

## Respostas aos Recursos - MÉDICO PLANTONISTA RADIOLOGISTA - HMSJ - SUPERIOR

Questão	Justificativa	Conclusão (Deferido ou Indeferido)	Resposta alterada para:
33-1	<p>Para determinar o diagnóstico mais provável, vamos considerar a fisiopatologia e os achados de imagem descritos na questão: uma estrutura tubular quística no quadrante superior direito do abdome, com sinais de peristaltismo e ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler.</p> <p>A) Duplexação do sistema coletor renal sugerindo duplicação ureteral: Análise: Duplexação do sistema coletor renal se refere à presença de um sistema duplo de ureteres, que pode ser identificado como estruturas tubulares. No entanto, isso geralmente não apresenta peristaltismo ao ultrassom, pois os ureteres não são tão visíveis nessa idade e localização. Conclusão: Incorreto, pois não se alinha bem com os achados descritos.</p> <p>B) Pseudoquiste pancreático devido a trauma abdominal prévio: Análise: Um pseudoquiste pancreático pode aparecer como uma estrutura quística, mas não é caracterizado por peristaltismo, já que não faz parte do trato gastrointestinal onde ocorre peristaltismo. Além disso, a localização no quadrante superior direito é mais associada ao fígado e à vesícula biliar do que ao pâncreas. Conclusão: Incorreto, pois a presença de peristaltismo não é compatível com um pseudoquiste pancreático.</p> <p>C) Íleo biliar resultante de obstrução intestinal por cálculo biliar: Análise: Íleo biliar ocorre devido à obstrução intestinal por um cálculo biliar, mas isso tipicamente não aparece como uma estrutura tubular quística com peristaltismo. O íleo biliar pode causar distensão intestinal e níveis hidroaéreos, mas não estruturas tubulares quísticas com peristaltismo. Conclusão: Incorreto, pois a descrição não corresponde aos achados típicos de íleo biliar.</p> <p>D) Invaginação intestinal, com o achado representando o "sinal do alvo":</p>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>Análise: Invaginação intestinal (ou intussuscepção) é uma condição em que uma parte do intestino se invagina dentro de outra. No ultrassom, pode apresentar-se como uma estrutura tubular com peristaltismo e frequentemente é descrita pelo "sinal do alvo" ou "sinal do donut". A ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler pode indicar comprometimento vascular.</p> <p>Conclusão: Correto, pois a descrição dos achados de imagem é consistente com invaginação intestinal, incluindo a presença de peristaltismo e a aparência tubular quística.</p> <p>E) Atresia de vias biliares, com dilatação do ducto biliar comum:</p> <p>Análise: Atresia de vias biliares geralmente causa dilatação do sistema biliar intra-hepático e extra-hepático, mas não se apresentaria com sinais de peristaltismo ao ultrassom. Além disso, essa condição é mais frequentemente associada a icterícia neonatal persistente.</p> <p>Conclusão: Incorreto, pois a descrição dos achados de imagem não é compatível com atresia de vias biliares.</p> <p>A alternativa correta é D) Invaginação intestinal, com o achado representando o "sinal do alvo".</p> <p>Justificativa:</p> <p>Achados de Imagem: A presença de uma estrutura tubular quística com peristaltismo e ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler é altamente sugestiva de invaginação intestinal. O "sinal do alvo" no ultrassom é um achado característico dessa condição.</p> <p>Fisiopatologia: Invaginação intestinal é uma emergência pediátrica comum que pode causar obstrução intestinal e, se não tratada, pode levar a isquemia intestinal devido ao comprometimento vascular, o que explica a ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler.</p> <p>Explicação das demais alternativas:</p> <p>A) Duplexação do sistema coletor renal: Incompatível: Não apresenta peristaltismo e geralmente não é visível como descrito.</p> <p>B) Pseudoquiste pancreático: Incompatível: Não apresenta peristaltismo e localização é mais associada ao pâncreas.</p> <p>C) Íleo biliar: Incompatível: Não aparece como uma estrutura tubular quística com peristaltismo.</p> <p>E) Atresia de vias biliares: Incompatível: Não apresenta peristaltismo e se apresenta com icterícia neonatal persistente.</p> <p>Portanto, a invaginação intestinal é o diagnóstico mais provável com base nos achados de imagem e na fisiopatologia descrita.</p>		
--	---	--	--

34-1	<p>Análise das Afirmativas:</p> <p>( ) A radiografia utiliza uma fonte de raios X de baixa energia para minimizar a exposição à radiação, enquanto a mamografia requer um espectro de energia mais alto para melhor penetração nos tecidos mamários densos.  Análise: Na verdade, a mamografia utiliza raios X de energia mais baixa (20-30 keV) em comparação com a radiografia convencional (50-120 keV). A energia mais baixa é escolhida para otimizar o contraste dos tecidos mamários, que têm pequenas diferenças de densidade entre o tecido adiposo e o fibroglandular.  Conclusão: Falso (F)</p> <p>( ) Ambos os exames de radiografia e mamografia empregam o uso de um anteparo de chumbo para proteger partes do corpo não visadas pela exposição à radiação.  Análise: Tanto a radiografia quanto a mamografia utilizam anteparos de chumbo (avental de chumbo, por exemplo) para proteger áreas do corpo não visadas da radiação dispersa e direta. Isso é uma prática padrão de proteção radiológica.  Conclusão: Verdadeiro (V)</p> <p>( ) A mamografia utiliza filtros de molibdênio ou ródio para otimizar o contraste da imagem ao melhorar a diferenciação entre os tecidos mamários fibroglandulares e as lesões potenciais.  Análise: A mamografia utiliza filtros de molibdênio ou ródio precisamente para ajustar o espectro de energia dos raios X, melhorando o contraste e a diferenciação entre os diferentes tipos de tecidos mamários.  Conclusão: Verdadeiro (V)</p> <p>( ) Na radiografia, o aumento da distância entre a fonte de raios X e o objeto pode diminuir a qualidade da imagem devido ao aumento da dispersão dos raios.  Análise: O aumento da distância entre a fonte de raios X e o objeto geralmente melhora a qualidade da imagem ao reduzir a penumbra geométrica e melhorar a resolução espacial. No entanto, a dispersão dos raios X depende mais do volume do tecido irradiado e não da distância entre a fonte e o objeto.  Conclusão: Falso (F)</p> <p>( ) A dose de radiação aplicada em um exame de mamografia é significativamente maior do que a de uma radiografia torácica, devido à necessidade de detalhamento dos tecidos mamários.  Análise: A dose de radiação em uma mamografia é geralmente comparável ou menor que a de uma radiografia torácica. A mamografia é otimizada para utilizar baixas doses de radiação</p>	Indeferido	Gabarito mantido
------	--	------------	------------------

	<p>enquanto mantém um alto nível de detalhamento das imagens.</p> <p>Conclusão: Falso (F)</p> <p>Justificativas:</p> <p>Radiografia e Mamografia (Energia dos Raios X): Mamografias utilizam energia mais baixa para otimizar o contraste dos tecidos mamários, não mais alta.</p> <p>Uso de Anteparos de Chumbo: Ambos os exames usam proteção de chumbo para proteger partes do corpo não visadas.</p> <p>Filtros de Molibdênio ou Ródio: Esses filtros são usados na mamografia para otimizar o contraste e a diferenciação dos tecidos.</p> <p>Distância Fonte-Objeto: Aumentar a distância geralmente melhora a qualidade da imagem, reduzindo a penumbra, e a dispersão é mais influenciada pelo volume do tecido irradiado.</p> <p>Dose de Radiação: A dose de radiação na mamografia é comparável ou menor que a de uma radiografia torácica, devido à otimização para obter imagens detalhadas com baixa dose.</p>		
35-1	<p>Para reavaliar o diagnóstico mais provável com base na descrição detalhada dos achados de imagem:</p> <p>Achados de Imagem:</p> <p>Dor aguda e edema no terço médio da perna</p> <p>Sem histórico de trauma direto</p> <p>Estrutura tubular dilatada com fluxo sanguíneo aumentado no modo Doppler colorido</p> <p>Localizada adjacente ao músculo gastrocnêmio</p> <p>Sem evidências de alterações no rim, ureteres ou bexiga</p> <p>Análise das alternativas:</p> <p>A) Ruptura do tendão de Aquiles, com hematoma secundário e inflamação local:</p> <p>Análise: A ruptura do tendão de Aquiles normalmente ocorre no terço distal da perna. A presença de uma estrutura tubular dilatada com fluxo sanguíneo aumentado não se encaixa bem com esse diagnóstico.</p> <p>Conclusão: Incorreto.</p> <p>B) Trombose venosa profunda (TVP), com obstrução de uma veia profunda da perna:</p> <p>Análise: A TVP é caracterizada por dor, edema e diminuição ou ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler, não aumento de fluxo.</p> <p>Conclusão: Incorreto.</p>	Deferido	Anulada

	<p>C) Abscesso intramuscular no gastrocnêmio, com inflamação e aumento do fluxo sanguíneo local:  Análise: Um abscesso pode causar dor, edema e inflamação, que podem ser associados a aumento do fluxo sanguíneo na área inflamada. No entanto, abscessos geralmente aparecem como coleções líquidas irregulares, não como estruturas tubulares dilatadas.  Conclusão: Incorreto.</p> <p>D) Fístula arteriovenosa adquirida pós-traumática, apesar da ausência de trauma relatado:  Análise: Fístulas arteriovenosas (FAV) geralmente resultam de traumas ou procedimentos cirúrgicos, levando a uma conexão anormal entre uma artéria e uma veia, causando fluxo sanguíneo aumentado e turbulento no Doppler. Contudo, a ausência de um trauma relatado torna essa alternativa menos provável.  Conclusão: Embora o achado de fluxo sanguíneo aumentado possa sugerir uma FAV, a falta de histórico de trauma ou intervenção cirúrgica faz com que essa explicação seja menos provável.</p> <p>E) Cisto de Baker rompido, com extravasamento de líquido sinovial na região do gastrocnêmio:  Análise: Um cisto de Baker rompido causa extravasamento de líquido sinovial e se apresenta como uma coleção de fluido na região poplíteia, geralmente sem fluxo sanguíneo aumentado.  Conclusão: Incorreto, pois a descrição não é compatível com um cisto de Baker rompido.</p> <p>A questão não apresenta uma resposta correta entre as alternativas. Sendo assim, ela deve ser anulada.</p>		
39-1	<p>Com base na descrição clínica e nos achados de imagem fornecidos, vamos analisar cada alternativa para determinar o diagnóstico mais provável.</p> <p>Achados e Sintomas:  Dispneia progressiva e fadiga  Alargamento da silhueta cardíaca na radiografia de tórax  Dilatação da raiz aórtica e um aneurisma do arco aórtico com sinais de dissecação na angio-TC</p> <p>Análise das Alternativas:  A) Coarctação da aorta:  Análise: Coarctação da aorta é um estreitamento congênito da aorta, geralmente localizado após a saída da artéria subclávia esquerda. Esta condição não está associada com dilatação da raiz aórtica ou aneurisma com dissecação.  Conclusão: Incorreto, pois a coarctação não explica os achados de dilatação e dissecação.</p>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>B) Insuficiência aórtica aguda:  Análise: Insuficiência aórtica aguda pode causar alargamento da silhueta cardíaca e dispneia, mas não está diretamente associada a um aneurisma com dissecção do arco aórtico.  Conclusão: Incorreto, pois não explica completamente a dilatação da raiz aórtica e o aneurisma com dissecção.</p> <p>C) Síndrome de Marfan:  Análise: A Síndrome de Marfan é uma doença genética que afeta o tecido conjuntivo e é frequentemente associada a anormalidades cardiovasculares, incluindo dilatação da raiz aórtica, aneurismas e dissecções aórticas. Pacientes com Síndrome de Marfan têm um risco elevado de desenvolver essas complicações devido à fraqueza da parede aórtica.  Conclusão: Correto, pois explica a dilatação da raiz aórtica, aneurisma e dissecção observados na angio-TC.</p> <p>D) Tromboembolismo pulmonar:  Análise: Tromboembolismo pulmonar causa dispneia e pode ser detectado por angio-TC, mas não causa dilatação da raiz aórtica ou aneurismas com dissecção.  Conclusão: Incorreto, pois não explica os achados de dilatação e dissecção aórtica.</p> <p>E) Pericardite constrictiva:  Análise: Pericardite constrictiva pode causar alargamento da silhueta cardíaca e dispneia, mas não está associada a dilatação da raiz aórtica ou aneurisma com dissecção.  Conclusão: Incorreto, pois não explica os achados de dilatação e dissecção aórtica.</p> <p>A alternativa correta é C) Síndrome de Marfan.  Justificativa:  Dilatação da raiz aórtica e aneurisma com dissecção: Características clássicas da Síndrome de Marfan, uma doença do tecido conjuntivo que predispõe os pacientes a anormalidades cardiovasculares graves, como aneurismas e dissecções da aorta.  Dispneia e fadiga: Podem ser sintomas de insuficiência cardíaca decorrente de complicações cardiovasculares associadas à Síndrome de Marfan.</p> <p>Explicação das demais alternativas:  A) Coarctação da aorta:  Incompatível: Não causa dilatação da raiz aórtica e dissecção.  B) Insuficiência aórtica aguda:</p>		
--	--	--	--

	<p>Incompatível: Não explica a presença de um aneurisma com dissecção.</p> <p>D) Tromboembolismo pulmonar:</p> <p>Incompatível: Não causa dilatação da raiz aórtica ou aneurisma com dissecção.</p> <p>E) Pericardite constrictiva:</p> <p>Incompatível: Não causa dilatação da raiz aórtica ou aneurisma com dissecção.</p> <p>Portanto, a Síndrome de Marfan é o diagnóstico mais provável com base nos achados clínicos e de imagem descritos.</p>		
43-1	<p>A: Correta. Devido à alta densidade dos coágulos sanguíneos, a hemorragia aguda aparece como áreas de alta atenuação nos raios X na TC, tornando-a a modalidade de escolha para a detecção rápida de hemorragias agudas cerebrais.</p> <p>B: Incorreta. Embora a RM forneça excelente contraste entre diferentes tecidos moles e seja superior na detecção de alterações sutis do tecido cerebral, a TC é geralmente preferível para a avaliação de fraturas cranianas devido à sua alta resolução para estruturas ósseas.</p> <p>C: Incorreta. Nos estágios iniciais de um evento isquêmico cerebral, a RM é superior à TC na detecção de alterações isquêmicas, especialmente usando sequências de difusão que podem identificar isquemia dentro de minutos a horas após o início dos sintomas.</p> <p>D: Incorreta. Ambas as modalidades, TC e RM, são utilizadas para detecção de lesões cerebrais primárias e metastáticas, mas a escolha depende de vários fatores, incluindo o objetivo clínico específico, disponibilidade e contraindicações do paciente.</p> <p>E: Correta como uma afirmação verdadeira, mas não a melhor escolha para esta questão. A TC é, de fato, preferida para a avaliação inicial de pacientes com dispositivos eletrônicos implantáveis devido à incompatibilidade potencial desses dispositivos com o campo magnético da RM. No entanto, esta resposta é menos específica para a avaliação de lesões cerebrais agudas em comparação com a opção A.</p> <p>Sendo assim, o gabarito preliminar deve ser mantido.</p>	Indeferido	Gabarito mantido