

**PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA 2018**  
**EXPECTATIVAS DE RESPOSTAS – 2º DIA**

**CASO 1 – DM + NEUROPATIA AUTONOMICA**

**PERGUNTA 1** (0,2)

Neuropatia autonômica cardiovascular (**0,1**). Diminuição na variabilidade da frequência cardíaca (**0,1**).

Referências: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018

**PERGUNTA 2** (0,1 para cada fator citado – 0,3)

Tempo prolongado de doença,

descontrole glicêmico,

sexo feminino,

neuropatia periférica

doença renal do diabetes.

Referências: Diabetes Care 2003 May; 26(5): 1553-1579/ Arq. Bras. Cardiol. 2008 Apr;90 (4):24-32 / Diabetes Metab Syndr Obes. 2017; 10: 419–434 / World J Diabetes. 2018 Jan 15; 9(1): 1–24

**PERGUNTA 3** (0,25)

Hipotensão ortostática. Consiste na redução da PA sistólica, de pelo menos 20 mmHg, ou da PA diastólica, de pelo menos 10 mmHg, em 1 a 3 minutos após se assumir posição ortostática. (0,1)

Midodrina, fludrocortisona, eritropoetina, análogos da somatostatina, cafeína (citrato de cafeína), piridostigmina, clonidina, DDAVP, indometacina, antagonistas dopaminérgicos (metoclopramida e domperidona), diidroergotamina, fluoxetina (citar pelo menos 3 = 0,05+0,05+0,05)

Referências: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / JCEM, 2005 Oct; 90 (10): 5896–5903

**PERGUNTA 4** (0,25)

Episódios de hipoglicemias assintomáticas (0,15).

Isquemia miocárdica silenciosa, angina, arritmias (taquicardia ventricular, fibrilação ventricular), isquemia cerebral (AVC), morte súbita. (citar pelo menos 2 – 0,05+0,05)

Referências: Diabetes Care 2003 May; 26(5): 1553-1579 / JCEM, 2005 Oct; 90 (10): 5896–5903 / Arq. Bras. Cardiol. 2008 Apr;90 (4):24-32 / Diabetes Care 2016 Aug; 39(2): S205-S209

**CASO 2 – OBESIDADE**

**PERGUNTA 1** (0,2) - Obstrução intestinal

**PERGUNTA 2** (cite duas – 0,2+0,2)

Hérnia interna; brida (aderência); volvo; intuscepção

**PERGUNTA 3** (0,2) – Alça comum

**PERGUNTA 4** (0,2) – Laparotomia ou laparoscopia exploradora.

### **CASO 3 – INCIDENTALOMA ADRENAL**

#### **PERGUNTA 1** (0,4)

\* Tomografia de adrenais com protocolo específico para imagem para avaliar características da lesão e risco de malignidade.

\* Metanefrinas plasmáticas ou Catecolaminas plasmáticas e metanefrinas urinárias para investigar Feocromocitoma

\* Cortisol após 1mg de dexametasona ou Cortisol salivar ou Cortisol livre urinário para investigar Cushing.

\* 17hidroxiprogesterona em fase folicular para investigar hiperplasia adrenal congênita

Retirar 0,1 se colocar ARP ou aldosterona.

Referências: Greenspan cap 9, pag 338.

#### **PERGUNTA 2** (0,4 = 0,2 para cada 2)

\* Tumores > 4cm com bordas irregulares ou invasivas.

\* TC : Densidade > 10 ou >25%

\* TC: Washout precoce (10 minutos) < 50% ou washout relativo < 40% e absoluto < 60%

\* Sinal hiperintenso em T2 na RNM

Aceitável: Considerar 0,1.

\* Necrose, hemorragias e calcificações; vascularizado

\* Taxa de crescimento rápido (> 2cm ano)

Referências: M Fassnacht and others; Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors; EJE 2016, 175

#### **PERGUNTA 3** (0,2)

\* Expectante.

Aceitável: Repetir imagem com 6m a 1ano e avaliação hormonal especialmente se surge alteração no quadro clínico.

### **CASO 4 – DEFA**

#### **PERGUNTA 1** - 0,4 (0,2 + 0,2)

\* Hormônio anti-Mülleriano: 5 anos do último ciclo, ele está abaixo do limite inferior da normalidade;

\* Inibina B baixa.

\* FSH no 3º a 5º dia do ciclo. Se estiver acima de 10 ou especialmente acima de 15, indica que já está iniciando a falência ovariana.

\* Pesquisa do X frágil: paciente com história de FOP na família, sem doenças autoimunes associadas.

Referências: Greenspan, capítulo 13, pág. 478-9.

**PERGUNTA 2 - 0,6 (0,2 + 0,2 + 0,2)**

\*Avaliação de defeitos ovulatórios com dosagem de progesterona no meio da fase lútea ou US para controle de ovulação + investigação de causas de defeitos ovulatórios incluindo função tireoidiana, prolactina e andrógenos (0,2).

\* Avaliação de defeitos pélvicos com histerosalpingografia (0,2)

\* Avaliação de fator masculino com espermograma (0,2)

Referências: Greenspan, capítulo 13, pág. 485-6.

**CASO 5 – TIREOIDE**

**PERGUNTA 1 – 0,4 (0,2 + 0,2)**

Hipertireoidismo por adenoma tóxico ou nódulo quente de tireoide (doença de Plummer)

Referência: Greenspan cap. 7, pág. 215.

**PERGUNTA 2 – 0,3**

Mutação ativadora do receptor transmembrana do TSH; OU

Mutação ativadora da proteína Gs do receptor do TSH

Referência: Williams pág. 402.

**PERGUNTA 3 – 0,3**

Radioiodo ou cirurgia.

Aceitável: usar droga antitireoidiana para controlar a paciente antes do procedimento.

Referências: Williams pág. 402.

**CASO 6 – ADENOMA HIPOFISÁRIO**

**PERGUNTA 1 – 0,3 (0,1 para cada)**

\* Macroadenoma hipofisário clinicamente não funcionante ou produtor de FSH

\* Hipotireoidismo secundário

\* Hipogonadismo hipogonadotrófico

\* Pseudoprolactinoma

\* Comprometimento de campo visual por compressão de quiasma óptico.

**PERGUNTA 2 – 0,2**

\* Cirurgia

**PERGUNTA 3 – 0,5 (0,25 + 0,25)**

\* Levotiroxina 100 mcg/dia, em jejum, via oral.

Aceitável 1,6mcg por kg por dia ou começar com dose menor e elevar. Aceitável: nomes comerciais.

\* Testosterona: (0,1 + 0,05 + 0,05 + 0,05 = droga + dose + via de administração + forma de administrar)

Durateston 250mg ou Deposteron 200mg 01 ampola IM a cada 15 a 28 dias

Ou

Nebido 1000mg 01 ampola IM a cada 12 semanas (aceitável 10 a 14 semanas)

Ou

Axeron 2% ou 30mg/1,5ml, aplicar 01 dose em cada axila diariamente. Não lavar o local por 2 horas. Se usar desodorante, usar antes do Axeron. Esperar secar para vestir-se.

Ou

Androgel 50mg aplicar o conteúdo de 01 sachê nos ombros ou braços ou abdome diariamente, pela manhã. Não tomar banho depois. Esperar secar para se vestir.

Referência: Greenspan cap 4. Pag 103. Bulas das drogas.

### **CASO 7 – DMG E HIPOTIROIDISMO NA GESTAÇÃO**

**PERGUNTA 1** – 0,4 (0,3 + 0,1)

Diabetes Mellitus Gestacional pela glicose de jejum >93 e 2 horas > 153 no TOTG.

Hipotiroidismo em uso de levotiroxina, secundário ao uso de I131 para tratamento de hipertiroidismo de Graves.

**PERGUNTA 2** – 0,6 (0,3 + 0,3, incluindo droga, dose e forma de administração de cada uma 0,1 + 0,1 + 0,1)

Levotiroxina 125mcg ao dia, via oral, em jejum.

Insulina ultra-rápida (Novorapid ou Humalog Lispro) – aplicar \_\_\_\_ unidades via subcutânea antes do café da manhã.

Obs: Não aceitar Apidra

Referências: Diretrizes SBD e SBEM 2017-2018.

### **CASO 8 – DISLIPIDEMIA**

**PERGUNTA 1** – 0,4

Como houve superfície cremosa (Qm) e camada inferior turva (VLDL), classificaria como tipo V (VLDL e Qm).

**PERGUNTA 2** – 0,3

Restrição dietética e iniciar fibrato.

**PERGUNTA 3** – 0,3

Não é possível calcular o LDL dessa paciente devido à trigliceridemia estar > 400 mg/dl.

## **CASO 9 – OSTEOPOROSE**

### **PERGUNTA 1** – 0,3 (0,15 + 0,15)

Sim. Apesar de não preencher critérios na densitometria, as fraturas são patológicas e confirmam o diagnóstico de osteoporose.

### **PERGUNTA 2** – 0,4 (0,2 + 0,2)

Com a pausa do denosumabe há um aumento rebote nos marcadores de reabsorção óssea aumentando a chance de novas fraturas, principalmente em pacientes que não usaram bisfosfonatos previamente.

Aceitável: há aumento da ação do RANKL.

Obs.: (só dizer que parou o uso do denosumabe e ficou sem tratamento não é suficiente e não ganha a pontuação).

### **PERGUNTA 3** – 0,3 (0,15 + 0,15)

O Z-score tem a finalidade de avaliar a presença de causas secundárias de osteoporose. Valores abaixo de -2,0 indicam a necessidade de avaliar essas outras causas.

## **CASO 10 – PEDIATRIA**

### **PERGUNTA 1** – 0,25

SÍNDROME DE TURNER (0,25)

Aceitável complementação com:

DEFORMIDADE DE MADELUNG

ASSOCIAÇÃO COM MUTAÇÃO DE GENE SHOX

### **PERGUNTA 2** – 0,25 (0,1 + 0,05 + 0,05 + 0,05)

\* CARIÓTIPO = INVESTIGAR SÍNDROME DE TURNER (0,1).

\* TSH e T4 = AVALIAR FUNÇÃO TIROIDIANA (0,05).

\* ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL (0,05) E ECOCARDIOGRAMA (0,05) = AVALIAR MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS A SÍNDROME DE TURNER.

### **PERGUNTA 3** – 0,25

SOMATROPINA 0,15ui ou 0,05mg/kg/dia, via subcutânea, diariamente.

### **PERGUNTA 4** – 0,25

Amenorreia primária com hipogonadismo hipergonadotrófico