



Edital Nº 03/2017

**CADERNO DE QUESTÕES**  
Data: 05 de novembro de 2017.

**PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA**

**ESPECIALIDADE:** Clínica Médica (R3)

**INSTRUÇÕES**

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2018

01. Sr. 24 anos, casado, motorista de ônibus, natural e procedente de Fortaleza QP: Diarreia há 8 meses HDA: Há 8 meses vem apresentando quadro de alteração no hábito intestinal, evacuando 2 a 3 x ao dia, fezes pastosas, as vezes de grande volume, com muito odor, fezes boiam no vaso sanitário, sem sangue, as vezes percebe restos alimentares. Vem com perda de mais de 10% do peso no período, apetite preservado, nega sangue nas fezes, nega febre no período. Já fez uso de Albendazol 400 mg dose única sem melhora. Retirou o leite e derivados porém não percebeu melhora. Ao exame: emagrecido, hipocorado +/4, anictérico, afebril. Exame cardiopulmonal: normal. Abdome: plano, RHA presente, pouco exacerbado, sem dor a palpação, sem megalias ou massas espaço de Traube livre. Discreto edema de MMII. Realizou alguns exames: HTC: 34%, HB: 10 g%, VCM 110, Leucócitos: 8.600 diferencial normal, 2% eosinófilos, Plaquetas: 250.000; VHS: 15, PCR: 1,0. Glicemia: 88 mg%, Albumina: 3,0 g%, parasitológico de fezes em três amostras negativos. Sudan III positivo (+++), teste da d-xilose foi anormal. Ultrassom abdominal: normal. Anti-HIV I e II negativos.

Com base nos dados da história clínica e com os exames apresentados, podemos classificar a diarreia como:

- A) Diarreia crônica provavelmente exsudativa.
- B) Diarreia crônica provavelmente disabsortiva.
- C) Diarreia aguda prolongada de provável natureza secretória.
- D) Diarreia aguda prolongada provavelmente por alteração na digestão.

02. Paciente masculino, branco, 35 anos, com quadro de lombalgia há 5 anos, com piora progressiva. Refere melhora da dor com exercícios e anti-inflamatórios. Tem dor noturna e rigidez matinal de 1h. Há 6 meses apresenta dor em região plantar e fadiga intensa. Nega artrite ou alteração renal. RNM de sacroilíacas mostra hiposinal em T1 e hipersinal em T2 na sequência STIR em região de sacroilíacas bilateral. HLAB27 ausente. PCR: 5,3.

Diante do diagnóstico mais provável, a melhor abordagem terapêutica neste momento seria:

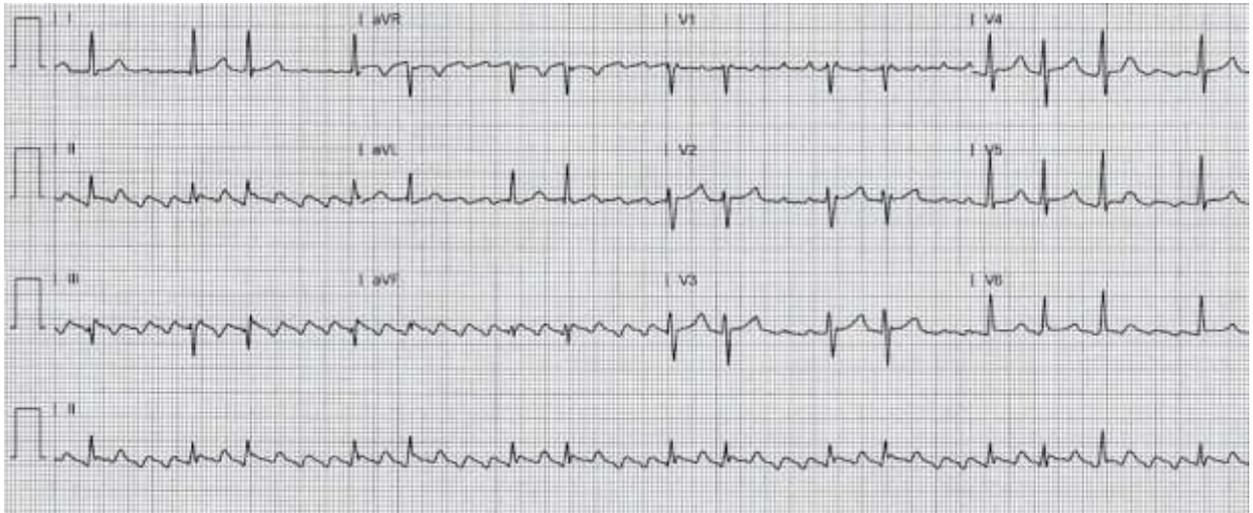
- A) Iniciar Tramadol.
- B) Iniciar Naproxeno.
- C) Iniciar Infiximabe.
- D) Iniciar Sulfassalazina.

03. Sra. 24 anos, casada, do lar, natural e procedente de Fortaleza. Encontra-se na 20ª semana de gravidez, do primeiro filho, e ao realizar exames no pré-natal detectou HBsAg (+), sorologia para LUES (-), anti-HVC (-), anti-HIV 1 e 2 (-), assintomática, exame físico: sem icterícia, normocorada, eritema palmar, hepatimetria: 12 cm, borda cortante, espaço de Traube livre, hipogástrio aumento do útero compatível com 20ª semana. Extremidades sem edema. Realizou exames solicitado por hepatologista: AST: 30, ALT: 40, INR: 1,0, Prot. total: 7 g/dl, Albumina: 4 g/dl, B. total: 1,0 mg/dl, B. direta: 0,6 mg/dl, HBeAg (+), anti-HBe (-), PCR quantitativo do vírus B: 300.000 ui/mL. Na avaliação do marido: HBsAg (-), anti-HBs: 200, anti-HBc IgG (-). No último trimestre da gravidez foram repetidos os exames: AST: 25, ALT: 30, INR: 1,1, Prot. totais: 6,5 g/dl, Albumina: 4 g/dl, PCR quantitativo do vírus B: 310.000 ui/mL.

Diante destes dados qual a conduta em relação à mãe e ao bebê para evitar transmissão vertical do VHB?

- A) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar adefovir 10mg na última semana de gestação da mãe.
- B) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe com entecavir 0,5 mg após o nascimento.
- C) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe no terceiro trimestre com entecavir 0,5 mg.
- D) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe no terceiro trimestre com tenofovir 300 mg.

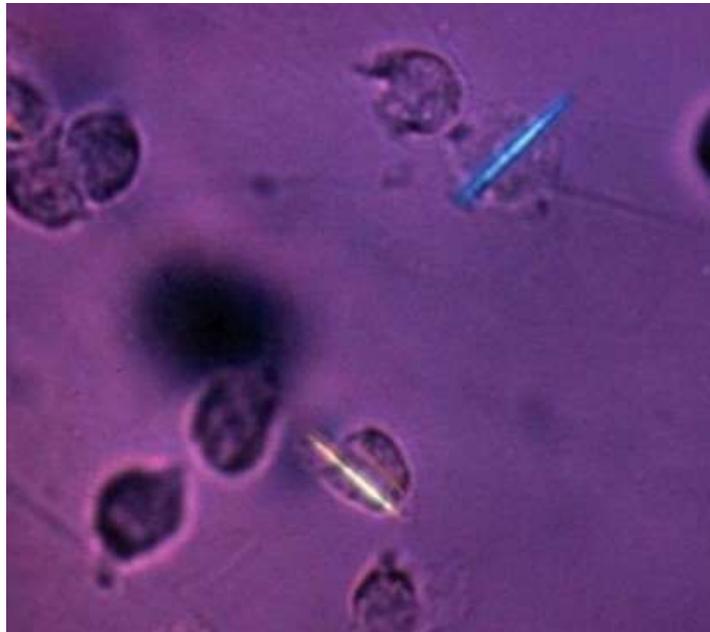
04. Paciente 32 anos, portador de Comunicação Interatrial corrigida há 3 anos. Há 1 ano faz uso de amiodarona dose de 200 mg mas frequentemente queixa-se de palpitações e sudorese com idas a emergência sendo submetido a cardioversões elétricas em pelo menos 3-4 ocasiões. Ecocardiograma transesofágico mostrou ausência de trombos ou massas, aumento biatrial e função ventricular normal. Realizou eletrocardiograma mostrado na figura. Nega outras patologias.



Qual das opções terapêuticas abaixo estaria indicada para o quadro clínico deste paciente?

- A) Iniciar Sotalol.
  - B) Iniciar Rivaroxabana.
  - C) Estudo Eletrofisiológico/Ablação Istmo Cavo Tricuspideo.
  - D) Estudo Eletrofisiológico/Ablação com Isolamento de Veias Pulmonares.
05. Agricultor, de 67 anos, vem à emergência com dispneia progressiva nos últimos 2 anos, associado a ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Realizou eletrocardiograma que mostrou ritmo sinusal, frequência cardíaca de 96bpm e presença de ondas q em toda parede anterior. Ecocardiograma mostrou fração de ejeção de 32% e hipocinesia difusa. Clearance de Creatinina 40. Potássio 5,0. Em uso de Carvedilol 50mg/dia, Captopril 150mg/dia e Espironolactona 25mg/dia. Neste contexto, qual o mecanismo de ação do medicamento que poderia ser associado ao esquema terapêutico do paciente e implicaria em redução de mortalidade?
- A) Bloqueio da Bomba de Na-K/2Cl.
  - B) Bloqueio da Bomba Na/K-ATPase.
  - C) Bloqueio do Receptor da Angiotensina.
  - D) Bloqueio Seletivo dos Canais If do Nó Sinusal.
06. Um paciente, 50 anos de idade, apresentou vários episódios de vômitos, evoluindo com fraqueza e diminuição do volume urinário. Referiu que estava em uso anti-inflamatório não-hormonal para tratamento de uma amigdalite. Ao exame físico apresentava: pressão arterial de 98/64 mmHg em decúbito dorsal e 90/52 mmHg em ortostase, pulsos finos, frequência cardíaca de 104 bpm. Exames laboratoriais parciais mostraram: ureia = 100 mg/dl e creatinina = 1,7mg/dl, sódio de 138 mEq/L; potássio: 3,8 mEq/L. Urina tipo I: densidade: 1028; pH: 5,3; elementos anormais ausentes; sedimentocopia: presença de cilindros hialinos. Qual o parâmetro laboratorial abaixo que melhor se correlaciona com o mecanismo da insuficiência renal mais provável do presente caso?
- A) Sódio urinário < 40 Meq/L.
  - B) Fração de excreção de sódio > 2%.
  - C) Osmolaridade urinária > 500mosm/Kg.
  - D) Creatinina urinária/creatinina plasmática <20.

07. Paciente masculino, 58 anos, procurou a emergência por quadro de dor súbita, incapacitante em joelho direito, associado à edema, rubor e calor que impossibilitava a deambulação. É hipertenso e dislipidêmico, em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. Antecedente de nefrolitíase. Ao exame: EGR, afebril, PA:140x80 mmHg, ACP: normal, artrite de joelho D. Realizada punção articular com líquido mostrado na foto. Velocidade de hemossedimentação: 35mm, Clearance de Creatinina: 29ml/min, ácido úrico: 6,5mg/dl.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Considerando o diagnóstico mais provável, neste contexto o tratamento mais adequado seria:

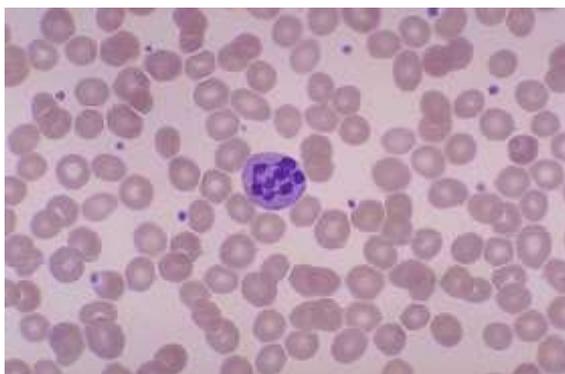
- A) Naproxeno.
  - B) Alopurinol.
  - C) Colchicina.
  - D) Prednisona.
08. Uma paciente de 25 anos vem à consulta médica com queixa de nefrolitíase. Refere ter tido dois episódios semelhantes, porém nunca tinha realizado exames complementares. Mencionou ainda uso semanal de colecalciferol. Exame físico é normal. São requisitados os seguintes exames complementares: ureia sérica; 15 mg/dL; creatinina sérica de 1,2 mg/dL; potássio sérico de 2,9 mEq/L; cálcio sérico de 10 mg/dL; bicarbonato sérico de 20 mEq/L; cloro sérico de 112 mEq/L. Exame de urina com densidade de 1.015; pH 6,5; hemoglobina +2; proteínas – negativa, 4 hemácias por campo. Cálcio urinário de 480 mg/dL e hipocitúria. O Rx de abdome evidenciou a presença de nefrocalcinose. A causa mais provável da nefrolitíase é:
- A) Sarcoideose renal.
  - B) Uso de vitamina D.
  - C) Hipercalemiúria idiopática.
  - D) Acidose tubular renal distal tipo I.
09. Homem de 33 anos sofreu acidente automobilístico, com traumatismo crânio-encefálico, admitido em coma (Escore de Glasgow de 7), sendo intubado e transferido para a UTI onde se optou por monitorização contínua da pressão intracraniana (PIC) e da pressão arterial média invasiva (PAM). No momento, sua PAM é de 69 mmHg, após ressuscitação volêmica considerada adequada, e a PIC se encontra em 19 mmHg, com uma gasometria arterial evidenciando pH: 7,42, PaCO<sub>2</sub>: 35 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 92 mmHg, SaO<sub>2</sub>: 97% com uma FiO<sub>2</sub> de 50% e PEEP: 5 cmH<sub>2</sub>O. Qual a melhor conduta terapêutica quanto à proteção de lesão cerebral secundária deste paciente, no momento?
- A) Hiperventilar.
  - B) Aumentar a PEEP.
  - C) Administrar vasopressores.
  - D) Drenar líquido cefalorraquidiano.

10. Paciente masculino de 37 anos iniciou com quadro de lesão cutânea com perda de sensibilidade. Procurou dermatologista que confirmou presença de três lesões em placa, hipocrômicas, com diminuição das sensibilidades térmica e tátil. Também, foi evidenciado espessamento do nervo ulnar de ambos os membros, sendo iniciado tratamento específico. Após a segunda semana de tratamento, paciente foi encaminhado desacordado à emergência do hospital após ter ingerido todos os medicamentos prescritos como tentativa de autoextermínio. À admissão, apresentava Glasgow de 9, cianose central, com saturação de  $O_2$  ( $SO_2$ ), pela oximetria de pulso, de 85%, mantida mesmo com máscara de Venturi a 50%. Foi colhido hemograma, que evidenciou Hb 11,3 g/dL, com VCM 102 fL, sem outras alterações. Gasometria arterial evidenciou  $PaO_2$  de 252 com  $SO_2$  100%.

Qual a terapêutica mais adequada dentre as opções abaixo para o quadro associado à maior mortalidade?

- A) Plasmaférese terapêutica.
- B) Prescrição de azul de metileno.
- C) Prescrição de nitroprussiato de sódio.
- D) Transfusão simples de concentrado de hemácias.

11. Paciente feminino de 53 anos comparece a UPA queixando-se de adinamia e mal estar. Relata que o quadro se iniciou há aproximadamente um mês, evoluindo com piora progressiva. Negava febre. Ao exame físico, apresenta palidez-cutâneo mucosa, icterícia discreta, sinal de Romberg e equimoses em membros, sem outras alterações. O hemograma evidenciou hemoglobina 4,2 g/dL, volume corpuscular médio de 122 fL, leucócitos de  $2200/mm^3$ , com 800 neutrófilos, plaquetas de  $43.000/mm^3$ . A lâmina do sangue periférico está em anexo (aumento de 100x).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Diante do diagnóstico mais provável, qual o tratamento a ser instituído?

- A) Glucantime.
- B) Vitamina B12.
- C) ATRA e Quimioterapia.
- D) Globulina antitumoral e Ciclosporina.

12. Paciente 47 anos, masculino, hepatopata crônico retorna a consulta para avaliação de exames solicitados previamente. Encontrava-se em avaliação para transplante hepático mas vem evoluindo com dispneia progressiva e atualmente nota-se discreta cianose de extremidades. Observou-se que a saturação medida em decúbito (94%) reduziu-se para 89% minutos após sentar-se. Traz gasometria arterial que mostra  $PaO_2 = 57$  mmHg (colhida com o paciente em ar ambiente em altitude próxima ao nível do mar). Houve resposta parcial em relação a hipoxemia após administração de  $O_2$  ( $FiO_2 = 100\%$ ). A diferença alvéolo-arterial de  $O_2$  (ar ambiente) foi de 18 mmHg.

Qual dos mecanismos fisiopatológicos abaixo melhor justificaria o quadro do paciente?

- A) Shunts pulmonares por dilatação pré capilar e capilar.
- B) Hipóxia tissular secundária a vasodilatação sistêmica.
- C) Ventilação/perfusão reduzida por congestão pulmonar.
- D) Redução da difusão de oxigênio por vasoconstrição pulmonar.

13. Paciente 54 anos, feminina, hipertensa (uso irregular de amlodipina), vem evoluindo com dispneia há 8 meses, atualmente com falta de ar aos mínimos esforços e ortopneia ocasional. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou pressão sistólica de artéria pulmonar = 57 mmHg com fração de ejeção = 54% sem valvulopatias. Retorna para o pneumologista com resultado de estudo hemodinâmico (cateterização de artéria pulmonar) que demonstrou o seguinte resultado: Pressão média de artéria pulmonar: 34 mmHg (normal até 20 mmHg) Pressão diastólica de artéria pulmonar = 28 mmHg (normal até 11,8 mmHg) Pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) = 24 mmHg (normal até 10,9 mmHg) Resistência vascular pulmonar = 140 dynas.s.cm-5 (até 104 dynas.s.cm-5). Qual a conduta terapêutica e diagnóstica mais adequada dentre as citadas abaixo em relação ao quadro de hipertensão pulmonar desta paciente?
- A) Otimizar anti-hipertensivo e associar diurético ao esquema.  
 B) Iniciar terapia dupla sildenafil/ambrisentana e suspender amlodipina.  
 C) Iniciar bosentana e investigar etiologia da hipertensão arterial pulmonar.  
 D) Prescrever sildenafil / warfarin e solicitar cintilografia pulmonar de perfusão.
14. Mulher de 71 anos, fumante (30 maços/ano), diabética, com antecedentes de ter se submetido a inserção de stent em coronária descendente anterior há 4 anos, encontrava-se em uma UTI, intubada há 6 dias. Achava-se alerta e tolerando uma ventilação com pressão de suporte de 10 cmH<sub>2</sub>O e uma PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O. Foi tentado, pela segunda vez, um teste de respiração espontânea (TRE) em tubo T, que foi interrompido aos 20 minutos por desconforto, sudorese, elevação da frequência cardíaca de 89 para 125 bpm, variação da pressão arterial sistêmica de 125x70 mmHg para 170x105 mmHg, redução da SpO<sub>2</sub> de 95 para 88% em uso de O<sub>2</sub>, e mudança na frequência respiratória de 18 irpm para 33 irpm. A ausculta pulmonar no momento da intolerância ao teste evidenciou presença de ronos bilaterais e algumas crepitações grossas. O retorno à ventilação mecânica com os parâmetros ventilatórios prévios reverteu as alterações observadas em cerca de 10 minutos. Qual dos mecanismos fisiopatológicos apresentados nas opções abaixo é o mais provável para explicar o comportamento da paciente durante o TRE?
- A) Broncoespasmo.  
 B) Redução do retorno venoso.  
 C) Redução do "drive" respiratório.  
 D) Aumento da pressão capilar pulmonar.
15. Paciente, 58 anos, foi trazido por familiares ao pronto-socorro em parada cardiorrespiratória. Filha relata que seu pai estava tomando café da manhã quando passou a sentir mal-estar, tontura e sudorese. Logo em seguida, ficou desacordado. Sendo assim, trouxeram-no imediatamente ao hospital mais próximo da casa deles. Ao chegar, observado ausência de pulso central e iniciado prontamente compressões torácicas eficazes, sendo obtido acesso periférico. Evidenciado o ritmo abaixo mostrado na figura, sendo submetido a tratamento elétrico em aparelho bifásico intervalado as sequências de compressões.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Sobre o tratamento adequado deste tipo de parada cardiorrespiratória, marque a alternativa correta.

- A) Iniciar epinefrina na dose de 3mg, a partir daí 1mg a cada 3 minutos associada a cardioversão elétrica.  
 B) Deve-se usar atropina 1mg a cada 3 minutos e cardioversão elétrica após 2 minutos de compressões efetivas.  
 C) Deve-se usar epinefrina 1mg a cada 3 minutos. Na refratariedade aos três primeiros choques, amiodarona 300mg IV pode ser usada.  
 D) Iniciar epinefrina 1mg a cada 3 minutos, associada a sulfato de magnésio 2g em bolus após 10 minutos de ressuscitação sem sucesso.

16. Paciente de 59 anos, hipertenso, dislipidêmico, diabético e tabagista, chega à Emergência com história de fraqueza súbita no lado direito do corpo e alteração de fala há cerca de 5 horas. TC de crânio s/contraste mostra: Hipodensidade acometendo ínsula e lobo frontal à esquerda. Doppler de carótidas e vertebrais revela oclusão completa da artéria carótida interna esquerda e estenose. Dentre as opções abaixo qual a conduta terapêutica mais adequada ao caso?
- A) Trombólise seguida de anticoagulação com heparina.
  - B) Anticoagulação com heparina seguida de anticoagulação oral.
  - C) Antiagregação plaquetária simples e tratamento dos fatores de risco.
  - D) Angioplastia ou endarterectomia da artéria carótida interna esquerda.
17. Paciente, 67 anos, deu entrada no pronto-socorro com história de há uma semana vir apresentando adinamia, febre, sonolência e diminuição da ingesta de água. Há 1 dia, passou a apresentar confusão mental, sendo trazido ao hospital por parentes. Ao exame: mau estado geral, acianótico, anictérico, febril ao toque, desidratado 3+/4+, normocorado, desorientado. Neurológico: Glasgow 14/15, confuso, sem déficit motor. Exame cardiorrespiratório normal; FC 118 bpm. PA: 90 x 60 mmHg, frequência respiratória 32 irrm. Exame abdominal sem alterações. Exames laboratoriais: Hb 14,9g/dL, Ht 45%, leucócitos 14300/mm<sup>3</sup>(3600-11000) neutrófilos 12400/mm<sup>3</sup>, linfócitos 1600/mm<sup>3</sup>, monócitos 200/mm<sup>3</sup> e eosinófilos 100/mm<sup>3</sup>, plaquetas 550mil, Ur 153mg/dL, Cr 1,9mg/dL, Na 147mEq/L, K 4,0mEq/L; glicemia: 870mg/dL. Gasometria em ar ambiente: ph 7,32; PaO<sub>2</sub>: 80 mmHg bicarbonato, 14meq/L; BE - 5,0; PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg.
- Qual o tratamento mais adequado para o caso clínico em questão, dentre as alternativas abaixo?
- A) Infusão de soro fisiológico 0,9% seguido de insulina endovenosa.
  - B) Infusão de fase rápida de potássio e hidratação vigorosa até controle glicêmico.
  - C) Infusão de solução de glico-insulina e hidratação vigorosa com soro fisiológico.
  - D) Infusão imediata de 3 litros soro com sódio a 0,45% seguido de insulina subcutânea basal-bolus.
18. Um agente penitenciário de 45 anos, procedente de Fortaleza-CE, procura a orientação de um pneumologista sobre que conduta tomar após ter realizado um teste tuberculínico (PPD) há 3 dias, orientado pelo serviço médico do seu local de trabalho. A leitura do teste mostrou uma induração de 10 mm. O paciente encontra-se assintomático e traz radiografia de tórax realizada no dia da consulta, sem alterações. Encontra-se preocupado com o resultado do exame tendo em vista que 2 meses atrás foi submetido a teste tuberculínico, cujo resultado foi não reator (0 mm).
- Qual das opções abaixo, descreve a conduta mais adequada para esta situação clínica?
- A) Manter conduta expectante por conta da ausência de sintomas.
  - B) Prescrever tratamento para tuberculose latente com Isoniazida.
  - C) Repetir teste em 8 semanas pois trata-se provavelmente de efeito booster.
  - D) Iniciar tratamento para tuberculose com o esquema de 4 drogas vigente no país.
19. Mulher de 52 anos encontra-se há 17 dias na UTI por um quadro de choque séptico secundário a uma pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo. Na admissão, apresentava opacidades pulmonares bilaterais de padrão alveolar no raio-X de tórax. Na ocasião, a gasometria arterial mostrava uma PaO<sub>2</sub> de 83 mmHg com uma FiO<sub>2</sub> de 60%, com uma PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O. Evoluiu com reversão do choque e, no momento, segue em ventilação mecânica, traqueostomizada, e tem uma PaO<sub>2</sub> de 90 mmHg com uma FiO<sub>2</sub> de 50%, ainda com uma PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O. O raio-X de tórax mostra agora opacidades bilaterais mas com predomínio de padrão intersticial e redução de volumes pulmonares.
- Considerando-se o quadro respiratório atual, que estratégia ventilatória ou terapêutica é recomendável dentre as opções abaixo?
- A) Redução da FiO<sub>2</sub> e da PEEP.
  - B) Posição prona por 16 horas consecutivas.
  - C) Administração de bloqueador neuromuscular.
  - D) Manobra de recrutamento alveolar com altas pressões.

20. Paciente, sexo feminino, 38 anos, relata que iniciou quadro de hipertensão há dois anos, atualmente com necessidade de quatro anti-hipertensivos em dose plena para controle parcial dos níveis tensionais. Notadamente, há aproximadamente seis meses vem apresentando palpitações, cefaleia e crises de rubor facial e de tronco associado a sudorese. Foi então que procurou atendimento médico, sendo iniciada investigação para o caso clínico. TSH 2,8mU/L (valor normal 0,3 e 4,0 mU/L). Dosagem de metanefrina sérica 318 pg/mL (valor normal radioimunoensaio < 65pg/mL). Apresenta ainda eletrólitos, dosagem de cortisol basal e teste de supressão com dexametasona, atividade da renina plasmática todos normais. Ao eco doppler renal não evidenciada estenose arterial.

Realizou ressonância de abdome que evidenciou o achado abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

Relacionado ao caso clínico citado, assinale a alternativa mais adequada quanto ao preparo pré-operatório desta paciente.

- A) Iniciar alfa-bloqueador, hidratação abundante e estimular ingestão de sal.
- B) Iniciar inibidor da enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueador.
- C) Iniciar glicocorticoide 1mg/kg de peso, associado a betabloqueador e restrição hídrica.
- D) Iniciar benzodiazepínico associado a beta-bloqueador, restrição hídrica e dieta hipossódica.