante artificial administrado a recém-nascidos prematuros em insuficiência respiratória é diminuir a tensão superficial a nível dos alvéolos. Isto reduz as forças que tendem a colapsar os alvéolos e que podem levar a atelectasias.

Portanto, ao final da expiração, o surfactante, preservando a arquitetura alveolar, mantém um volume de ar, impedindo o colapamento do alveolo.

59 Diversos estudos têm demonstrado uma grande variação na resposta terapêutica ao uso de surfactante exógeno. A droga que, se usada antes do parto, pode acelerar o amadurecimento do pulmão fetal e agir sinergicamente com o surfactante é:

- (A) indometacina
- (B) aspirina
- (C) vitamina E
- (D) vitamina A
- (E) corticoesteróide

A = 2.5%; D = 0.4%;
 B = 0.2%; E = 96.4%
 C = 0.4%

Resposta Correta: E

↘ Vários fatores podem alterar a resposta ao surfactante exógeno. A presença de edema pulmonar, hipertensão pulmonar, doença obstrutiva como aspiração de mecônio e asfixia podem diminuir o impacto da resposta ao surfactante administrado. Entretanto, estudos clínicos randomizados tem demonstrado que o uso profilático de corticóide antenatal associado ao posterior uso de surfactante, tem um impacto maior que o uso do surfactante isolado sobre a mortalidade neonatal e na incidência de displasia broncopulmonar.

60 Uma criança com 2 anos de idade foi sacudida violentamente por um de seus pais. Esta forma de violência é provavelmente denunciada por:

- (A) equimoses na região da mastóide
- (B) equimoses e petéquias nos membros superiores e na parte superior do tronco
- (C) equimoses circunferenciais ao redor dos braços
- (D) hemorragias na retina
- (E) deslocamento da coluna cervical

A = 5.2%; D = 28.1%;
 B = 16.1%; E = 15.3%
 C = 35.1%

Resposta Correta: D

✎ A “síndrome da criança sacudida” é uma forma de violência contra a criança que pode resultar em hemorragia intracraniana e da retina. Geralmente não há sinais externos do trauma. O cérebro de uma criança é facilmente deformado e sujeito a este tipo de lesão. No exame de uma criança com suspeita de abuso por violência, a fundoscopia não deve ser esquecida.

61 Paciente com 1 ano de idade chega a sala de emergência em parada cardiorespiratória. Você decide iniciar imediatamente a ventilação com bolsa e compressões torácicas. Para tanto, considera o seguinte:

- (A) o local de compressão torácica localiza-se na intercessão da linha intermamilar e o esterno
- (B) o bordo costal é localizado com a região hipotenar da mão e seguido

- até encontrar o apêndice xifóide
- (C) apenas nas crianças acima de 15 anos pode-se utilizar a técnica de compressão torácica descrita para adultos
- (D) Em lactentes e crianças, a relação entre compressão e ventilação é de 5:1
- (E) A presença de pulso deve ser verificada aproximadamente após cada 20 ciclos de compressão e ventilação

A = 35.0%; D = 34.0%;
 B = 13.4%; E = 14.0%
 C = 3.5%

Resposta Correta: D

✎ A ventilação e a massagem cardíaca devem ser coordenadas para aumentar ao máximo o efeito de ambas. A relação entre a frequência de massagem e a frequência de ventilação, por minuto, é de 5:1 em toda faixa pediátrica. O ponto de compressão no tórax é o mesoesterno nos lactentes e crianças de pouca idade. Em crianças maiores e adolescentes é no 1/3 inferior do esterno. Este ponto deve ser evitado em crianças de pouca idade devido ao risco de traumatismo hepático.

62 A acidose metabólica que ocorre no paciente séptico é do tipo com “anion gap” aumentado, que se deve, principalmente, ao aumento de:

- (A) cetoácidos
- (B) amônia

- (C) sódio
 (D) cloreto
 (E) ácido láctico

A = 16.9%; D = 12.4%;
 B = 8.0%; E = 57.1%
 C = 5.6%

Resposta Correta: E

Na sepsis observamos uma redução no consumo de O_2 resultante da diminuição da extração de O_2 . Isto ocorre devido a uma redistribuição do fluxo sanguíneo, com conseqüente diminuição do fluxo sanguíneo capilar e o desenvolvimento de um bloqueio metabólico celular ao nível mitocondrial, que faz com que o oxigênio ofertado não possa ser utilizado. Em decorrência do metabolismo anaeróbico celular para produzir energia, ocorre hiperlactatemia e acidose metabólica do tipo láctica.

63

A gasometria arterial de um paciente com bronquiolite mostra, na fase inicial da doença:

- (A) hipoxemia
 (B) retenção de dióxido de carbono
 (C) hiperoxemia
 (D) dióxido de carbono normal
 (E) normoxemia e dióxido de carbono normal

A = 33.4%; D = 6.6%;
 B = 17.0%; E = 28.1%
 C = 14.9%

Resposta Correta: A

Na fase inicial da bronquiolite, devido a obstrução ainda não muito intensa das vias aéreas de pequeno calibre, observamos na gasometria arterial a presença de Hipoxemia. Com o agravamento da doença, decorrente de edema, espasmo e secreção em vias aéreas periféricas, observamos mais tardiamente, devido a acentuação da hipoventilação alveolar, retenção de dióxido de carbono e acentuação da hipoxemia.

64

Em uma criança, imediatamente após o controle de uma crise convulsiva prolongada, foi feito estudo gasométrico arterial que revelou: pH = 7,0; PCO_2 = 42 torr; PO_2 = 80 torr; $[HCO_3^-]$ = 10mEq/L. Também se fez um perfil iônico do soro: $[Na^+]$ = 136mEq/L; $[K^+]$ = 6,0mEq/L; $[Cl^-]$ = 100mEq/L; $[Ca^{++}]$ = 5,0mEq/L. Diante desses dados, é CORRETO afirmar que:

- (A) o resultado gasométrico é incompatível com a história clínica. Nesta situação, na maioria das vezes, o paciente apresenta alcalemia, por alcalose respiratória.
 (B) a pCO_2 = 42mmHg indica não ter havido dificuldade ventilatória.
 (C) a acidemia é mista e o componente metabólico provavelmente resulta de acidose láctica.
 (D) a acidemia, em vigência de hiato aniônico normal, sugere ter sido a crise convulsiva determinada por intoxicação exógena.
 (E) a acidemia, o hiato aniônico reduzido e o nível sérico do K^+ , fazem supor o diagnóstico de insuficiência renal na gênese da crise convulsiva.

A = 8.4%; D = 10.9%;
 B = 16.5%; E = 18.5%
 C = 45.7%

Resposta Correta: C

✎ Durante contração muscular intensa e prolongada desenvolve-se hipoxia celular relativa, quando a exigência energética ultrapassa a capacidade de respiração aeróbica. Neste momento, é requisitada a produção de ATP por via anaeróbica, com inerente e excessiva geração de ácido láctico e, por conseqüência, acidemia láctica. Na crise convulsiva, em acréscimo, como resultado das contrações espásticas da musculatura torácica, pode haver sério comprometimento da função ventilatória (com redução da PO_2 e aumento da PCO_2) e inevitável agravamento da acidose. Portanto, o resultado gasométrico está de acordo com a história clínica.

A concentração sanguínea de lactato pode ser estimada a partir do cálculo do Hiato Aniônico (HA) do plasma:

$$HA = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-) = 12 \pm 2$$

Usando os valores fornecidos $HA = 136 - (100 + 10) = 26 \text{ mEq/L}$

Vê-se que a diferença entre o valor obtido e o valor normal é de 14 mEq/L . É aceitável presumir-se que seja esta, aproximadamente, a concentração de lactato. Considerando-se não haver acúmulo importante de outro ânion, a concentração de lactato corresponde a uma redução

equivalente de bicarbonato (14 mEq/L), donde o valor de $[HCO_3^-] = 10 \text{ mEq/L}$; isto é: $[HCO_3^-] = 24 \text{ mEq/L} - [\text{lactato}] (14 \text{ mEq/L}) = 10 \text{ mEq/L}$

A $PCO_2 = 42 \text{ mmHg}$, um valor aparentemente normal, é um dado traiçoeiro na situação considerada. Na verdade, a acidemia láctica é um poderoso estímulo para incremento da atividade ventilatória. A PCO_2 pode ser prevista a partir do nível sérico do bicarbonato:

$$PCO_2 = 1,5 \times [HCO_3^-] + 8 \pm 2$$

Substituindo: $PCO_2 = (1,5 \times 10) + 8 \pm 2 = 23 \pm 2 \text{ mmHg}$. Logo, a $PCO_2 = 42 \text{ mmHg}$ (do paciente), está próxima de 20 mmHg acima do nível esperado ($23 \pm 2 \text{ mmHg}$), o que configura um expressivo componente respiratório para a acidemia mista observada (metabólica e respiratória).

65 Um lactente estava no terceiro dia de tratamento para meningoencefalite bacteriana quando apresentou um episódio de crise convulsiva generalizada. Controlada a crise, você constata que a criança está hidratada e solicita os seguintes exames:

Glicemia	- 130 mg%
Cloro sérico	- 92 mEq/L
Cálcio sérico	- 9,6 mg%
Sódio urinário	- 164 mEq/L
Sódio sérico	- 114 mEq/L
Osmolaridade	
Potássio sérico	- 3 mEq/L
urinária	- 570 mEq/L

A medida de urgência a ser tomada é:

- (A) corrigir o potássio - 0,5 mEq/Kg/h - em 1 hora
- (B) corrigir o sódio com NaCl 3%, em 1 hora (até 140 mEq/L) e, juntamente, corrigir o potássio - 0,5 mEq/kg/h
- (C) corrigir o sódio com NaCl 3%, em 4-6h (até 140 mEq/L)
- (D) corrigir o sódio com NaCl 3% em 1 h (até 125 mEq/L) e, concomitantemente, administrar furosemida “em bolo”
- (E) corrigir a hiperglicemia com soro glicosado a 2,5%

A = 5.2%; D = 29.8%;
 B = 18.3%; E = 2.7%
 C = 43.9%

Resposta Correta: D

As infecções do sistema nervoso central podem estar associadas a Síndrome Inapropriada do Hormônio Anti-diurético (S.I.H.A.D.). Este é um exemplo típico onde temos baixa concentração plasmática de sódio, osmolaridade urinária alta, concentração urinária de sódio elevada e nenhum sinal clínico de depleção de volume intravascular (não descrito no caso clínico).

Quando o sódio plasmático cai a níveis inferiores a 125 mEq/l estes pacientes podem se tornar sintomáticos. A convulsão é um destes sinais que ocorrem quando o sódio diminui para menos de 120mEq/l. Nesta criança urge elevar a concentração plasmática do sódio. A solução salina hipertônica associada a furo-

semide “em bolo” é um método seguro para corrigir rapidamente a hiponatremia.

66

Um desnutrido com diarreia e vômitos há 5 dias, hipoativo, com hipotonia muscular e hiporreflexia profunda, foi internado. O [K⁺] sérico era de 2,5 mEq/L. A gasometria arterial mostrou: pH = 7,45; PCO₂ = 60 torr; PO₂ = 80 torr. Submetido à ventilação mecânica, apresentou tetania. Na sua opinião, a tetania foi precipitada por uma provável:

- (A) alcalemia
- (B) hipopotassemia
- (C) vasodilatação cerebral
- (D) hemorragia intracraniana
- (E) meningoencefalite

A = 20.7%; D = 7.3%;
 B = 62.5%; E = 1.2%
 C = 8.1%

Resposta Correta: A

Além da baixa concentração sérica do K⁺, o quadro clínico correspondente está descrito com nitidez. Um dos aspectos destacados é a hipotonia muscular. É possível inferir que haja acometimento também da musculatura ventilatória, através da observação dos dados gasométricos. Para o pH =7,45 (um valor normal), o nível de PCO₂ deveria ser, do mesmo modo, normal. Mas, no enunciado da questão lê-se PCO₂ = 60 torr (ou mmHg). Por conseguinte, a concentração de bicarbonato está seguramente ele-

vada ($\text{pH} = \text{pK} + \log [\text{HCO}_3^-] = \text{PCO}_2 \times 0,03$). No exemplo, apesar de não ser um procedimento necessário para a resposta (eu o fiz para melhor visualização e raciocínio) pode-se calcular $[\text{HCO}_3^-] = 41,2 \text{ mEq/L}$. Quando o paciente foi submetido à ventilação mecânica, não se levando em conta este fato, a PCO_2 foi rapidamente reduzida e a alcalemia, neste momento, inevitável. Supondo que a PCO_2 tenha sido diminuída para o seu valor normal (40 mmHg) seria o $\text{pH} = 7,61$. A súbita alcalinização reduzindo o $[\text{Ca}^{++}]$, teria precipitado a tetania.

Esta questão realça um erro muito frequente: a ventilação excessiva de um paciente com distúrbio ácido base misto: alcalose metabólica e acidose respiratória, expondo, de modo súbito, o componente metabólico, com resultante e inexorável alcalemia.

- A = 1.6%; D = 7.5%;
 B = 3.9%; E = 5.4%
 C = 81.6%

Resposta Correta: C

✎ A Síndrome urêmica-hemolítica é geralmente causada pela enterotoxina da *E. Coli* que tem uma ação sistêmica, acarretando anemia hemolítica microangiopática, tendo uma ação predominante na microvasculatura renal, podendo ocorrer trombose, promovendo aparecimento de insuficiência renal, aumento dos níveis de uréia e, como ativa o PAF (fator ativação plaquetas), plaquetopenia. No sangue periférico, aparecem sinais de hemólise como fragmentos eritrocitários, “burr cells” e diminuição do volume globular.

67 Lactente de 6 meses, masculino, tem história de diarreia com sangue há sete dias. Ao exame: palidez cutâneo-mucosa +++/4+, edema e irritabilidade. Exames laboratoriais demonstraram VG = 18%; Reticulócitos = 4,8%; Leucócitos = 22.000; Plaquetas 18.000; Fragmentos Eritrocitários. Na = 132 mEq/L; K = 6,1 mEq/L; Ca = 8 mg/dl; UR = 128 mg/dl. O diagnóstico provável é:

- (A) invaginação intestinal
 (B) enterite necrotisante
 (C) síndrome urêmica hemolítica
 (D) septicemia
 (E) gastroenterite com necrose tubular aguda

68 No tratamento de um paciente com polirradiculoneurite apresentando apnéia, além de suporte ventilatório, são consideradas úteis as seguintes medidas terapêuticas:

- (A) corticoesteróides e exangüneo transfusão
 (B) pulsoterapia e eletroestimulação
 (C) plasmaferese e corticoesteróides
 (D) acyclovir e imunoglobulina EV
 (E) imunoglobulina EV ou plasmaferese

- A = 1.9%; D = 14.3%;
 B = 20.3%; E = 23.9%
 C = 39.4%

Resposta Correta: E

Apesar da inflamação estar presente na fisiopatologia da polirradiculoneurite, nenhum trabalho prospectivo demonstrou efeitos benéficos para justificar o uso do corticóide. Por ser uma patologia auto imune os dois meios de tratamento seriam: a retirada destes imunocomplexos através de plasmaferese ou através de uma medida tão efetiva e menos agressiva que é o uso de imunoglobulina EV, que promove a quebra dos sítios de ligação destes imunocomplexos.

69

Um jovem de 17 anos, afebril, é visto num estado de estupor depois de uma convulsão generalizada que durou 10 minutos. Sabe-se que ele é usuário ocasional de maconha. Como parte da avaliação, você solicita uma triagem para drogas. A droga que tem maior probabilidade de ter causado a convulsão é:

- (A) barbitúrico
- (B) cocaína
- (C) difenidramina
- (D) prometazina
- (E) teofilina

A = 20.0%; D = 5.6%;
B = 61.0%; E = 5.0%
C = 8.5%

Resposta Correta: B

O paciente que se apresenta com uma convulsão febril pela primeira vez, pode estar tendo uma infecção bacteriana ou viral. Outras causas possíveis de convulsão são doenças metabólicas como a

hipoglicemia, a hipernatremia e a uremia. A hipertensão, com ou sem uremia (síndrome hemolítico-urêmica) também deve ser considerada. Pode ocorrer uma lesão anóxico-isquêmica, como nos afogamentos. Os traumas craneanos precisam ser lembrados. Drogas e toxinas podem causar uma convulsão localizada ou generalizada.

As drogas que com mais freqüência causam convulsão no grupo pediátrico seja por overdose ou não, incluem as anfetaminas, os simpaticomiméticos, teofilina, anti-depressivos tricíclicos, anticolinérgicos, fenilciclidina, heroína e propoxifene.

A cocaína é uma das drogas mais usadas, freqüentemente associada a outras drogas, incluindo a maconha.

Nos pacientes expostos à cocaína o mecanismo das convulsões pode ser um efeito da droga sobre os neurotransmissores. Um aumento da noradrenalina e dopamina pode causar euforia, vasoconstrição e convulsões. Além disto a cocaína pode causar infartos hemorrágicos ou isquêmicos ou derrames, tanto em recém-nascidos quanto em adultos.

O tratamento das convulsões pelo abuso da cocaína é com os anticonvulsivantes comuns incluindo os benzodiazepínicos, fenobarbital e fenitoína.

A teofilina também pode causar convulsões, geralmente ligadas aos níveis elevados no sangue.

A difenidramina raramente causa excitação paradoxal, mas geralmente age como um depressor do S.N.C.

70

Uma adolescente de 15 anos, vem para consulta de emergência acompanhada dos pais. Suas queixas são vagas e após uma entrevista inicial a mãe insiste em aguardar na sala de espera para a filha “conversar mais francamente com o médico”. Numa abordagem com um adolescente, o sigilo deverá ter um ponto de honra com relação a este encontro. O tema que poderá levar a rompê-lo em função de suas conseqüências é:

- (A) atividade sexual
- (B) experimentação de uma droga leve
- (C) comportamento agressivo
- (D) idéias suicidas
- (E) uso de anticoncepcional

A = 3.2%; D = 90.2%;
 B = 5.2%; E = 0.4%
 C = 0.9%

Resposta Correta: D

✎ Todos os tópicos abordados na consulta com o pediatra merecem e podem, tranqüilamente, ser mantidos pelo sigilo médico, exceto aquele relacionado a idéias suicidas. Enquanto os demais podem ser conduzidos numa boa relação pediatra-paciente, as idéias suicidas são um sinalizador de comprometimento da saúde mental da adolescente que precisa de apoio especializado. O conhecimento pela família é muito importante para buscar esse apoio.

71

Um adolescente relata ter tido múltiplas relações hetero e homossexuais, sem usar “camisinha” e que pretende continuar a fazer

isto. Não é usuário de drogas, exceto álcool, ocasionalmente. Você o aconselha em relação ao uso da “camisinha” e de práticas sexuais seguras, inclusive a abstinência. A medida mais eficaz para evitar doenças e que pode ser adequada a este comportamento sexual de alto risco é:

- (A) administração profilática, mensal de penicilina benzatina
- (B) vacinação para hepatite A
- (C) vacinação para hepatite B
- (D) teste de AIDS no último parceiro sexual deste adolescente
- (E) teste para sífilis

A = 5.2%; D = 12.7%;
 B = 1.4%; E = 5.2%
 C = 75.6%

Resposta Correta: C

✎ A única doença sexualmente transmissível que pode ser evitada neste caso em que há recusa do uso de camisinha ou de abstinência é a hepatite B. Os adolescentes que formam o grupo de maior risco são aqueles que já tiveram uma doença sexualmente transmissível, os que usam drogas endovenosas, os que têm múltiplos parceiros sexuais, os que são homossexuais ou bissexuais ou que tenham contato sexual com indivíduos de grupo de risco.

Apesar da penicilina benzatina ser o tratamento de escolha para sífilis, a injeção mensal não é adequada para prevenção, especialmente se houver exposição repetida a novos parceiros, ou próxima do final do período de 30 dias.

A hepatite A não é uma doença sexualmente transmissível.

Testar somente o último parceiro sexual, para AIDS ou sífilis não seria uma maneira segura de evitar doenças pois não leva em conta os outros parceiros sexuais com quem ele teve contato. Todos precisariam ser testados e retestados após um período para identificar doenças que poderiam estar ainda em incubação.

Os outros grupos de risco que precisam ser vacinados são os que trabalham na área de saúde, hemodialisados, crianças vivendo em instituições, pacientes que recebam derivados de sangue, habitantes ou viajantes para áreas endêmicas, contatos caseiros ou sexuais de pacientes portadores de HBV.

72 A mãe de uma menina de 11 anos pede que você descreva os estágios do desenvolvimento sexual e do crescimento na adolescência, para poder orientá-la. Das seguintes afirmações, assinale a CORRETA:

- (A) a menarca ocorre aproximadamente 2 anos após a telarca.
- (B) a velocidade máxima de crescimento ocorre 1 ano após a menarca.
- (C) a pubarca é o primeiro sinal de desenvolvimento sexual.
- (D) a idade média da menarca é de 14 anos.
- (E) a idade média da telarca é de 12 anos.

A = 69.4%; D = 6.3%;
B = 7.7%; E = 4.2%
C = 12.5%

Resposta Correta: A

Quando a menina menstrua pela primeira vez (idade média de 12 anos), sua velocidade de crescimento que começou a acelerar na telarca, já está diminuindo. O crescimento praticamente cessa 2 - 3 anos após a menarca.

Em geral a telarca (idade média de 10 anos), precede a pubarca.

É útil ter estes dados para orientar os pais que temem que a menarca ocorra logo após a telarca, que o crescimento cesse após a menarca (ainda há um crescimento de 5 - 7 cm) ou que esperam que uma menina 2 anos pós-menarca ainda tenha um crescimento significativo.

73 Um adolescente com 13 anos de idade, portador de estenose aórtica congênita, precisa ser submetido a uma extração dentária. O antibiótico preferencialmente indicado para a profilaxia da endocardite bacteriana é:

- (A) amoxicilina
- (B) oxacilina
- (C) clindamicina
- (D) eritromicina
- (E) vancomicina

A = 54.3%; D = 26.0%;
B = 5.2%; E = 3.0%
C = 11.5%

Resposta Correta: A

Embora muitos organismos possam causar endocardite após um procedimento odontológico, o *Streptococcus viridans* ainda é o mais freqüente.

As penicilinas são altamente eficazes contra esse microorganismo, porém, a vida média mais longa da amoxicilina a indica como droga de escolha.

74

Assinale a anomalia cardiovascular que com freqüência associa-se à rubéola congênita:

- (A) prolapso mitral
- (B) insuficiência aórtica
- (C) comunicação interventricular
- (D) coarctação da aorta
- (E) estenose pulmonar de ramo

A = 10.0%; D = 12.3%;
B = 15.3%; E = 16.8%;
C = 45.6%

Resposta Correta: A

Na maioria das síndromes, a cardiopatia congênita comumente encontrada é a comunicação interventricular. Em algumas síndromes encontramos cardiopatias específicas. No caso da rubéola congênita, a cardiopatia mais freqüente é a estenose pulmonar de ramos, seguida da persistência do canal arterial e da estenose valvar pulmonar.

75

A deformidade torácica do tipo abaulamento precordial geralmente é observada em lactentes portadores de:

- (A) miocardiopatia dilatada
- (B) defeitos septais ventriculares amplos
- (C) defeitos septais auriculares amplos
- (D) tetralogia de Fallot
- (E) estenose aórtica

A = 25.9%; D = 29.4%;
B = 20.0%; E = 19.6%;
C = 5.0%

Resposta Correta: B

Nos defeitos septais ventriculares amplos, observa-se importante hiperfluxo pulmonar e sobrecarga volumétrica imposta a ambos ventrículos. O hiperfluxo pulmonar aumenta o retorno venoso, elevando a pressão em átrio esquerdo com conseqüente congestão venosa pulmonar e edema intersticial. O edema intersticial ativa os receptores que, através do centro respiratório, estimulam a taquipnéia, como mecanismo de defesa, no sentido de aumentar a drenagem linfática intersticial pulmonar. O edema intersticial, a dilatação do átrio esquerdo e das artérias pulmonares terminam por comprimir as vias respiratórias principais e secundárias, tornando a criança HIPERSECRETORA e DISPNEICA. Os estertores crepitantes, subcrepitantes e os sibilos, freqüentemente observados nas grandes CIVs, não são secundárias ao edema alveolar mas, geralmente, à HIPERSECREÇÃO existente, que os torna semelhantes às crianças asmáticas e, con-

seqüentemente, com as mesmas deformidades torácicas (TÓRAX DE POMBO).

76 O desdobraimento fixo da segunda bulha na ausculta cardíaca de uma criança com 4 anos sugere a presença de:

- (A) comunicação interventricular
- (B) comunicação interatrial
- (C) persistência do canal arterial
- (D) hipertensão arterial sistêmica
- (E) estenose aórtica

A = 11.3%; D = 5.8%;
B = 21.0%; E = 49.2%
C = 12.7%

Resposta Correta: B

✎ O desdobraimento fixo da segunda bulha cardíaca é o achado auscultatório característico da comunicação interatrial. Sua presença se deve à sobrecarga volumétrica das cavidades direitas, que resulta no atraso do fechamento do componente pulmonar da segunda bulha, independente da respiração.

77 Com relação a febre reumática assinale a alternativa CORRETA:

- (A) é mais freqüente abaixo dos 5 anos.
- (B) a seqüela cardíaca mais comum na criança é a estenose mitral.
- (C) o quadro articular é mais exuberante nos pacientes maiores de 12 anos.
- (D) a penicilina benzatina periódica (15/

15 dias) deve ser utilizada na profilaxia primária.

- (E) nas crianças com seqüela cardíaca a profilaxia secundária pode ser suspensa aos 18 anos.

A = 2.7%; D = 29.6%;
B = 37.9%; E = 9.0%
C = 20.8%

Resposta Correta: C

✎ A maior incidência de febre reumática ocorre entre 5 e 15 anos. O quadro de cardite grave é mais comum em crianças de menor faixa etária e quadros articulares exuberantes são mais freqüentes nos pacientes acima de 12 anos. A febre reumática é rara antes dos 5 anos de idade, sendo a insuficiência mitral a seqüela cardíaca mais encontrada na criança. A penicilina benzatina periódica é usada na profilaxia secundária, devendo ser mantida por toda a vida naquelas crianças com seqüela cardíaca.

78 Com relação a artrite reumatóide na criança, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) compromete com freqüência o endocárdio
- (B) associa-se a ASO elevada
- (C) compromete com freqüência pequenas articulações
- (D) é incomum em crianças menores de 5 anos
- (E) quando compromete o coração, preserva o pericárdio

A = 7.7%; D = 33.6%;
 B = 8.8%; E = 6.0%
 C = 43.7%

Resposta Correta: C

Entre os achados clínicos da artrite reumatóide na infância pode-se dizer que, em aproximadamente 60% dos casos há comprometimento pleural pericárdico. O acometimento preferencial nas crianças se dá em pequenas articulações, sendo a forma pauciarticular a que as atinge mais precocemente. A doença pode surgir em qualquer idade, sendo incomum em crianças com menos de 2 anos de idade.

179

Uma criança com um mês de vida, sexo masculino, iniciou quadro de recusa alimentar, vômitos esporádicos, palidez e icterícia. O médico que a atendeu solicitou: hemograma completo, bilirrubina total e frações, transaminases, hemocultura e ultrassonografia do abdômen. No entanto, esqueceu-se de solicitar um exame imprescindível na abordagem diagnóstica inicial. Este exame é:

- (A) análise liquórica
- (B) proteína C-reativa
- (C) urocultura
- (D) teste de fragilidade osmótica dos eritrócitos
- (E) eletroforese da hemoglobina

A = 12.6%; D = 10.3%;
 B = 2.3%; E = 14.4%
 C = 60.3%

Resposta Correta: C

A icterícia parece distrair a atenção do observador para eventos primários ao nível hepático, o que nem sempre é verdade. Neste exemplo de um quadro bastante sugestivo, o objetivo é relembrar aos médicos o que foi esquecido: a infecção urinária, o mais das vezes, causada por germe gram negativo. A relevância do tema é indiscutível, considerando tratar-se de uma criança do sexo masculino com 1 mes de idade, fase em que defeitos anatômicos graves preponderam (p.ex. válvula de uretra posterior). Não raro, evoluem estes pequenos pacientes para sepsis e rápida deterioração da função renal. Nestes casos, na atitude médica, não há espaço nem tempo para esquecimentos.

180

A tetraciclina é um antibiótico empregado no tratamento da acne pustulosa, muito freqüente nos adolescentes. O seu efeito benéfico resulta, principalmente, da:

- (A) erradicação do *Staphylococcus aureus* das lesões
- (B) erradicação do *Staphylococcus aureus* da superfície cutânea
- (C) erradicação do *Staphylococcus epidermidis* da superfície cutânea
- (D) redução da população de *Propionibacterium acnes* da lesão
- (E) redução da população de *Propionibacterium acnes* da superfície cutânea

A = 15.3%; D = 16.7%;
 B = 10.3%; E = 33.5%
 C = 24.1%

Resposta Correta: E

Os folículos sebáceos são colonizados por 3 tipos de microorganismos: o *Propionibacterium acnes*, o *Staphylococcus epidermidis* e o *Pityrosporon ovale*. Dentre eles o mais patogênico seria o *P.acnes*.

A tetraciclina, bem como a eritromicina, agem sobre a flora folicular normal, principalmente no *P. acnes*, ou seja, reduzindo a população deste difteróide anaeróbico na superfície cutânea.

81

Lactente com 13 meses, febre (38,8°C) há 2 dias, amígdalas levemente congestionadas com pontos de exsudato branco e gânglios cervicais posteriores moderadamente aumentados. A melhor conduta é:

- (A) Penicilina benzatina 300.000 UI-IM
- (B) Penicilina benzatina 600.000 UI-IM
- (C) Amoxicilina - VO - 10 dias
- (D) Eritromicina - VO - 07 dias
- (E) Tratamento sintomático e observação

A = 5.7%; D = 1.2%;
 B = 20.9%; E = 63.9%
 C = 8.3%

Resposta Correta: E

Não é comum a ocorrência de amigdalite bacteriana (estreptocócica princi-

palmente) em crianças com menos de 2 anos de idade, embora o quadro clínico possa inicialmente sugerir. Nas amigdalites streptocócicas a febre é alta e persistente, o comprometimento do estado geral é maior e as amígdalas estarão muito congestionadas, hiperemiadas e com placas purulentas. Nas crianças menores a infecção é viral e evolui bem sem tratamento. Recomenda-se apenas o tratamento sintomático e observação da evolução, nunca antibióticos.

82

Um jovem de 13 anos apresenta uma área eritematosa edemaciada na pálpebra superior. O edema é na borda anterior da pálpebra, confirmando seu diagnóstico de hordéolo externo (terçol). A melhor conduta é:

- (A) cefalosporina oral
- (B) corticosteróide tópico
- (C) anti-inflamatório oral
- (D) punção aspirativa
- (E) compressas quentes 2 vezes ao dia

A = 6.7%; D = 1.7%;
 B = 3.7%; E = 84.8%
 C = 3.1%

Resposta Correta: E

O hordéolo ou terçol é uma inflamação ou abscesso do folículo ciliar e de sua glândula sebácea, na margem anterior da pálpebra. Em geral é causado pelo *S. aureus*. Às vezes pode ser confundido com o calázio (lipogranuloma da glândula de

Meibonius), com celulite periorbital ou com dacriocistite.

O tratamento do terçol consiste na aplicação de compressas quentes durante 20 minutos, várias vezes ao dia e na aplicação de uma pomada oftálmica de antibiótico. Quando este tratamento falha, pode estar indicada incisão e drenagem. Não se justifica o uso de antibiótico sistêmico, por ser uma infecção local. O uso de corticóides ou antiinflamatórios também não é recomendado.

83

Uma menina de 15 meses é trazida à consulta por claudicação desde que começou a andar. O exame físico revela que, além da alteração na marcha, a perna direita é menor que a esquerda e a abdução da articulação coxo-femoral direita é limitada. O provável diagnóstico é:

- (A) doença de Legg-Perthes
- (B) luxação congênita do quadril
- (C) paralisia cerebral, forma motora
- (D) epifisiólise
- (E) sinovite transitória do quadril

A = 14.3%; D = 3.2%;
B = 81.2%; E = 1.1%
C = 0.2%

Resposta Correta: B

✎ A idade, o tempo de evolução, a assimetria e a limitação da abdução da articulação coxo-femoral apontam para o diagnóstico tardio de luxação congê-

nita do quadril ou, de acordo com a nova nomenclatura, displasia do desenvolvimento do quadril.

84

Um menino de 7 anos é trazido à consulta por apresentar enurese noturna. Assinale a afirmativa correta em relação a esse problema:

- (A) habitualmente a história familiar é negativa para enurese noturna
- (B) os níveis noturnos de hormônio anti-diurético (ADH) podem ser baixos em muitos destes pacientes
- (C) na maioria das vezes a causa é emocional
- (D) são comuns anomalias anatômicas do trato urinário associadas à enurese noturna
- (E) na maioria das vezes há excelente resposta ao uso de ansiolíticos

A = 1.9%; D = 3.2%;
B = 39.8%; E = 2.8%
C = 52.3%

Resposta Correta: B

✎ A enurese noturna, mais freqüente que a enurese diurna, traz consigo um componente familiar, acomete um pouco mais os meninos e não costuma ter uma base orgânica.

Quando existe um substrato orgânico na enurese, ele costuma estar relacionado com algumas condições onde a capacidade de concentração da urina está prejudicada (diabetes mellitus, uropatias obstrutivas, etc). Sabe-se também que em muitas dessas crianças os níveis

noturnos do hormônio antidiurético podem estar baixos, favorecendo a micção involuntária.

85

A amigdalectomia já foi muito indicada na infância. Hoje ela deve obedecer a critérios bem definidos. A melhor indicação para uma amigdalectomia é:

- (A) um único episódio de abscesso amigdaliano, sem história progressa de amigdalites
- (B) otites médias e rinosinusites crônicas, recorrentes
- (C) dor de garganta crônica e provas laboratoriais recentes de infecção pelo vírus de Epstein-Barr
- (D) cinco episódios anuais de amigdalites estreptocócicas e não estreptocócicas nos últimos dois anos
- (E) culturas de garganta repetidamente positivas para estreptococo hemolítico do grupo A, em uma criança assintomática

A = 16.0%; D = 44.4%;
 B = 30.6%; E = 6.5%
 C = 2.5%

Resposta Correta: D

As indicações de amigdalectomia incluem a apnea obstrutiva do sono por hipertrofia de amígdalas e adenóides, as amigdalites agudas recorrentes, a amigdalite persistente e uma gama de outras situações clínicas. As otites médias e as rinosinusites recorrentes crônicas, assim como a dor de garganta na presença de indícios laboratoriais do vírus

de Epstein-Barr, não são indicações para amidalectomia.

As amigdalites recorrentes são definidas como episódios de odinofagia e disfagia, com eritema ou exsudato amigdalino, gânglios cervicais aumentados e dolorosos e febre. Uma cultura positiva para estreptococo beta-hemolítico é confirmatória, mas não essencial.

Os critérios atuais para amidalectomia em pacientes com infecções repetidas são baseados em 2 estudos randomizados, controlados com placebos, e duplo-cegos e que mostraram resultados significativamente melhores em grupos amigdalectomizados comparados a grupos de controle. Os critérios são:

- 7 ou mais episódios de amigdalite em um ano
- 5 ou mais episódios de amigdalite por ano, durante 2 anos consecutivos
- mais de 3 episódios por ano durante 3 anos consecutivos

Um número menor de episódios anuais pode ser o suficiente para a indicação de amigdalectomia em adolescentes e adultos.

A amigdalite persistente é definida como a permanência de odinofagia e disfagia por um período de pelo menos 4 semanas.

Outra indicação cirúrgica é a recorrência de abscessos periamigdalianos ou um único episódio de abscesso periamigdaliano no contexto de uma história prévia de amigdalites recorrentes ou persistentes.

Uma cultura positiva para estreptococo

beta-hemolítico do grupo A depois de uma terapia adequada (10 dias de penicilina oral ou 1 injeção intramuscular de penicilina benzatínica), num paciente no momento assintomático define um portador são e não é indicação de amigdalectomia.

86 Escolar de zona rural, apresenta lesão papulosa de coloração amarelada com ponto negro central, localizada na região plantar esquerda. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) dermatofitose
- (B) verruga plantar
- (C) tunguíase
- (D) larva migrans
- (E) molusco contagioso

A = 7.3%; D = 4.6%;
 B = 18.1%; E = 3.9%
 C = 66.1%

Resposta Correta: C

✎ A lesão acima descrita é característica da tunguíase ou “bicho-do-pé”. É uma dermatose autolimitada, produzida pela *Tunga penetrans*, pulga que habita lugares secos e arenosos, freqüente em zonas rurais, sendo o homem e os suínos os seus hospedeiros. As lesões são geralmente observadas nas regiões plantares, periungueais e pregas interdigitais.

87 Escolar do sexo masculino, assintomático, apresenta manchas hipocrômicas localizadas no tronco, região cervical e membros superiores. Ao estiramento da pele, observa-se uma fina descamação. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) eczemátide
- (B) hanseníase
- (C) vitiligo
- (D) ptíriase versicolor
- (E) psoríase

A = 4.3%; D = 89.8%;
 B = 0.2%; E = 4.7%
 C = 1.0%

Resposta Correta: D

✎ A Ptíriase versicolor é uma infecção fúngica superficial, causada pela *Malassezia furfur* (*pityrosporum orbiculare*), um saprófita lipofílico que utiliza restos epiteliais e produtos excretados como fonte de manutenção. As lesões podem ser hipocrômicas, hiperocrômicas ou eritematosas, com descamação característica e geralmente se localizam nas porções superiores do tronco, face e membros superiores.

88 Lactente de 6 meses apresenta lesões eritemato-crostosas acometendo as regiões malares, cervical e superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores, extremamente pruriginosas. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) dermatite atópica
- (B) psoríase
- (C) dermatite de contato
- (D) dermatite seborréica
- (E) escabiose

A = 58.5%; D = 17.0%;
 B = 9.5%; E = 9.7%
 C = 5.3%

Resposta Correta: A

✎ A dermatite atópica é uma dermatose crônica que geralmente tem início entre 2 a 6 meses de vida, sendo a sua morfologia e distribuição variáveis de acordo com a faixa etária. No lactente, as lesões são mais exsudativas, localizando-se principalmente na face, região cervical, tronco e superfícies extensoras das extremidades. O prurido está sempre presente e é intenso. Na dermatite seborreica o início é mais precoce, as lesões são eritematosas, delimitadas, recobertas por escamas amareladas de aspecto gorduroso. Geralmente acomete couro cabeludo, face, regiões axilares e área de fraldas, sendo o prurido leve ou ausente.

189

O tratamento ideal de uma criança com anemia ferropriva é:

- (A) reposição oral de ferro elementar em três doses divididas entre as refeições
- (B) reposição oral de ferro elementar em dose única diária
- (C) reposição oral de ferro elementar em três doses durante as refeições
- (D) reposição oral de ferro elementar em

três doses acompanhadas de ingestão de leite de vaca

- (E) reposição oral de ferro elementar em três doses imediatamente após as refeições

A = 55.6%; D = 0.3%;
 B = 31.9%; E = 7.2%
 C = 5.0%

Resposta Correta: A

✎ A reposição oral de ferro para o tratamento da anemia ferropriva deve ser calculada com base no ferro elementar presente no sal de ferro que se usa (ex.: o sulfato ferroso contém 20% de ferro elementar). Administrá-la entre as refeições, aumenta sua absorção pelo organismo (o estômago vazio tem o pH mais ácido e potencializa a conversão em sais férricos) e aumenta também a sua disponibilidade no organismo. A ingestão concomitante de leite pode diminuir sua absorção.

190

Toda criança com doença falciforme, além das vacinas especiais, deve receber continuamente antibioticoterapia profilática nos cinco primeiros anos de vida, com:

- (A) amoxicilina ou sulfametoxazol + trimetoprim
- (B) penicilina G benzatina ou penicilina V oral
- (C) penicilina G cristalina ou eritromicina
- (D) cefalexina ou espiramicina
- (E) rifampicina ou tetraciclina

A = 28.5%; D = 1.2%;
 B = 66.4%; E = 0.7%
 C = 3.1%

Resposta Correta: B

✎ A administração profilática de penicilina G ou penicilina V tem se mostrado altamente efetiva na prevenção de infecções pneumocócicas graves e deve ser administrada para todas as crianças pequenas com doença falciforme. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que seja dada penicilina V oral na dose de 200.000 UI duas vezes ao dia em crianças até os 3 anos de idade e 400.000 UI duas vezes ao dia em crianças entre 3 e 6 anos de idade. Este esquema deve ser administrado diariamente até que elas atinjam 6 anos de idade. Há autores que tem bons resultados com uso da penicilina G benzatina aplicada por via IM, uma vez ao mês (30/30 dias), nas doses de 300.000 UI para os lactentes e 600.000 UI para os pré-escolares.

91

No hemograma da criança com escorbuto associado à anemia megaloblástica, um dado frequente e fácil de ser observado é:

- (A) hemácias em forma de lágrima
- (B) anisocitose e plaquetas em grumos
- (C) linfócitos atípicos e hemácias em alvo
- (D) neutrófilos gigantes e plurisegmentados
- (E) reticulócitos aumentados e trombocitopenia

A = 8.5%; D = 49.0%;
 B = 5.9%; E = 22.1%
 C = 14.4%

Resposta Correta: D

✎ As hemácias na anemia megaloblástica apresentam-se na sua maioria com grande volume, forma ovalada, bem coradas e com perda da palidez central (macrovalócitos). Quando a anemia é acentuada, mostram uma série de inclusões além de grande variação na forma (poiquilocitose) e no tamanho (anisocitose). As plaquetas não se apresentam em grumos, e podem estar em número diminuído e volume aumentado. Há leucopenia decorrente tanto da redução de linfócitos quanto de granulócitos, embora a queda deste últimos seja mais acentuada. Os granulócitos apresentam núcleo muito grande e hipersegmentado. As plurisegmentações, em cada granulócito, podem ser de cinco, seis ou mais lobos nucleares.

92

Um lactente de 7 meses foi atendido no ambulatório de neuropediatria devido a atraso do desenvolvimento. Primeiro filho de uma gravidez aparentemente sem intercorrências. Parto cesáreo por opção da gestante, a termo, peso de 2.100g. Na ocasião da consulta, o exame clínico mostrou que a criança estava abaixo do peso ideal. Os demais dados antropométricos eram compatíveis com a idade. Havia importante hipotonia axial. Não foram observadas outras anormalidades neurológicas. Dentre os diagnósticos abaixo, o mais provável é:

- (A) amiotrofia espinhal
- (B) infecção congênita
- (C) aminoacidúria

(D) miopatia congênita

(E) raquitismo

A = 22.0%; D = 26.4%;

B = 22.1%; E = 17.8%

C = 11.6%

Resposta Correta: B

É relativamente comum lactentes apresentarem atraso do desenvolvimento secundário a hipotonia axial. O lactente desta questão tem, apenas, hipotonia do eixo corporal e peso abaixo do ideal para a idade. Conseqüentemente, podemos afastar as miopatias congênicas ou a amiotrofia espinhal como causas do seu atraso motor. Ambas, além de apresentarem hipotonia generalizada, mostram os sinais denotativos do comprometimento do músculo e da ponta anterior da medula, respectivamente.

As aminoacidúrias são doenças raras que se manifestam por sinais e sintomas de envolvimento multisistêmico. Um bom número de aminoacidopatias cursam com sinais e sintomas particulares, tais como odores peculiares e fenótipos especiais. A grande maioria dos casos, principalmente aqueles de início precoce, evolui mal - a criança se deteriora, tanto física como mentalmente. Logo, não deve ser a causa do atraso motor do bebê em questão.

A manifestação neurológica clássica do raquitismo é a tetania e os sinais de Chvostek, Trousseau e Erb podem ser verificados mesmo na tetania latente. Atraso do desenvolvimento e hipotonia

podem ser observados no raquitismo por dependência da vitamina D (Tipo I), mas associados a tetania e a convulsões. Este lactente não apresentava nem as manifestações gerais nem as neurológicas do raquitismo.

Provavelmente esta criança tinha atraso no desenvolvimento secundário a uma infecção congênita. Habitualmente a investigação sorológica só é realizada no primeiro trimestre da gravidez, impedindo o diagnóstico das infecções adquiridas em fases mais tardias que, quase sempre, são assintomáticas. O fato desta criança ter nascido e estar crescendo com peso abaixo da curva fortalece esta hipótese diagnóstica. E a falta de um quadro clínico mais típico não afasta o diagnóstico, uma vez que não se deve esperar que as infecções congênicas se manifestem com todos os seus sinais e sintomas. Na maioria dos casos, a expressão da doença é limitada a parte do quadro clínico descrito como característico.

Portanto, o diagnóstico mais provável é o de infecção congênita.

93

Paciente com 12 anos de idade, deu entrada na emergência apresentando crise convulsiva caracterizada por abalos no dimídio corporal direito e obnubilação da consciência. Após o controle da crise, foi submetido a tomografia computadorizada do crânio que mostrou: parênquima cerebral isodenso, ventrículos de tamanho e de topografia normais, fossa posterior sem anormalidades e presença

de nódulo calcificado na região parieto-temporal esquerda. Provavelmente, trata-se de uma convulsão secundária a:

- (A) neurocisticercose
- (B) glioma cerebral
- (C) toxoplasmose
- (D) esclerose tuberosa
- (E) papiloma do plexo coróide

A = 79.9%; D = 1.9%;
 B = 4.0%; E = 0.9%
 C = 13.4%

Resposta Correta: A

Esta questão é fácil e, quase 80% dos candidatos acertou a resposta. Embora todas as opções cursem com calcificações intracranianas e possam se manifestar por convulsões, a descrição do quadro clínico e tomográfico, assim como a epidemiologia, apontam para o diagnóstico de neurocisticercose.

A tomografia dos gliomas mostrou, com muita frequência, alterações grosseiras como desvio da linha média, halo de edema peri-tumoral e modificações da forma e do tamanho dos ventrículos.

Na toxoplasmose são observadas, na maioria das vezes, não uma mas numerosas calcificações “em pingo de vela”. Ambas as doenças cursam com manifestações clínicas características que, comumente, apontam para o diagnóstico.

A localização do nódulo visto na TCC do paciente desta questão afasta a possibilidade de se tratar de um papiloma do plexo coróide.

94 Uma adolescente queixava-se de dor de cabeça numa frequência de 2 a 3 crises mensais. Na maioria das vezes, a cefaléia interrompia suas atividades de rotina, durava cerca de 2 horas e cedia após o uso de analgésicos comuns e com o repouso. A paciente sentia-se nauseada mas raramente vomitava. A dor localizava-se na região frontal e tanto podia ser constrictiva como pulsátil. Havia história familiar de enxaqueca. Indagada, a paciente negava sintomas precedendo o episódio doloroso mas a mãe percebia que horas antes da crise, a menina mudava de humor. Com muita frequência a crise era desencadeada por situações de “estresse”. O diagnóstico mais provável é:

- (A) enxaqueca comum
- (B) enxaqueca com aura
- (C) cefaléia de tensão
- (D) cefaléia mista
- (E) cefaléia atípica

A = 33.1%; D = 5.3%;
 B = 40.4%; E = 0.4%
 C = 20.6%

Resposta Correta: A

A descrição do quadro é muito característica da enxaqueca comum, hoje denominada enxaqueca sem aura. A ausência de hemicrania não modifica o diagnóstico porque, ao contrário do que se observa no adulto, a localização da dor, na criança, é comumente frontal ou bitemporal. O caráter pulsátil também pode estar ausente no paciente pediátrico.

A presença de sintomas precusores da crise - como mudança de humor ou do apetite, dentre outros - são frequentemente observados na enxaqueca comum e não configuram uma aura migranosa. As características das auras são descritas, detalhadamente, nos critérios diagnósticos publicados pela International Headache Society. Logo, está afastado o diagnóstico de enxaqueca com aura. Várias situações podem deflagar uma crise de enxaqueca, dentre elas o estresse, o exercício físico exagerado, determinados alimentos e bebidas e alterações do ritmo do sono. Portanto, o fato deste adolescente sentir dor de cabeça após estresse é bastante conhecido por aqueles que têm enxaqueca. A cefaléia de tensão, que pode ser psicogênica e portanto relacionada ao estresse emocional, tem características particulares e bem diferentes das que foram descritas nesta questão: costuma ser de pequena intensidade - não interrompendo as atividades da criança, é freqüente - às vezes diária, tem duração variável e não costuma se acompanhar de manifestações digestivas ou fóbicas. Para o diagnóstico da cefaléia mista, obviamente, há necessidade da presença de manifestações clínicas da enxaqueca e da cefaléia de tensão. Como não foram observadas as últimas, de acordo com a análise do parágrafo acima, está excluída tal possibilidade. Vale a pena lembrar que um número considerável de crianças e adolescentes têm cefaléia crônica, tanto a enxaqueca como a cefaléia de tensão.

95

Epilepsia sucedendo as convulsões febris (CF) ocorre na proporção de 2 a 7% dos casos. Os fatores de risco implicados neste prognóstico são:

- (A) crise associada a febre baixa e presença de convulsões parciais
- (B) presença de crises generalizadas e TC de crânio mostrando “esclerose mesial temporal”
- (C) EEG caracterizado por alterações específicas e história de CF repetidas
- (D) comprometimento neurológico prévio e história familiar de epilepsia
- (E) CF de longa duração e a idade da criança por ocasião da primeira crise

A = 7.7%; D = 53.4%;
B = 1.6%; E = 22.0%
C = 15.2%

Resposta Correta: D

As convulsões febris manifestam-se em crianças susceptíveis, numa faixa determinada de idade, costumam ser ocasionais e cursam, na grande maioria dos casos, com muito bom prognóstico. Recorrências febris e afebris são observadas em determinada porcentagem de casos. Cerca de 30% das crianças apresentam uma segunda crise febril e em cerca da metade destes casos é verificada uma terceira convulsão febril. Vários estudos mostram que convulsões afebris sucedem 2 a 7% dos casos, numa proporção maior do que os esperados 5 epiléticos para cada 1000 indivíduos, na população geral. Os diversos estudiosos do assunto têm tentado definir as carac-

terísticas clínicas que, quando presentes no caso, implicam em maior probabilidade de repetição da convulsão - tanto febril como afebril. Parece consenso que os fatores de risco para recorrência das convulsões febris são: 1ª convulsão antes de 1 ano de idade e história familiar de convulsões febris. Também parece consensual que a presença de comprometimento neurológico prévio de epilepsia em familiares próximos são os principais fatores que determinam mau prognóstico para o desenvolvimento de crises afebris. A presença de convulsões febris “atípicas” ou “complexas” implica em maior probabilidade de ambos os tipos de recorrências.

Nas opções de resposta desta questão, a letra **d** é a única resposta que não deixa margem à discussão.

A maior parte dos trabalhos não valorizam o grau da temperatura no prognóstico das recorrências. Alguns autores afirmam que convulsões em vigência de febre baixa é um fator preditivo de novas crises febris, mas não das afebris. Portanto está descartada a opção **a**. A relação entre esclerose mesial temporal e epilepsia está estabelecida, mas ainda há dúvidas sobre qual destas anormalidades é a responsável pela outra. De qualquer modo, podemos excluir a opção **b** porque crises generalizadas não apontam para recorrência de qualquer natureza. A opção **c** não oferece qualquer alternativa correta. São pouquíssimos aqueles que dão importância às alterações eletroencefalográficas no prognóstico das convulsões febris. Embora o início precoce seja visto por alguns estudiosos como fator de risco para ocorrência de crises

afebris, a maioria afirma que a presença de convulsões febris antes do primeiro ano de vida, numa criança previamente sadia, é sinal muito provável de novas crises febris. Sendo assim, a opção **e** deve ser considerada incorreta.

96 Os resultados do “Teste do Pezinho” num recém-nascido a termo, de 10 dias de idade, mostra um T4 de 6,9 mcg/dl (normal: 11.5 mcg/dl) e o TSH de 28 mcU/ml (normal: 3 a 18 mcU/ml). Dentre as providências abaixo, a mais apropriada é:

- (A) dosagem dos níveis de TBG (globulina transportadora de tiroxina)
- (B) observação atenta para o possível aparecimento de sinais de hipotireoidismo
- (C) fazer uma cintigrafia da tireóide
- (D) obter nova dosagem de T4 e TSH
- (E) repetir o “Teste do Pezinho”

A = 14.7%; D = 53.8%;
B = 7.3%; E = 14.6%
C = 9.6%

Resposta Correta: D

✎ O hipotireoidismo congênito é a doença que com mais frequência é detectada pelo “Teste do Pezinho”. Ocorre em 1 de cada 3.000 a 4.000 nascimentos. Este teste não é definitivo, servindo para levantar a suspeita da existência da doença, a ser esclarecida com outros exames. Os níveis mínimos de T4 são escolhidos de maneira a reduzir o número de falso-negativos.

Se o resultado for sugestivo de hipotireoidismo, precisa ser imediatamente confirmado pela dosagem de T4 e TSH no sangue e não por uma repetição do teste. Nenhum tratamento deve ser iniciado antes da coleta deste material.

Quando o nível do T4 é baixo, mas o TSH está só um pouco elevado (28 mcU/ml como no caso desta questão), o hipotireoidismo é pouco provável. Em geral, no recém-nascido com agenesia de tireóide o TSH ultrapassa 100 mcU/ml. Todavia, uma deficiência parcial da tireóide, como ocorre nas ectopias ou nos erros inatos da hormonogênese, pode dar níveis como o deste caso. Qualquer criança com um T4 baixo e um TSH acima de 40 mcU/ml é considerada como tendo hipotireoidismo primário e o tratamento deve ser iniciado enquanto se aguarda a chegada dos resultados do segundo exame.

A urgência em fazer o diagnóstico e começar o tratamento é grande pois há uma relação direta entre o tempo perdido e o grau de lesão mental resultante. Uma criança que tenha um T4 baixo e um TSH normal, provavelmente tem uma deficiência de TBG (globulina carreadora de tiroxina) e uma dosagem de T4 livre está indicada.

Nos prematuros pequenos temos níveis proteicos baixos no sangue, o que geralmente ocasiona um T4 baixo, com um TSH normal. Com o tempo isto se normaliza.

Só 10% dos recém-nascidos com hipotireoidismo são sintomáticos: hiperbilirrubinemia, letargia, hérnia umbilical, constipação e pouco ganho ponderal mas, esses achados são inespecíficos.

97

A Síndrome de Down é a patologia genética mais comumente encontrada na prática pediátrica. Complicações clínicas são, com freqüência, associadas a esta síndrome. A complicação mais freqüentemente encontrada é:

- (A) insuficiência renal crônica
- (B) hipertireoidismo
- (C) hipotireoidismo
- (D) hiperparatireoidismo
- (E) hipoglicemia

A = 3.8%; D = 6.1%;
B = 4.0%; E = 17.5%
C = 68.4%

Resposta Correta: C

✎ A função tireoidiana é normal na maior parte dos portadores da Síndrome de Down porém, podem ocorrer casos complicadores de hipertireoidismo ou hipotireoidismo. O hipotireoidismo (adquirido, não congênito) é o mais comum e é uma das complicações mais freqüentes nestes pacientes.

98

Você recebe no consultório uma criança cujos pais suspeitam que possa ser autista. A causa mais comum do autismo é:

- (A) encefalite
- (B) epilepsia
- (C) mutação do X-frágil
- (D) idiopática
- (E) esclerose tuberosa

A = 0.7%; D = 84.7%;
 B = 1.7%; E = 2.1%
 C = 10.6%

Resposta Correta: D

✎ O diagnóstico de autismo é feito mais na base de uma observação de comportamento do que em testes fisiológicos, bioquímicos ou genéticos. Muitos critérios têm sido usados para definir este grupo de crianças, mas os mais úteis são os de Rutter:

1. Grave comprometimento na aquisição de habilidades sociais
2. Atraso e desvio do desenvolvimento da linguagem
3. Comportamento ritualístico e compulsivo
4. Início antes dos 30 meses de idade

Os problemas de comportamento e de fala são notados primeiramente pelos pais.

A falta de contato olho a olho e de relacionamento faz com que os familiares se sintam rejeitados. O comportamento da criança com autismo pode ser passivo, hiperativo ou mesmo violento.

Quando submetidas a testes, 75% destas crianças são retardadas. Todas devem ter uma avaliação audiométrica.

A maior parte dos casos é de origem idiopática. Alguns estudos têm demonstrado um possível componente genético no autismo. Há um risco de recorrência em irmãos de 3%, comparado com a incidência de 1 a 1,5 por 1000 na população em geral. Outras síndromes, como a esclerose tuberosa, a rubéola congênita e as encefalites podem estar associadas ao

autismo, mas o número de casos é pequeno. Algumas outras condições parecem ligadas ao autismo, como a mutação do X-frágil (1% a 2%) e a epilepsia (14% a 25%), mas não parecem ter relação causal com o autismo.

99

Você acaba de diagnosticar uma doença recessiva, ligada ao cromossoma X, em um menino de três anos. O achado mais provável na história familiar é:

- (A) um tio materno com a mesma doença
- (B) uma tia paterna que tem dois filhos com a mesma doença
- (C) uma irmã com a mesma doença
- (D) idade paterna avançada
- (E) pais sendo primos em primeiro grau

A = 55.8%; D = 0.9%;
 B = 7.7%; E = 22.7%
 C = 12.8%

Resposta Correta: A

✎ Muitos traços genéticos e certas doenças são determinados por um único gene, herdado de acordo com as leis de Mendel. Os padrões de herança mendeliana em uma família dependem do gene responsável estar localizado no cromossoma X ou num autossomo, e da expressão ser de forma dominante ou recessiva. Aí se incluem então as heranças recessivas ligadas ao X, as dominantes ligadas ao X, as autossômicas recessivas e as autossômicas dominantes.

Nas doenças recessivas ligadas ao X (por ex.: hemofilia A, distrofia muscular de

Duchenne), a análise do “pedigree” revela a presença da doença em homens, a ausência de transmissão de pai para filho, e a transmissão do traço através de mulheres portadoras, resultando em homens com a doença. Assim, o achado mais provável no “pedigree” de um probando que tenha uma doença recessiva ligada ao X, é um tio materno com a mesma doença e que herdou o gene de sua mãe. Filhos com a doença, de uma tia paterna não seriam encontrados porque todos os homens afetados seriam aparentados pela linha materna. Já foram descritos casos raros de mulheres afetadas por doenças recessiva ligada ao X.

“Pedigrees” nos quais irmãos de ambos os sexos são afetados podem ocorrer nas doenças autossômicas recessivas (fibrose cística, por exemplo) ou autossômicas dominantes, mas não nas recessivas ligadas ao X. A herança autossômica recessiva exige que cada membro do casal seja portador de um determinado gene ou doença. Em geral, estes portadores não manifestam o traço, não há história familiar da doença e esta aparece pela primeira vez nos filhos deste casal. Ambos os sexos são afetados e em média 25% dos irmãos da criança com a doença terão a mesma doença. A consangüinidade é mais freqüente nestes “pedigrees”. É mais provável que ambos os pais tenham o mesmo gene se eles têm um ancestral comum de quem herdaram o gene.

As doenças dominantes ligadas ao X (por ex.: incontinência pigmentar), podem também ocorrer em gerações sucessivas e raramente são letais para os homens.

Os traços autossômicos dominantes tipicamente aparecem em sucessivas ou múltiplas gerações, afetam ambos os sexos igualmente e podem ser transmitidos por homens e mulheres.

100

Os resultados do estudo de uma nova droga broncodilatadora comparada com a aminofilina, favoreceram o emprego da nova droga ($p < 0.05$). Isto significa que:

- (A) a nova droga é 5% melhor que aminofilina
- (B) a nova droga é 95% melhor que aminofilina
- (C) as chances são menores do que uma em vinte, de que as diferenças encontradas sejam somente por acaso
- (D) 5% das vezes, os pacientes não se beneficiarão da nova droga
- (E) com tais resultados seria anti-ético continuar usando aminofilina, desde que a nova droga fosse disponível

A = 18.5%; D = 24.4%;
B = 13.8%; E = 7.2%
C = 36.0%

Resposta Correta: C

✎ A probabilidade apresentada é a estimativa de que as diferenças observadas tenham ocorrido por acaso. A interpretação destes resultados depende da avaliação de fatores no planejamento do estudo tais como: tamanho da amostra, tipo de controles usados, gravidade da doença e efeitos colaterais da droga.

