

EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - 2018



1º Dia – 26/05/2018

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

1. Este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões numeradas de 1 a 100. Confira-o e caso esteja incompleto ou defeituoso, comunique ao aplicador da sala para que seja substituído.
2. DESLIGUE seu celular. Não é suficiente colocá-lo em modo silencioso. Mantê-lo ligado causará sua eliminação deste concurso.
3. Confira no CARTÃO-RESPOSTA seu NÚMERO DE INSCRIÇÃO e, na parte inferior, assine no espaço próprio. Utilize caneta esferográfica grossa azul ou preta.
4. Essa prova tem duas versões. Escreva, abaixo da assinatura no CARTÃO-RESPOSTA, a cor da sua prova (AZUL OU AMARELO).
5. Não dobre, não amasse nem rasure o CARTÃO-RESPOSTA, pois ele não poderá ser substituído.
6. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 4 opções identificadas com as letras A, B, C e D. Apenas uma responde corretamente a questão.
7. No CARTÃO-RESPOSTA, preencha todo o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para a resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.
8. O tempo disponível para esta prova é de 4 (quatro) horas. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu

CARTÃO-RESPOSTA. As marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão consideradas na avaliação. Não haverá tolerância para tempo adicional depois de decorridas as 4 horas.

8. Quando terminar as provas, acene para chamar o aplicador e entregue este CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA.

9. Você poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES se sair definitivamente da sala nos 30 minutos que antecedem o término das provas.

Abreviações:

- AVC – acidente vascular cerebral
- bpm – batimentos por minuto
- FC – frequência cardíaca
- FGF – *fibroblast growth factor*
- HbA1c – hemoglobina glicada A1c
- IAM – infarto agudo do miocárdio
- ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- MACE – Eventos cardiovasculares adversos maiores
- PA – pressão arterial
- PAAF – punção aspirativa com agulha fina
- RM – ressonância magnética
- SOP – síndrome dos ovários policísticos
- TC – tomografia computadorizada
- TOTG – teste oral de tolerância à glicose
- TFG – taxa de filtração glomerular
- US – ultrassonografia
- VHS – Velocidade de hemossedimentação
- VR – valor de referência

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Questão 1

Mulher, 84 anos, com diabetes e hipertensão. IAM aos 62 anos, evoluindo com ICC classe III. Em uso de insulina, empagliflozina, valsartana, rosuvastatina e AAS. Queixa-se de aumento progressivo de volume cervical nos últimos 10 anos, com sensação constrictiva, mas que não impossibilita a respiração ou alimentação. Exames: TSH 1,5 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,3 ng/dL (VR 0,8 a 1,9). US cervical confirmou bócio multinodular mergulhante. Considerando as condições clínicas da paciente e seu risco cardiovascular, qual é a conduta terapêutica mais apropriada nesse caso?

- A) Levotiroxina, como meta de TSH < 0,4.
- B) Administrar iodo radioativo.
- C) Tireoidectomia total.
- D) Embolização das artérias tireoidianas.

Questão 2

Qual dos nódulos de tireoide abaixo tem o maior risco de malignidade?

- A) Nódulo hipoecoico, com margens regulares, com microcalcificações centrais.
- B) Nódulo anecoico, com diâmetro anteroposterior maior que o transversal.
- C) Nódulo hiperecoico, com vascularização central igual à periférica.
- D) Nódulo isoecoico, com linfonodo cervical < 5mm.

Questão 3

Mulher, 35 anos, portadora de doença de Graves há 1 ano em uso irregular da medicação. Suspendeu o uso da droga há 3 meses por conta própria. Entra no pronto socorro com quadro de desorientação, agitação, náuseas e vômitos. Ao exame: Temperatura 40°C; PA 160x80 mmHg; FC 130 bpm; ritmo cardíaco irregular. TSH 0,01 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 5,0 ng/dL (VR 0,8 a 1,9); T3 5,5 ng/mL (VR 0,7 a 1,8).

Qual das condutas abaixo **NÃO** é admitida nesse caso?

- A) Iniciar propiltiouracil ou metimazol via oral ou via retal e após algumas horas, iniciar iodeto para tentar controlar a produção hormonal.
- B) Iniciar propranolol para reduzir a hiperatividade adrenérgica e reduzir a conversão de T4 a T3.
- C) Iniciar dexametasona com o objetivo de neutralizar uma possível insuficiência adrenal relativa e reduzir a conversão de T4 a T3.
- D) Iniciar o uso de AAS associado a cobertores resfriadores para controle da temperatura.

Questão 4

O escore de atividade clínica (CAS) para avaliação da oftalmopatia de Graves é composto de parâmetros clínicos, sendo dado um ponto para cada um deles. Um escore maior ou igual a 4 indica atividade da doença.

NÃO é um parâmetro desse escore:

- A) Exoftalmometria maior que 22 mm.
- B) Dor retro-ocular espontânea.
- C) Edema palpebral.
- D) Hiperemia palpebral.

Questão 5

Mulher, 35 anos, maratonista, procura sua assistência por alteração de função tireoidiana. Refere estar mais ansiosa, mas atribui isso ao fato de estar sem treinar há 1 mês, pois apresentou lesão muscular. Ciclos menstruais regulares, em uso de contraceptivos orais. Está fazendo fisioterapia e usou glicocorticoide injetável intramuscular de depósito há duas semanas. PA 120 x 80 mmHg, FC 70 bpm, com ritmo cardíaco regular. Tireoide normopalpável. Traz exames:

TSH = 0,1 mUI/L (VR 0,4 a 4,0);
 T4 livre = 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9);
 T3 = 1,55 ng/mL (VR 0,7 a 1,8)
 TRAb = 0,1 UI/L (VR < 1,75)
 ATPO = 38 UI/mL (VR < 35)
 Antitireoglobulina = 15 UI/mL (VR < 20)

Qual a provável causa da alteração no TSH desta paciente?

- A) Doença de Graves.
- B) Uso de contraceptivo oral.
- C) Tireoidite de Hashimoto.
- D) Uso de glicocorticoide.

Questão 6

Homem, 66 anos, com queixas de astenia e insônia, apresenta os seguintes exames: TSH 0,02 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,4 ng/dL (VR 0,8 a 1,9); T3 1,6 ng/mL (VR 0,7 a 1,8); TRAb 5,0 UI/L (VR < 1,75). US de tireoide com aumento difuso. Hipertenso, diabético, teve IAM aos 58 anos. Em uso de metformina, rosuvastatina, AAS e valsartana com bom controle. Ao exame: PA: 120 x 80 mmHg; FC = 92 bpm.

Qual a conduta mais apropriada:

- A) Repetir exames com 1 ano pela alta probabilidade de remissão espontânea da doença.
- B) Iniciar antiarrítmico profilático e programar tireoidectomia.
- C) Iniciar droga antitireoidiana.
- D) Realizar PAAF para avaliar risco de malignidade pela hiperestimulação do TRAb.

Questão 7

Mulher, 28 anos, encontra-se na 12ª semana de gestação. Refere antecedente de hipertireoidismo (doença de Graves) tratada com radioiodoterapia há 3 anos. Atualmente em uso de levotiroxina 75 mcg/dia. Ao exame Físico: bom estado geral, tireoide atrofada, indolor à palpação. Exame cardiopulmonar sem alterações. Exames: TSH 1,28 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9); Glicemia de jejum 88mg/dL, Hemograma normal.

Qual das alternativas está **CORRETA**?

- A) Solicitar dosagem do TRAb, se positivo monitorar o feto para eventual hipertireoidismo fetal. Solicitar TRAb novamente na 20ª semana de gestação.
- B) Acompanhar TSH, pois a diminuição nas primeiras semanas de gestação é compatível com recidiva do Graves.
- C) Solicitar a dosagem do TRAb e, se negativo, monitorar a frequência cardíaca fetal. Solicitar TRAb novamente na 22ª semana de gestação.
- D) Suspender uso da levotiroxina. É frequente a piora do hipertireoidismo na gestação e o uso de levotiroxina aumentaria a chance de complicações materno-fetais.

Questão 8

Homem de descendência asiática, 40 anos, apresenta perda de peso de 6kg em 30 dias, tremores, palpitações, FC 110bpm. Há 12 horas, após realizar atividade física, foi admitido no hospital por apresentar câimbra seguida de fraqueza muscular e paralisia da musculatura dos membros inferiores. Desconhece casos semelhantes na família. Exames: TSH 0,01 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 4,0 ng/dL (VR 0,8 a 1,9); T3 3,5 ng/mL (VR 0,7 a 1,8); K 2,8 mEq/L (VR 3,5 a 4,5). Qual a conduta mais apropriada?

- A) Reposição de potássio intravenoso + droga antitireoidiana.
- B) Hidratação com soro glicosado + propranolol.
- C) Propranolol + droga antitireoidiana.
- D) Glicose hipertônica intravenosa + reposição de potássio oral.

Questão 9

Uma mulher de 28 anos planeja engravidar e está preocupada com a medicação da tireoide. Ela teve diagnóstico de hipotireoidismo por Hashimoto há 6 anos, e vem tomando dose estável de levotiroxina 100 mcg/dia há 3 anos. Não tem queixas e aparentemente está saudável, IMC = 22,3 kg/m². A tireoide é discretamente reduzida, consistência aumentada, sem nódulos. T4 livre 1,25 ng/dL (VR 0,8 a 1,9) e TSH 1,1 mUI/L (VR 0,4 a 4,0). Qual sua recomendação assim que ela souber que está grávida?

- A) Aumentar em 30% a dose do hormônio (tomando 2 comprimidos extras por semana, por exemplo) e retornar entre 4 e 6 semanas.
- B) Manter a mesma dose de levotiroxina durante toda a gestação e retornar 4 semanas após o parto para ajuste de dose.
- C) Reduzir a dose em 15% para evitar tireotoxicose por excesso de TBG e retornar entre 4 e 6 semanas.
- D) Manter a dose estável, adicionar 200 mg/dia de iodo e retornar entre 4 e 6 semanas.

Questão 10

Em relação ao hipotireoidismo refratário ao uso de doses elevadas de levotiroxina, assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) Considera-se refratário quando a dose está acima de 2,5 mcg/kg/dia ou mais de 225 mcg/dia.
- B) Pantoprazol, carbamazepina, carbonato de cálcio podem interferir na absorção ou metabolismo da levotiroxina.
- C) Cerca de 60 a 80% da dose de levotiroxina é absorvida no intestino delgado, sendo recomendado um jejum de 60 minutos.
- D) Gastrite atrófica, infecção por *Helicobacter pylori* e retocolite ulcerativa causam má absorção da levotiroxina.

Questão 11

Associe a tireoidite com suas características mais prováveis:

1. Tireoidite de Hashimoto
 2. Tireoidite subaguda de Quervain
 3. Tireoidite aguda
 4. Tireoidite de Riedel
- a. Dor cervical; eutireoidismo, velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada, captação de iodo normal; tratamento com antimicrobiano.
 - b. Ausência de dor cervical; eutireoidismo; VHS elevada; patologia com fibrose
 - c. Dor cervical; função tireoidiana trifásica (hipertireoidismo - hipotireoidismo - eutireoidismo); VHS elevado; captação de iodo < 5%.
 - d. Ausência de dor cervical; hipotireoidismo; VHS normal; anticorpos positivos.
- A) 1 - d; 2 - a; 3 - c; 4 - b.
 - B) 1 - d; 2 - c; 3 - a; 4 - b.
 - C) 1 - b; 2 - d; 3 - c; 4 - a.
 - D) 1 - b; 2 - c; 3 - a; 4 - d.

Questão 12

Em relação às alterações moleculares envolvidas no câncer de tireoide, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Embora não exista correlação genótipo-fenótipo, mutações pontuais germinativas no gene *RET* têm sido identificadas em mais de 90% dos casos de carcinoma medular hereditário associado à síndrome MEN2.
- B) A mutação V600E no gene *BRAF* é a mutação mais frequentemente identificada (30-70%) no carcinoma folicular, não sendo identificada nos tumores benignos como o adenoma folicular.
- C) Fusões envolvendo os genes *RET* e *NTRK* têm sido identificadas exclusivamente nos casos de carcinomas papilíferos esporádicos, e mutações nos genes da família *RAS* são identificadas exclusivamente nos carcinomas foliculares.
- D) As mutações no promotor do gene *TERT* têm sido associadas à ocorrência de metástases à distância e a estágios de câncer mais avançados, sendo um indicador relevante de prognóstico dos carcinomas de tireoide bem diferenciados.

Questão 13

Mulher, 55 anos, com diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide há 10 anos. Fez tireoidectomia total e recebeu 3 doses de iodo radioativo, sendo a última há 12 meses (dose total 600mCi). Ao diagnóstico, apresentava múltiplas metástases no pulmão e, nos últimos meses, as lesões vêm aumentando, apesar do tratamento. Paciente está assintomática, sem outras comorbidades. Em uso de levotiroxina 200 mcg/dia. Sobre a indicação do tratamento com inibidores de tirosina-quinase, é **CORRETO** afirmar:

- A) Não tem indicação no momento, visto que a paciente está assintomática.
- B) Não tem indicação, pois não preenche os critérios de doença refratária ao iodo, visto que a dose total de iodo radioativo administrada é inferior a 800mCi.
- C) Deve ser considerada se confirmada a progressão de doença através de exames de imagem nos últimos 12 meses.
- D) Deve ser iniciado se confirmada progressão da doença através do aumento dos níveis séricos de tireoglobulina.

Questão 14

Homem, 76 anos, com TSH 8,8 mUI/L (VR 0,4 a 4,0), T4 livre 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9) e anti-TPO 89 UI/mL (VR < 35) queixa-se de fadiga, parestesias em pés e mãos e constipação de início recente. Tireoide de tamanho normal e sem nódulos à palpação. Qual é a melhor conduta terapêutica nesse caso?

- A) O paciente deve ser tratado com levotiroxina, pois apresenta anti-TPO positivo e alto risco de evolução para hipotireoidismo franco.
 B) O paciente deve ser tratado com levotiroxina com o intuito de se avaliar, em prova terapêutica, se há melhora dos sintomas apresentados.
 C) O paciente não deve ser tratado com levotiroxina, pois esse nível de TSH é normal para a faixa etária do paciente.
 D) O paciente não deve ser tratado com levotiroxina nesse nível de TSH pela inexistência de benefícios comprovados.

Questão 15

Sobre investigação de nódulo de tireoide, é **CORRETO** afirmar:

- A) TSH sérico só deve ser solicitado em nódulos tireoidianos com suspeita clínica de hipertireoidismo.
 B) A Tireoglobulina sérica serve para diferenciar adequadamente o nódulo benigno do maligno.
 C) A presença de nódulo sólido hipoeoico maior que 1 cm sugere realização de PAAF.
 D) Nódulo com 2 cm e Bethesda III é considerado de alto risco para recorrência.

Questão 16

Homem, 16 anos, com macroadenoma hipofisário de 2,5 cm e prolactina inicial 5.000 ng/mL (VR 3 a 25) e testosterona 20 ng/dL (VR 175 a 780). Foi iniciado tratamento com cabergolina 0,5mg e está em uso de 4 comprimidos por semana há 1 ano, com testosterona 300 ng/dL (VR 175 a 780) e prolactina 13,0 ng/mL (VR 3 a 25). A mãe vem notando algumas alterações de comportamento há alguns meses, como hipersexualidade e promiscuidade, mas atribuía à normalização dos hormônios que antes eram "alterados". Em relação a esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Pacientes do sexo masculino com hipogonadismo têm exacerbação patológica do comportamento sexual ao melhorarem os níveis hormonais.
 B) Agonistas dopaminérgicos podem estar relacionados a transtorno de controle de impulso, sendo mais frequente a associação em adolescentes do sexo masculino.
 C) A apresentação de hipersexualidade é extremamente rara em associação com uso de agonistas dopaminérgicos, sendo mais frequentes transtornos de compulsão alimentar.
 D) Há forte associação do uso de agonistas dopaminérgicos utilizados para tratamento de Parkinson e transtornos de controle de impulso, mas não há relatos desta associação em pacientes com prolactinomas.

Questão 17

Paciente 25 anos, sofreu acidente automobilístico há 1 mês com traumatismo craniano, vem para avaliação com queixa de polidipsia e poliúria (9 litros/dia) desde então. Exames laboratoriais: Na 146 mEq/L (VR 136 a 145); K 4,0 mEq/L (VR 3,5 a 5,5); Cortisol 19 mcg/dL (VR 5 a 25); função tireoidiana normal; Cálcio 9,0 mg/dL (VR 8,8 a 10,6); creatinina 1,0 mg/dL (0,5 a 1,1). Sem uso de medicações. Como você espera que seja o resultado do teste de restrição hídrica desse paciente? (UOsm = Osmolaridade urinária)

- A) Após privação hídrica: UOsm = 260 mOsm/kg e após administração de desmopressina: UOsm = 750 mOsm/kg.
 B) Após privação hídrica: UOsm = 720 mOsm/kg e após administração de desmopressina: UOsm = 260 mOsm/kg.
 C) Após privação hídrica: UOsm = 260 mOsm/kg e após administração de desmopressina: UOsm = 280 mOsm/kg.
 D) Após privação hídrica: UOsm = 350 mOsm/kg e após administração de desmopressina: UOsm = 260 mOsm/kg.

Questão 18

Mulher, 40 anos, com melanoma em estágio IV em imunoterapia com ipilimumabe dá entrada no pronto socorro com queixas de fadiga, cefaleia e vômitos há 48 horas. Ao exame PA 80x50 mmHg, FC 100 bpm. Exame neurológico e campo visual normais. Os exames iniciais mostram sódio 132 mEq/L (136-145); potássio 4,2 mEq/L (VR 3,5 a 5,0); creatinina 1,5 mg/dL (0,5 a 1,1). RM de crânio mostrou aumento simétrico da hipófise medindo 1,6 cm com extensão supra-selar, sem compressão de quiasma óptico; haste hipofisária centrada, porém com discreto espessamento; brilho da neuro-hipófise preservado. Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A paciente apresenta insuficiência adrenal por provável metástase hipofisária e poder-se-ia encontrar ACTH 50 pg/mL (VR 10 a 45) e cortisol 4,0 mcg/dL (VR 5 a 25).
 B) A paciente apresenta hipotireoidismo por hipofisite relacionada a IgG4 e poder-se-ia encontrar TSH 0,2 mUI/L (VR 0,4 a 4,0) e T4 livre 0,4 ng/dL (VR 0,8 a 1,9).
 C) A paciente apresenta insuficiência adrenal secundária e precisa ser tratada com fludrocortisona para correção eletrolítica.
 D) A paciente apresenta hipofisite por uso de anti-CTLA4 e poder-se-ia encontrar cortisol 2,8 mcg/dL (VR 5 a 25), ACTH 8 pg/mL (VR 10 a 45).

Questão 19

Em pacientes com pan-hipopituitarismo, é **CORRETO** afirmar:

- A) Pacientes em uso de levotiroxina que iniciam a reposição de GH observam redução dos níveis de T4 livre por aumento da conversão para T3.
 B) Pacientes em uso de hidrocortisona que iniciam a reposição de GH requerem redução da dose de glicocorticoides por aumento da atividade da enzima 11-beta-hidroxiesteroide-desidrogenase tipo 1.
 C) Pacientes em uso de GH que iniciam a reposição de estrogênios orais requerem redução da dose de GH por aumento da atividade da JAK e STAT no fígado, aumentando a produção de IGF1;
 D) Pacientes em uso de levotiroxina e que iniciam a reposição de estrogênio oral apresentam aumento da TBG e requerem redução da dose de levotiroxina.

Questão 20

Mulher de 25 anos encaminhada devido a oligomenorreia. Antecedentes pessoais: Menarca aos 13 anos com ciclos irregulares desde os 18 anos. No último ano menstruou apenas 2 vezes. Negava gestações e não pretendia engravidar.

Ao exame físico, não apresentava hirsutismo ou acne. IMC 27kg/m²; PA 120x70 mmHg. Embora negasse galactorreia, apresentava secreção láctea bilateral à expressão. A prolactina sérica era 220 ng/mL (VR 5,0 a 25,0). A paciente fora diagnosticada com esquizofrenia há 4 anos e após várias tentativas com outros antipsicóticos, conseguiu controlar a doença somente com a risperidona. Nova dosagem de prolactina foi de 210 ng/mL (VR 5,0 a 25,0) e o laboratório excluiu a presença de macroprolactinemia. Função tireoidiana era normal.

A partir destes dados, qual alternativa abaixo seria a melhor conduta a seguir?

- A) Trocar a medicação antipsicótica.
- B) Associar um agonista dopaminérgico.
- C) Medir GH basal.
- D) Solicitar uma ressonância magnética de sela túrcica.

Questão 21

Em qual das alternativas abaixo todas as situações citadas podem induzir hiperprolactinemia?

- A) Hipotireoidismo primário, insuficiência renal, uso crônico de verapamil.
- B) Uso crônico de anticonvulsivantes, cirrose hepática e colecistectomia.
- C) Cirurgia de parede torácica, uso crônico de glicocorticoide, cirrose hepática.
- D) Lesão de haste hipofisária, cimetidina, quinagolida.

Questão 22

Menina, 15 anos, apresenta astenia intensa, tontura com síncope e perda de peso há 15 dias. Menarca aos 11 anos, ciclos regulares até os 13 anos quando entrou em amenorreia. Exames laboratoriais:

Cortisol basal = 1,0 mcg/dL (VR 5,0 a 25)

FSH = 0,3 mUI/mL (VR 3,85 a 8,8)

LH = 0,1 mUI/mL (VR 2,1 a 10,9)

Estradiol = 10 pg/mL (VR 27 a 125)

Prolactina = 35 ng/mL (VR 3 a 25)

TSH = 0,3 mUI/L (VR 0,4 a 4,0)

T4 livre = 1,0 ng/dL (VR 0,8 a 1,9)

RM sela túrcica = lesão supra hipofisária com 4cm, sugestiva de craniofaringeoma.

Ao iniciar a reposição com glicocorticoide, qual alteração clínica pode ocorrer?

- A) Normalização dos ciclos menstruais.
- B) Poliúria e polidipsia.
- C) Hipotireoidismo grave.
- D) Sinais de crescimento da lesão.

Questão 23

Em relação à etiologia e genética dos tumores hipofisários, assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) Na doença de Cushing são frequentes mutações no gene USP8 (*ubiquitin specific protease 8*) que eleva a proteína EGFR e aumenta a síntese do ACTH.
- B) Pacientes com doença de Cushing com mutação do USP8 cursam com tumores com alta capacidade de secreção e menor tamanho que os pacientes sem mutação nesse gene.
- C) Pacientes com doença de Cushing são raramente relacionados à mutação germinativa no gene AIP (*aryl hydrocarbon receptor interacting protein*) sendo essa mutação mais frequentemente relacionada à acromegalia.
- D) Os tumores com mutação no USP8 são mais agressivos e invasivos, correspondendo à maior parte dos macroadenomas secretores de ACTH.

Questão 24

Uma paciente acromegálica de 26 anos volta bastante feliz ao seu consultório com a notícia de que estava grávida de 6 semanas. Havia sido submetida a duas cirurgias transesfenoidais (aos 20 e 23 anos) e até o momento, necessitava utilizar Octreotide LAR 20 mg intramuscular a cada 28 dias, com bom controle da doença. Como remanescente tumoral, a paciente apresentava massa de cerca de 1,5 cm em região selar com projeção supra-selar. Após a avaliação clínica da paciente, você decidiu **CORRETAMENTE**:

- A) Aumentar a dose do Octreotide LAR para 30 mg.
- B) Acrescentar cabergolina.
- C) Reavaliar após campimetria visual.
- D) Solicitar GH e IGF-1 para acompanhar o controle da doença.

Questão 25

Mulher, 54 anos, encaminhada por ganho de peso progressivo de 10 kg em 6 meses apesar de realizar dieta e exercícios. Ao exame físico apresentava obesidade central e estrias abdominais violáceas. PA 150x90 mmHg e IMC 34 kg/m². Trazia alguns exames que já tinham sido solicitados em outro serviço:

Cortisol livre urinário (duas dosagens) = 550 e 600 mcg/24h (VR 21-111)

Cortisol basal = 43 mcg/dL (VR 5 a 25)

Cortisol após 2mg de dexametasona = 9,2 mcg/dL

Cortisol após 8mg de dexametasona = 2,2 mcg/dL

ACTH (duas dosagens) = 42 e 38 pg/mL (VR 10 a 45)

Tomografia de abdômen = massa em adrenal direita com 2,4 cm com 5 Unidades Hounsfield.

Qual a sua conduta?

- A) Adrenalectomia unilateral direita.
- B) Ressonância Magnética de sela túrcica.
- C) Cateterização seletiva de adrenais.
- D) Iniciar Cetoconazol 200 mg/dia.

Questão 26

Menino, 11 anos, procura por aumento de volume mamário, bilateral, doloroso, há 6 meses. Nega uso de qualquer medicação. Ao exame Peso e estatura no percentil 50. Tireoide normal. M3, P3, G3. Volume testicular 8ml. Trazia exames de função tireoidiana, renal e hepática normais. Devem fazer parte da investigação diagnóstica inicial os seguintes exames:

- A) LH, Testosterona, hCG, Estradiol
- B) FSH, LH, Testosterona, RM de sela túrcica
- C) Teste de estímulo do GnRH, Testosterona, hCG, SDHEA
- D) ACTH, Androstenediona, 17OHprogesterona, Testosterona.

Questão 27

O neonatologista solicita avaliação endocrinológica de um paciente com dois dias de vida, por apresentar: falo de 1,5cm, orifício urogenital único na base do falo, formações lábio-escrotais com fusão parcial e hiperpigmentadas, sem gônadas palpáveis. Qual é a explicação adequada para os pais nessa situação?

- A) Explicar que tudo indica que seja um menino, mas que será preciso aguardar os resultados dos exames para confirmar.
- B) Explicar que poderão registrar o seu filho como sexo masculino e depois farão alguns exames para descobrir a razão da alteração de genitália.
- C) Explicar que serão realizados alguns exames para identificar a causa das alterações e que será preciso aguardar para fazer o registro civil.
- D) Explicar que o resultado do cariótipo é que definirá o sexo verdadeiro, e que o registro civil será feito conforme o sexo genético.

Questão 28

Para detectar distúrbios do crescimento é preciso interpretar dados auxológicos e conhecer parâmetros de normalidade. Para tanto, é **CORRETO** afirmar que:

- A) O estirão puberal apresenta dimorfismo sexual e não é a fase de maior velocidade de crescimento do período pós-natal.
- B) Pacientes com obesidade exógena apresentam retardos de crescimento e de idade óssea.
- C) A paciente com síndrome de Turner em geral apresenta-se com atraso de idade óssea desde os primeiros anos de vida.
- D) O retardo constitucional de crescimento e puberdade apresenta idade óssea compatível com idade estatural e idade cronológica.

Questão 29

Menina, branca, 24 meses de idade, com início do quadro há seis meses, apresenta: irritabilidade, acne em face, pletora facial, choro rouco, hipertensão arterial, hipertricose dorsal, hipertrofia de clitóris, peso e estatura nos 50° e 75° percentis, respectivamente. Em relação ao diagnóstico, é **CORRETO** afirmar que:

- A) A causa mais provável é hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, forma virilizante simples.
- B) A causa mais provável é de hiperplasia adrenal cogênita por deficiência da 17alfa-hidroxilase/17-20 liase.
- C) Exame de imagem das adrenais e dosagens de testosterona, SDHEA e cortisol são indicados para o diagnóstico.
- D) As dosagens de progesterona, estradiol, 17-hidroxi-progesterona e aldosterona são indispensáveis para o diagnóstico.

Questão 30

Criança de 3 meses de vida chega ao Pronto Socorro com crises convulsivas recorrentes, que tiveram início aos 5 dias de vida. Em uso de anticonvulsivantes, apresentava cálcio total 5,2 mg/dL (VR 8,5 a 10,5), fósforo 7,3 mg/dL (VR 4,5 a 5,5) e magnésio 1,6 mg/dL (VR 1,4 - 2,3). Em relação a este caso, é **CORRETO** afirmar:

- A) A causa das manifestações clínicas e das alterações laboratoriais é a deficiência de 25(OH)vitamina D.
- B) As manifestações clínicas e laboratoriais podem se associar tanto com concentrações plasmáticas indetectáveis, quanto com concentrações muito elevadas de PTH.
- C) O tratamento se baseia na reposição de cálcio, mas a administração de calcitriol deve ser evitada devido à possibilidade de calcificações renais.
- D) Ao exame físico, espera-se encontrar arqueamento dos membros inferiores e radiografias de ossos longos devem mostrar múltiplas fraturas.

Questão 31

Menina, 8 anos, nasceu de termo e adequada para a idade gestacional. Apresenta estatura abaixo do 3° percentil, peso no 10° percentil, estatura alvo no 50° percentil, segmentos corporais proporcionais, com redução progressiva do percentil de estatura nos últimos três anos. Ao exame físico M1P1 (Tanner); PA e exame neurológico normais. Em relação a esse caso:

- A) Cariótipo, IGF-1, TSH e idade óssea devem fazer parte da investigação diagnóstica.
- B) Se a idade óssea estiver atrasada em mais de dois anos, o diagnóstico mais provável é retardo constitucional do crescimento e da puberdade.
- C) A investigação deve ser iniciada pela avaliação de cortisol livre urinário e/ou teste de supressão com dexametasona.
- D) A investigação deve se iniciar por GH basal, zinco, hemograma, TSH.

Questão 32

Mãe vem à consulta com o filho de 16 anos preocupada com a fertilidade dele. Refere que teve diagnóstico de criptorquidia unilateral logo ao nascimento, sendo corrigida cirurgicamente aos 10 meses de vida. Sem outras queixas. Exame físico mostra genitália masculina normal (G5P5). Qual é a assertiva que contém informação adequada sobre o caso?

- A) O tratamento cirúrgico é o único tratamento disponível para criptorquidia e reduz o risco de malignidade testicular, sendo o risco atual do paciente o mesmo de um paciente sem criptorquidia.
 B) O risco de azoospermia teria sido normalizado se a correção cirúrgica tivesse sido realizada de imediato no período neonatal.
 C) O tratamento de reposição com testosterona melhora o desempenho sexual e aumenta a fertilidade e pode ser instituído a partir da puberdade.
 D) O espermograma do paciente pode se apresentar anormal, pois crianças com criptorquidia unilateral podem também apresentar alterações no testículo contralateral.

Questão 33

Menina, 16 anos, acompanhada há 14 anos pelo endocrinologista. Apresentou menarca aos 2 anos, e constatou tratar-se de uma puberdade precoce periférica. Foi iniciada medroxiprogesterona e posteriormente substituída por letrozol. Tinha manchas café com leite em dorso e região cervical à direita, que respeitava a linha mediana. Aos 10 anos, apresentou assimetria facial e genu valgo. Baseando-se neste quadro clínico, qual é a alternativa **CORRETA**?

- A) O genu valgo é consequente à produção excessiva de PTH pelo tecido ósseo displásico, induzindo uma hipofosfatemia.
 B) O uso do letrozol está contraindicado em crianças, pois é capaz de induzir alterações ósseas displásicas, levando à assimetria facial.
 C) Esta síndrome é geralmente causada por uma mutação pós-zigótica ativadora do gene que codifica a sub-unidade alfa da proteína Gs.
 D) A hipofosfatemia dessa paciente induz um defeito de mineralização grave, levando a deformidades e hipocalcemia.

Questão 34

Menino, 6 anos de idade cronológica, com história de pubarca há 6 meses. A estatura alvo está no 25º percentil. Exame físico: peso no 50º percentil; estatura no 75º percentil; estágio puberal de Tanner: P3G3 e testículos com 8ml. Além de idade óssea e testosterona, qual conjunto de exames seria **PRIORITÁRIO** para esse paciente?

- A) Dosagem de IGF-1; US de abdômen e RM da região hipotálamo-hipofisária.
 B) Dosagem de 17alfa-OH-progesterona; US de abdômen e RM da região hipotálamo-hipofisária.
 C) Dosagem de LH, FSH; RM da região hipotálamo-hipofisária.
 D) Dosagem de SDHEA, androstenediona; US de adrenais.

Questão 35

Em relação à triagem neonatal para doenças endócrinas, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Prematuridade e coleta antes de 24 horas de vida são causas de resultados falso-positivos para hiperplasia adrenal congênita.
 B) Para recém-nascidos assintomáticos e com testes positivos para hipotireoidismo congênito, o tratamento pode ser iniciado após os três meses de vida, sem prejuízo.
 C) Em meninos com genitália externa normal a triagem positiva para hiperplasia adrenal congênita deve ser considerada como falso positivo.
 D) Neonatos com triagem positiva para hipotireoidismo congênito devem iniciar o tratamento com levotiroxina após a realização da cintilografia.

Questão 36

Homem, 62 anos, é encaminhado para avaliação devido a glicemias de jejum 108 e 114 mg/dL, HbA1c 6,2%. Já teve IAM e usa rosuvastatina 40mg/dia, AAS 100mg/dia. O LDL está atualmente 72 mg/dL e a TFG (CKD-EPI) é 64 mL/min. É sedentário e o IMC é 27 kg/m². Qual das alternativas abaixo teria o maior potencial de reduzir a chance do paciente evoluir para diabetes?

- A) Mudança de estilo de vida.
 B) Metformina.
 C) Diminuir a dose de rosuvastatina.
 D) Acarbose.

Questão 37

Durante a discussão de um caso de um paciente com insulinoma, o endocrinologista sugeriu iniciar diazóxido. Um estudante de medicina questionou a indicação alegando que a pressão arterial do paciente era normal. O endocrinologista explicou que, embora seja um antihipertensivo, o paciente poderia se beneficiar, pois o diazóxido:

- a) Se liga aos receptores nos canais de cálcio, aumentando o tempo que estes canais ficam abertos.
 b) Se liga a receptores nos canais de potássio, aumentando o tempo que estes canais ficam abertos.
 c) Estimula a atividade da Glucoquinase, aumentando a conversão de glicose em glicose-6-fosfato.
 d) Se liga às vesículas de insulina, impedindo a translocação do GLUT2 e a entrada de glicose dentro da célula.

Questão 38

Menino, 18 anos, com DM tipo 1 há 3 anos em uso irregular de insulinas. Apresenta quadro viral há 4 dias e dá entrada no Pronto Socorro com náuseas, vômitos e dor abdominal há 12 horas. Ao exame, está desorientado e sonolento. Tireoide normopalpável. FC 120bpm. PA 90x50mmHg. Glicemia 420 mg/dL, HbA1c 10 %, potássio 4,0 mEq/L (VR 3,5 a 4,5), sódio 144 mEq/L (VR 135 a 145), Gasometria com pH 7,2 (VR 7,35-7,45).

Em relação a essa patologia e sua condução diagnóstica e terapêutica assinale a conduta **CORRETA**.

- A) A hidratação recomendada é feita com solução fisiológica a 0,9% ou com solução fisiológica a 0,45% se sódio sérico > 150 mEq/L.
- B) O bicarbonato deve ser iniciado considerando o quadro de acidose metabólica severa estabelecido com pH abaixo de 7,3.
- C) Como a etiologia da acidose é a hiperglicemia, deve-se usar insulina intravenosa ou subcutânea, sendo que a insulina deve ser suspensa quando a glicose atingir 250 mg/dL para evitar hipoglicemia.
- D) Com o início da insulina o potássio tende a ser normalizado, sendo muito rara a necessidade de sua reposição, só devendo ser realizada se potássio estiver abaixo de 3 mEq/L pelo risco de arritmia.

Questão 39

Considerando o "Brazilian Guidelines on Prevention of Cardiovascular Disease in Patients with Diabetes" publicadas em 2017, qual o exame recomendado para o rastreamento de isquemia silenciosa em pacientes com DM tipo 2 sem sintomas cardiovasculares e estratificados como ALTO RISCO?

- A) Escore de cálcio coronário.
- B) Cintilografia do miocárdio.
- C) Eletrocardiograma de repouso.
- D) Eco doppler de carótidas e vertebrais.

Questão 40

O Brasil apresenta uma das maiores casuísticas de Síndrome de Berardinelli-Seip. Sobre essa enfermidade é **CORRETO** afirmar:

- A) Trata-se de uma lipodistrofia parcial congênita caracterizada por redução do tecido adiposo periférico e grave resistência à insulina.
- B) Caracteriza-se por grave resistência a ação da leptina provocada por mutação no seu receptor fazendo com que esses indivíduos possuam apetite voraz.
- C) Tem herança autossômica dominante causada por mutação no gene LMNA que codifica a proteína nuclear lâmina A/C.
- D) Mutação no gene da AGPAT2 causa a síndrome de Berardinelli-Seip tipo 1, evoluindo com esteatose hepática e hipertrigliceridemia.

Questão 41

Homem, 67 anos, é encaminhado pela dermatologista devido a diabetes de diagnóstico recente. Era saudável, praticava exercícios regulares e mantinha peso adequado até começar a apresentar diarreia, depressão e lesões cutâneas eritematosas migratórias. Considerando as possíveis causas secundárias de diabetes, qual é o próximo exame que deve ser solicitado para esse paciente?

- A) Ferritina.
- B) Glucagon.
- C) IGF-1.
- D) Cortisol salivar à meia noite.

Questão 42

Homem, 65 anos, diabético há 16 anos, em uso de insulina glargina U-100, metformina, rosuvastatina, AAS e ramipril. Já teve IAM há dois anos. Refere episódios esporádicos de hipoglicemia sintomática. O IMC é 33 kg/m² e traz resultado de glicemia de jejum 151 mg/dL e HbA1c 8,3%. O endocrinologista sugere trocar a insulina glargina por degludeca. Baseado no estudo DEVOTE, qual é o efeito esperado com essa modificação?

- A) Redução significativa na HbA1c.
- B) Redução significativa de hipoglicemia noturna.
- C) Redução significativa no peso.
- D) Redução significativa na chance de um novo infarto.

Questão 43

Homem, 52 anos, não diabético, foi submetido ao transplante renal (doador cadáver) devido a nefropatia hipertensiva há 7 meses. Está em imunossupressão com tacrolimus, micofenolato de mofetila e prednisona 10mg/dia. IMC: 32,8 kg/m². Exames há 2 meses: glicemia de jejum de 165 mg/dL e HbA1c de 7,2%. Exames atuais: glicemia de 113 mg/dL e HbA1c de 6,9%. Sobre esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) São considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus pós-transplante (DMPT) nesse paciente: idade acima de 40 anos, enxerto renal oriundo de doador cadáver, obesidade e imunossupressão crônica com tacrolimus e prednisona.
- B) O micofenolato de mofetila é uma droga imunossupressora com potencial elevado de desenvolvimento de DMPT, tendo como principal mecanismo a redução da secreção de insulina através do comprometimento de vias de sinalização intracelular.
- C) Não se pode afirmar ainda que o paciente tem diagnóstico de DMPT, uma vez que a HbA1c não se constitui um método confiável de diagnóstico no primeiro ano após o transplante.
- D) Doses baixas de glicocorticoides, como observadas acima, têm baixo impacto no desenvolvimento de DMPT.

Questão 44

Homem, 66 anos, hipertenso e com insuficiência cardíaca classe funcional NYHA III, não sabia que era diabético, realizou exames de rotina que mostraram glicemia 145mg/dL, HbA1c 8,0%, creatinina 2,3 mg/dL, TFG (CKD-EPI) 28,3 mL/min. Repetiu glicemia de jejum: 138 mg/dL. Qual das medicações abaixo é a melhor indicada para esse paciente?

- A) Pioglitazona.
- B) Dapagliflozina.
- C) Sitagliptina.
- D) Metformina.

Questão 45

As características “progressão leve e de fácil controle”, “associação com cistos renais” e “mutação no *HNF1A*” são respectivamente de:

- A) MODY 2, MODY 5 e MODY 3.
- B) MODY 3, MODY 5 e MODY 1.
- C) MODY 2, MODY 3 e MODY 5.
- D) MODY 5, MODY 1 e MODY 3.

Questão 46

Um paciente com diabetes tipo 2 e história pessoal de IAM pergunta, durante a consulta médica, quais os potenciais benefícios cardiovasculares dos análogos/agonistas de GLP1. O endocrinologista, que não tinha ainda o título de especialista da SBEM, deu uma informação **ERRADA** ao paciente. Qual foi essa informação?

- A) Liraglutida mostrou redução de 13% no risco de morte cardiovascular, IAM não fatal ou AVC não fatal (MACE) no estudo LEADER.
- B) Dulaglutida reduziu em 30% a chance de morte cardiovascular no estudo REWIND.
- C) Semaglutida é o análogo que mais reduz morte CV, IAM não fatal e AVC não fatal (MACE), chegando a reduzir em 26% no estudo SUSTAIN.
- D) Exenatida semanal não mostrou benefício cardiovascular no estudo EXSCEL.

Questão 47

Qual das medicações abaixo é **MENOS** eficaz (menor nível de evidência) na resolução das alterações da esteatohepatite não alcoólica?

- A) Metformina.
- B) Pioglitazona.
- C) Vitamina E.
- D) Liraglutida.

Questão 48

Em 2017 o Conselho Federal de Medicina aprovou a cirurgia metabólica em portadores de diabetes com IMC entre 30 e 34,9 kg/m². Baseando-se nessa resolução, qual dos pacientes abaixo poderia ser considerado para a cirurgia? Considere que todos têm IMC entre 30 e 34,9 kg/m².

- A) Homem, 38 anos, diabético tipo 1, com HbA1c 8,9% e tratamento insulínico já otimizado.
- B) Mulher, 57 anos, diabética tipo 2 há 7 anos, HbA1c 9,0%, em uso de metformina, dapagliflozina e insulina degludeca.
- C) Homem, 69 anos, diabético tipo 2 há 15 anos, HbA1c 8,5% em uso de metformina, insulinas NPH e regular.
- D) Mulher, 55 anos, diabética há 9 anos, HbA1c 7%, em uso de metformina, liraglutida e gliclazida.

Questão 49

Com relação a neuropatia autonômica cardiovascular no diabetes, assinale o **CORRETO**:

- A) Para confirmação diagnóstica, devem ser solicitados eletrocardiograma em repouso, teste ergométrico e ecocardiograma.
- B) Está associada com maior risco de hipertrofia ventricular esquerda e disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, sendo estes considerados a manifestação mais precoce.
- C) O uso de inibidores da enzima conversora (ECA), bloqueadores do receptor da angiotensina II, betabloqueadores cardiosseletivos e verapamil está associado à redução da variabilidade da frequência cardíaca, podendo levar à melhora da neuropatia autonômica cardiovascular.
- D) Está associada com o desenvolvimento de microalbuminúria e progressão da doença renal diabética, além de ser um importante fator de risco para mortalidade cardiovascular.

Questão 50

Mulher, 38 anos, refere diagnóstico de diabetes há 2 anos. Usou sulfonilureia nos primeiros meses, mas atualmente usa insulina há 6 meses. Há cinco anos, notou déficit auditivo e procurou otorrinolaringologista, sendo diagnosticada com hipoacusia neurosensorial bilateral. Mãe e duas tias são diabéticas. Ao exame: Peso 52kg, estatura 148 cm, PA 100 x 70 mmHg. Exames: glicemia 155 mg/dL, HbA1c 7,7%, anticorpo anti-GAD negativo. Qual dos tipos de diabetes abaixo é o **MAIS** provável?

- A) Diabetes tipo 1.
- B) Diabetes mitocondrial.
- C) MODY 2.
- D) MODY 5.

Questão 51

Um hormônio hipotético foi descoberto recentemente, esse hormônio apresenta duas subunidades de peptídeos grandes, glicosiladas. Seguindo o que se sabe sobre hormônios semelhantes a esse, qual das alternativas abaixo é **CORRETA**?

- A) Esse hormônio se liga diretamente ao DNA e promove a transcrição gênica.
- B) Esse hormônio se liga diretamente à adenilato ciclase e estimula a proteína C quinase.
- C) Esse hormônio se liga diretamente a receptores de membrana celular.
- D) Esse hormônio não pode ser medido por imunoensaio.

Questão 52

Qual das doenças abaixo **NÃO** é uma doença endocrinológica causada por defeito em receptor intracelular?

- A) Pseudo-hipoadosteronismo tipo I.
- B) Distúrbio da diferenciação sexual 46,XY por insensibilidade a andrógenos.
- C) Pseudo-hipoparatiroidismo.
- D) Síndrome de insensibilidade aos hormônios tireoidianos.

Questão 53

Sobre a fisiologia do tecido adiposo branco, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O compartimento subcutâneo possui perfil pró-inflamatório, sendo responsável pela maior taxa de secreção de TNF-alfa e Interleucina-6.
- B) Adiponectina e leptina são potentes indutores de saciedade e ambos induzem sensibilização à ação da insulina.
- C) Leptina é um hormônio que não possui ritmo circadiano de secreção. Seu padrão de secreção se assemelha ao da insulina, sendo estimulada basicamente pela ingestão alimentar.
- D) O tecido adiposo branco expressa componentes do sistema renina-angiotensina, tais como o angiotensinogênio, enzima conversora da angiotensina e receptores para angiotensina II.

Questão 54

Quatro residentes estavam conversando sobre mecanismo de ação de um determinado hormônio. Mas apenas um deles tinha estudado e fez uma afirmativa **CORRETA** sobre esse hormônio. Qual foi essa afirmativa?

- A) Ele se liga aos receptores de membrana celular em todos as células do corpo.
- B) Ele é lipossolúvel e possui um receptor intracelular.
- C) Ele circula ligado a uma proteína, e isso encurta sua meia-vida.
- D) Ele é um pequeno peptídeo; portanto, a localização do seu receptor estará na membrana.

Questão 55

Uma das funções das deiodinases é proteger o feto da falta ou excesso dos hormônios tireoidianos. Considerando uma gestante com hipertireoidismo descompensado, é **CORRETO** afirmar:

- A) Deiodinase tipo 1 não é sintetizada na placenta; deiodinase tipo 2 tem função diminuída e deiodinase tipo 3 tem função diminuída.
- B) Deiodinase tipo 1 e tipo 2 não são sintetizadas na placenta; deiodinase tipo 3 tem função aumentada.
- C) Deiodinase tipo 2 não é sintetizada na placenta; deiodinase tipo 2 tem função aumentada e deiodinase tipo 3 tem função diminuída.
- D) Deiodinase tipo 1 não é sintetizada na placenta; deiodinase tipo 2 tem função diminuída e deiodinase tipo 3 tem função aumentada.

Questão 56

Em relação à regulação central do balanço energético, assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) A leptina inibe a expressão de AgRP (proteína relacionada ao gene agouti), inibindo o apetite.
- B) A POMC é um sinalizador orexigênico, favorecendo o ganho de peso.
- C) O MCH favorece o desenvolvimento da obesidade, uma vez que determina aumento da fome e redução do gasto energético.
- D) Neurônios NPY/AgRP e POMC/CART do núcleo arqueado emitem projeções para o núcleo paraventricular e a área lateral hipotalâmica.

Questão 57

O estudo UKPDS comparou os efeitos do controle intensivo da glicemia com sulfonilureias ou insulina e tratamento convencional sobre o risco de complicações em pacientes com diabetes tipo 2 durante 10 anos. Sobre a variação de peso nos grupos durante o estudo, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O ganho de peso foi maior no grupo intensivo e inversamente relacionado à ocorrência de hipoglicemia.
- B) Houve redução de peso apenas no grupo de tratamento convencional.
- C) Pacientes em uso de insulina tiveram maior ganho de peso do que pacientes em uso de sulfonilureias.
- D) Entre as sulfonilureias utilizadas o maior ganho de peso foi com glibenclamida.

Questão 58

Ultimamente, a flora intestinal tem sido documentada como possível colaboradora na regulação energética. Sobre a microbiota intestinal, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Pacientes com diabetes tipo 2 e pacientes com obesidade apresentam nível circulante de lipopolissacarídeos (LPS) reduzido.
- B) Os níveis de acetato, butirato e propionato estão reduzidos em pacientes com obesidade.
- C) A microbiota pode produzir ácidos graxos de cadeia média, como propionato e butirato, que participam do metabolismo energético.
- D) Os lipopolissacarídeos (LPS) reduzem a inflamação subclínica estimulando receptores *toll-like* (TLR).

Questão 59

O uso prolongado da sibutramina em pacientes com mais de 55 anos e alto risco cardiovascular demonstrou um aumento da incidência de:

- A) Morte por insuficiência cardíaca.
- B) Acidente vascular cerebral fatal.
- C) Infarto agudo do miocárdio não fatal.
- D) Hospitalizações por insuficiência cardíaca.

Questão 60

Mulher, 46 anos, com ganho de peso progressivo desde os 20 anos. Seus ciclos são regulares. Colectomia há 5 anos e litotripsia de cálculo renal radiopaco há 2 anos. Em uso de metformina para intolerância à glicose, rosuvastatina para dislipidemia. PA: 130x80mmHg. FC 84 bpm. IMC 29 kg/m². Tireoide normopalpável. Ausência de estrias. Faz exercícios 4 vezes por semana, mas tem dificuldade em seguir as orientações nutricionais, pois se queixa de ansiedade e apetite aumentado. Escolha a opção terapêutica mais adequada visando à perda ponderal e a justificativa para o seu uso.

- A) Orlistate, pois o seu mecanismo de diminuir a absorção de gorduras melhorará o quadro metabólico e não aumentará o risco de novos cálculos renais.
- B) Sibutramina, pois o seu mecanismo de reduzir a recaptção de noradrenalina e serotonina evitará a progressão para diabetes.
- C) Fluoxetina, pois o seu mecanismo de ativar os receptores 5HT_{2c} induzirá pequena perda de peso, porém com manutenção a longo prazo.
- D) Liraglutida, pois o seu mecanismo como análogo de GLP-1 induzirá perda de peso e não aumentará o risco de novos cálculos renais.

Questão 61

Homem, 29 anos, não fumante, com queixa de falta de ar, sonolência durante o dia, fadiga, dificuldade para se concentrar e dor de cabeça matinal. Mora só e não percebe se ronca. Nega doenças respiratórias e musculares. IMC é 55 kg/m² e não tem deformidades torácicas. Uma polissonografia mostrou 0 (zero) apneias obstrutivas e 41 hipopneias por hora de sono com uma saturação de oxigênio mínima durante o sono de 76%. A pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial foi 58 mmHg, a de oxigênio foi 65 mmHg e a saturação de oxigênio foi 89%. Sobre o diagnóstico e o tratamento do problema de saúde desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A ausência total de apneias obstrutivas indica que o diagnóstico não pode ser síndrome da apneia obstrutiva do sono.
 B) A obesidade aumenta o risco de apneias obstrutivas do sono, mas a síndrome da apneia obstrutiva do sono não promove aumento do peso corporal.
 C) O tratamento de escolha para os distúrbios respiratórios diurnos e noturnos é a oxigenioterapia contínua.
 D) Para melhorar o distúrbio respiratório que ocorre na vigília o melhor tratamento é o uso de dispositivos de pressão positiva durante a noite.

Questão 62

As causas mais comuns de obesidade hipotalâmica de origem genética (síndromicas e monogênicas) e de origem neoplásica são, respectivamente:

- A) Síndrome de Prader-Willi e adenoma de hipófise.
 B) Mutação do receptor de melanocortina tipo 4 (MC4R) e craniofaringeoma.
 C) Síndrome de Bardet-Biedl e meningioma.
 D) Mutação do receptor de leptina e hamartoma.

Questão 63

Assinale a alternativa que apresenta uma condição clínica que comumente **NÃO** melhora depois de cirurgias bariátricas que envolvem derivações (derivação gástrica em Y-de-Roux e derivações biliopancreáticas):

- A) Hipogonadismo hipogonadotrófico funcional em homens.
 B) Hipotireoidismo subclínico sem doença tireoidiana e com anticorpos tireoidianos negativos em mulheres.
 C) Hiperparatireoidismo secundário em homens e mulheres.
 D) Disfunção ovulatória por SOP.

Questão 64

Analisando os métodos de avaliação da composição corporal, pode-se afirmar que:

- A) A pesagem hidrostática é um método invasivo, de baixo custo que mede a gordura corporal após submergir o paciente em água.
 B) Dentre as medidas antropométricas, peso e altura são as mais específicas para definição de obesidade e, por esse motivo, são as mais usadas na clínica.
 C) A medida das pregas cutâneas tem limitantes, como a ausência de critérios diagnósticos padronizados para obesidade em populações brasileiras.
 D) A bioimpedância tem como base a condução de uma corrente elétrica de baixa frequência e alta intensidade pelo corpo inteiro.

Questão 65

Os tipos de cânceres mais frequentemente associados a obesidade são:

- A) Endométrio, cólon, tireoide.
 B) Cólon, pâncreas, fígado.
 C) Endométrio, mama, cólon.
 D) Rim, ovário, pulmão.

Questão 66

Mulher, 19 anos, deseja otimizar método contraceptivo. Tem múltiplos parceiros, já teve um abortamento provocado aos 18 anos. Refere que usa preservativo, mas apenas ocasionalmente. IMC 22 kg/m². PA 120x80 mmHg. Ciclos irregulares, com hirsutismo e acne; queixa-se ainda de tensão pré-menstrual e retenção de líquido, especialmente no período pré-menstrual. Sem fatores de risco cardiovascular nem história pessoal ou familiar de trombose venosa. Além de recomendar o uso do preservativo qual a sua recomendação adicional?

- A) Uso oral de etinilestradiol + levonorgestrel deve ser recomendado considerando o hirsutismo e acne visando a regular o ciclo menstrual e pelo seu efeito antiandrogênico.
 B) Uso injetável de medroxiprogesterona trimestral de depósito deve ser recomendado considerando o comportamento de risco da paciente, pois reduz a probabilidade de transmissão do vírus HIV.
 C) Uso de contracepção de emergência deve ser recomendado como método de rotina considerando a alta frequência de possíveis relações desprotegidas da paciente.
 D) Uso oral de etinilestradiol + drospirenona deve ser recomendado considerando o hirsutismo, acne e edema pré-menstrual pelo seu efeito antiandrogênico e antiminerlocorticoide.

Questão 67

Mulher, 35 anos, em amenorreia há 2 anos. Os ciclos menstruais eram regulares até cerca de 30 anos de idade quando iniciaram períodos de oligomenorreia. IMC 22 kg/m², PA 110x80 mmHg, sem hirsutismo ou acne. Sedentária, dieta equilibrada. Atualmente sem vida sexual ativa. Tem um filho que faz acompanhamento com neurologista por deficiência mental. Exames laboratoriais: Beta-hcg negativo; K 4,0 mEq/L (VR 3,5 a 5,5); Estradiol 20 pg/mL (VR 27 a 125); FSH 50 mUI/mL (VR 3,85 a 8,8, fase folicular); Prolactina 34 ng/mL (VR 3 a 25); TSH 1,0 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4livre 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9); Cortisol 19 mcg/dL (VR 5 a 25); Testosterona 25 ng/dL (VR < 75). US pélvica: ovários reduzidos de volume, sem lesões.

Qual das alternativas abaixo é a mais provável hipótese diagnóstica?

- A) Amenorreia secundária à hiperprolactinemia.
 B) Síndrome dos ovários policísticos.
 C) Portadora do X frágil.
 D) Deficiência de 17alfa hidroxilase/17-20 liase.

Questão 68

Homem, 46 anos, obeso, hipertenso, refere redução da desempenho sexual e astenia progressiva nos últimos anos. Frequência do barbear e ereções matinais mantidas. Refere que já fez vários exames e a testosterona está sempre no limite inferior. Exames laboratoriais há 6 meses: Testosterona 250 ng/dL (VR 175 a 780); Globulina ligadora dos hormônios sexuais (SHBG) 10,0 nmol/L (VR 13 a 89); Testosterona livre calculada 8,46 ng/dL (VR 3,1 a 19,0). Nos últimos meses surgiu taquicardia e insônia. Foi ao cardiologista que solicitou os seguintes exames: TSH 0,01 mUI/L (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 4,0 ng/dL (VR 0,8 a 1,9). Como você espera que se comporte a avaliação gonadal em relação à avaliação prévia nesse paciente?

- A) Testosterona eleva; SHBG estável; Testosterona livre eleva.
 B) Testosterona reduz; SHBG aumenta; Testosterona livre reduz.
 C) Testosterona estável; SHBG reduz; Testosterona livre aumenta.
 D) Testosterona eleva; SHBG aumenta; Testosterona livre reduz.

Questão 69

Mulher, 18 anos, procura o serviço com amenorreia primária e episódios frequentes de câimbras. Exame físico: PA 160x100 mmHg; sinal de Trousseau presente; estatura no 75º percentil; relação segmentos superior/inferior 0,79; peso no 50º percentil; melanose de pele e mucosas; ausência de caracteres sexuais secundários; ausência de gônadas na palpação inguinal. Quais exames estão indicados para o diagnóstico **etiológico**?

- A) Cariótipo, dosagens de LH, FSH, cálcio e fósforo plasmáticos, ultrassonografia pélvica e idade óssea.
 B) Cariótipo, ressonância magnética de hipófise/bulbo olfatório e dosagens de LH e FSH.
 C) Dosagens de sódio, potássio, atividade de renina plasmática, deoxicorticosterona, progesterona, testosterona, cortisol e ACTH.
 D) Dosagens de sódio, potássio, cálcio iônico, ACTH, LH, FSH e US pélvica.

Questão 70

Em relação às alterações hormonais na mulher, é **CORRETO** afirmar:

- A) Na fase pré-menopausa inicial há redução da inibina e hormônio antimulleriano e aumento de FSH e os níveis de estradiol flutuam podendo alcançar níveis mais elevados que em mulheres abaixo de 35 anos.
 B) A fase pós menopausa inicial corresponde aos primeiros 3 anos após o último ciclo menstrual e tem como característica mais marcante a atrofia urogenital.
 C) No início da fase perimenopausa há uma redução progressiva na variabilidade (< 3 dias) da ciclicidade menstrual até que ocorra o último ciclo menstrual (menopausa).
 D) Na fase pré-menopausa inicial há aumento do FSH em consequência da redução dos níveis de estradiol produzidos no ovário e redução dos níveis de ativina.

Questão 71

Um homem transgênero, 18 anos, procura sua assistência. Nunca se sentiu confortável como mulher desde a infância. A menarca foi aos 12 anos e apresenta ciclos regulares, sempre angustiantes. Faz acompanhamento com psicólogo há 2 anos pela disforia de gênero, ansiedade e sintomas depressivos. Deseja iniciar o uso de hormônios no processo de transição (feminino para masculino) e posteriormente programar mastectomia. Ao exame, IMC 24 kg/m², PA normal. Testosterona 35 ng/dL (VR < 80) e estradiol 110 pg/mL (VR 25 a 130). Sem uso de medicações. Em relação ao tratamento, é **CORRETO** afirmar:

- A) Deve-se iniciar o uso de anticoncepcional (estradiol + levonorgestrel), pois o uso de testosterona mesmo em altos níveis muito provavelmente não vai levar à amenorreia.
 B) Com o uso da testosterona, pode ocorrer aumento do peso, acne e hiperplasia do estroma ovariano e deve ser monitorizado o seu perfil metabólico e mama.
 C) Não se pode mais realizar a transição feminino para masculino uma vez que o paciente já concluiu a puberdade e esta não foi inibida no tempo correto.
 D) A recomendação é realizar ooforectomia com histerectomia para só depois iniciar a reposição com testosterona.

Questão 72

Mulher, 57 anos, menopausada aos 49 anos, fez uso de terapia de reposição hormonal até os 54 anos quando foi suspensa ao ser diagnosticada com câncer de mama. Nega diabetes ou hipertensão. Tem dieta equilibrada e exercita-se 4 vezes por semana. Atualmente está em uso apenas de tamoxifeno. Queixa-se de fogachos frequentes e severos que estão interferindo na sua capacidade laborativa, com insônia, ansiedade e irritabilidade associadas. Ao exame IMC 25,2 kg/m²; PA 100x60 mmHg. Função tireoidiana normal. Qual alternativa apresenta opções terapêuticas possíveis para alívio dos sintomas vasomotores neste caso?

- A) Citalopram ou estradiol transdérmico.
 B) Fluoxetina ou sertralina.
 C) Clonidina ou paroxetina.
 D) Gabapentina ou venlafaxina.

Questão 73

Sobre hipogonadismo masculino, qual das alternativas abaixo está **ERRADA**?

- A) Síndrome de Kallmann associa hipogonadismo com outras alterações fenotípicas como anosmia, oligosmia ou perda auditiva neurossensorial, que pode ser causada por mutação no gene do FGFR1.
 B) Síndrome de Klinefelter é uma forma de hipogonadismo hipogonadotrófico de causa genética, que afeta 1 a cada 660 meninos nascidos vivos.
 C) Indivíduos com diabetes mellitus possuem concentrações de testosterona total e livre mais baixas do que indivíduos não diabéticos.
 D) Desreguladores endócrinos são substâncias abundantes no meio ambiente que podem interferir tanto com a diferenciação como com a função do sistema reprodutor masculino.

Questão 74

Com relação ao raloxifeno, um modulador não esteroide seletivo do receptor de estrogênio, assinale a **ERRADA**:

- A) Aumenta a incidência de trombose venosa.
- B) Reduz a frequência e a intensidade dos fogachos.
- C) Aumenta a densidade mineral óssea e reduz a incidência de fraturas vertebrais.
- D) Reduz o risco de câncer de mama.

Questão 75

Existe uma percepção errônea generalizada de que o uso de substâncias de melhora de rendimento como esteroides anabolizantes seja seguro ou que os efeitos adversos são gerenciáveis. O médico endocrinologista deve saber reconhecer este problema de saúde pública, não estimular esta prática e saber tratar seus efeitos adversos no eixo gonadotrófico. Sobre o uso esportivo/estético de esteroides anabolizantes em homens, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Cipionato de Testosterona (comprimidos de 500 mg) é uma formulação oral muito utilizada no esporte e geralmente eleva os níveis séricos de testosterona rapidamente, atingindo pico sérico por volta dos primeiros 3 a 7 dias.
- B) O bloqueio do eixo gonadotrófico ocorre após a 4ª semana do ciclo de anabolizantes e o seu desbloqueio ocorre 4 semanas após o término, independentemente do tipo de anabolizante utilizado.
- C) O uso de anastrozol é comum entre usuários de ciclos de anabolizantes e torna-se fundamental para elevar a dihidrotestosterona e diminuir a prolactina e o PSA (antígeno prostático específico).
- D) O clomifeno é um agonista parcial do receptor do estrogênio e pode ser útil na reativação do eixo gonadotrófico desligado pelo uso de anabolizantes em homens.

Questão 76

Homem, 47 anos, é encaminhado devido a HDL constantemente baixo. Traz exames: colesterol total 147 mg/dL, HDL 8,0 mg/dL, triglicerídeos 155 mg/dL, glicemia 84 mg/dL, HbA1c 5,4%. Nega tabagismo e faz exercícios regularmente três vezes por semana. Ao exame: IMC 24,5 kg/m², circunferência abdominal 89cm, PA 125x80 mmHg, amígdalas são normais. Qual das alternativas abaixo indica um provável diagnóstico e uma conduta correta para esse paciente?

- A) Síndrome metabólica e pode se beneficiar com o uso de pioglitazona.
- B) Mutação na LCAT (doença de Tangier) e pode se beneficiar com o uso de niacina.
- C) Mutação na APOA1 e pode se beneficiar com o uso de estatina.
- D) Mutação na ABCA1 (doença do olho de peixe) e pode se beneficiar com o uso de fibrato.

Questão 77

Sobre os inibidores da *proprotein convertase subtilisin-kexin tipo 9* é **CORRETO** afirmar:

- A) Reduz significativamente hormônios esteroidais, como testosterona e estradiol.
- B) Aumenta significativamente o risco de diabetes.
- C) Aumenta significativamente disfunções cognitivas.
- D) Reduz significativamente lipoproteína (a).

Questão 78

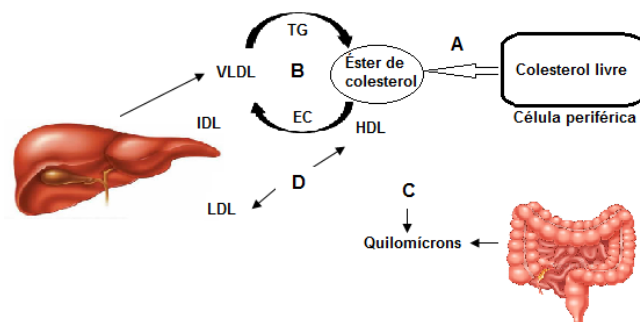
Na avaliação diagnóstica de hipercolesterolemia familiar, qual das alternativas abaixo **NÃO** é considerada na pontuação do *Dutch Lipid Clinic Network*?

- A) História familiar: mãe com infarto agudo do miocárdio aos 57 anos.
- B) História pessoal: paciente com acidente vascular cerebral aos 53 anos.
- C) Exame físico: presença de xantoma tendinoso.
- D) Laboratório: HDL menor que 30 mg/dL.

Questão 79

Na figura abaixo, as letras A, B, C e D indicam enzimas envolvidas no metabolismo lipídico. Essas enzimas são, respectivamente:

(TG = triglicerídeos; EC = éster de colesterol)



- A) CETP, LCAT, lipase hepática, lipase lipoproteica.
- B) LCAT, CETP, lipase lipoproteica, lipase hepática.
- C) Lipase lipoproteica, CETP, LCAT, lipase hepática.
- D) LCAT, lipase lipoproteica, lipase hepática, CETP.

Questão 80

Homem, 52 anos, hipertenso e diabético, já realizou revascularização miocárdica. Usa AAS 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia e atenolol 25 mg 2x/dia. Exames: colesterol total 200 mg/dL; HDL 50 mg/dL; triglicerídeos 180 mg/dL; LDL 114 mg/dL; glicemia de jejum 140 mg/dL; HbA1c 7,2%.

Com base na meta de LDL colesterol para este paciente e no percentual de redução de colesterol esperado com as medicações hipolipemiantes, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Dobrando-se a dose de atorvastatina é provável que este paciente atinja a meta de LDL desejada.
- B) Caso as metas de LDL colesterol não sejam alcançadas, fenofibrato deve ser iniciado, já que o paciente apresenta níveis de triglicerídeos acima do alvo de 150 mg/dL.
- C) Se o paciente apresentasse o nível de LDL colesterol < 50 mg/dL, o uso de estatinas poderia ser dispensado neste caso.
- D) Caso as metas de LDL não sejam alcançadas, o uso do ezetimiba é uma alternativa em acréscimo à dose máxima tolerada de estatina.

Questão 81

Você atende uma paciente de 56 anos na menopausa há 3 anos, sem reposição hormonal. Ela refere que, apesar de nunca ter fraturado, tem receio de ter uma fratura, pois sua mãe já apresentou fratura de fêmur aos 65 anos. É tabagista e faz uso de corticoide para lesões de pele há 3 anos, que ainda estão sem diagnóstico. Usa bebida alcoólica muito esporadicamente, nega outras doenças crônicas. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à avaliação FRAX nesta paciente:

- A) Ao analisar os fatores de risco, o FRAX considera a intensidade de exposição a cada um deles.
- B) O FRAX pode ser usado para diagnóstico e monitoramento do tratamento da osteoporose desta paciente.
- C) A anamnese fornece dados clínicos suficientes para cálculo do FRAX.
- D) Para cálculo do risco de fratura pelo FRAX a densitometria é necessária.

Questão 82

Criança de 3 anos é encaminhada por baixa estatura e deformidades nas pernas. A mãe contava que a criança começou a andar apenas aos 2 anos, quando notou que as perninhas estavam deformando. Chora com frequência e não consegue deambular por muito tempo sem apoio. Ao exame físico apresenta alargamento de punhos, rosário raquitico e genu valgo. As radiografias confirmam o quadro de raquitismo. Os exames laboratoriais mostram cálcio total 8,5 mg/dL (VR 8,8 a 10,8), fósforo de 3,8 mg/dL (VR 4,0 a 7,0), creatinina de 0,4 mg/dL (VR 0,4 a 0,9), atividade de fosfatase alcalina de 490 UI/L (VN 40 a 100 UI/L para a faixa etária), 25-hidroxivitamina D 46 ng/mL (havia recebido 50.000 UI de Vitamina D) e PTH de 340 pg/mL (VR: 12 a 65). A partir deste quadro clínico, qual dos exames abaixo seria mais útil no diagnóstico?

- A) FGF-23.
- B) Osteocalcina.
- C) 1,25(OH)₂ vitamina D.
- D) Vitamina B6.

Questão 83

Sobre o mecanismo de ação e efeitos adversos das medicações utilizadas para o tratamento da osteoporose, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O uso prolongado do denosumabe pode aumentar o risco de fratura atípica de fêmur e, portanto, um período de “férias” deve ser realizado após 5 anos de uso.
- B) A abaloparatida tem efeito anabólico e um menor efeito sobre a reabsorção óssea em comparação à teriparatida.
- C) Denosumabe é um anticorpo monoclonal agonista do receptor RANK nos osteoclastos, reduzindo a reabsorção óssea.
- D) O romosozumabe é um anticorpo monoclonal que inibe a esclerostina e, portanto, inibe a via do Wnt no osteoblasto.

Questão 84

Dentre as medicações para tratamento da osteoporose pós-menopáusia, assinale a alternativa na qual as drogas citadas foram capazes de demonstrar proteção contra fraturas de fêmur proximal:

- A) Calcitonina, Ácido Zoledrônico.
- B) Denosumabe e Raloxifeno.
- C) Denosumabe e Risedronato.
- D) Ranelato de Estrôncio e Teriparatida.

Questão 85

Mulher, 68 anos, submetida a paratireoidectomia por hiperparatireoidismo primário com acometimento ósseo (fraturas por fragilidade e tumor marrom em mandíbula) e renal (nefrolitíase de repetição). No segundo dia pós-operatório apresentou parestesia perioral, câimbras e fraqueza muscular, com os seguintes exames laboratoriais: cálcio = 6,9 mg/dL (VR 8,8 a 10,6), fósforo 1,9 mg/dL (VR 2,5 a 4,5) e magnésio 1,5 mg/dL (VR 1,5 a 2,5), 25-OH-vitamina D 28 ng/mL (VR > 30). Qual das hipóteses diagnósticas abaixo é a mais provável?

- A) Hipocalcemia por deficiência de vitamina D.
- B) Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico.
- C) Hipocalcemia por fome óssea.
- D) Hipocalcemia por deficiência de magnésio.

Questão 86

Homem, 26 anos saudável, sem quaisquer antecedentes morbidos, conta que o irmão mais novo foi diagnosticado com osteogênese imperfeita (OI) por ter esclera azulada e ter tido uma fratura de antebraço aos 9 anos de idade jogando basquete. Foi realizado teste genético-molecular para avaliação do gene *COL1A1* nos dois irmãos. O laudo refere que em ambos foi encontrada a variante p.Pro223Pro com frequência populacional de 12%. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A variante genética encontrada provavelmente não é patogênica.
- B) Independente do achado molecular, o diagnóstico clínico de OI no irmão mais novo está firmado pela ocorrência de uma fratura associada à esclera azulada.
- C) Trata-se de uma variante provavelmente patogênica já que é rara na população geral e acomete um residuo prolina, suportando o diagnóstico de OI.
- D) O achado de uma variante genética em *COL1A1* somado ao histórico de fratura e esclera azulada no irmão mais novo confirma o diagnóstico de OI nos dois irmãos, devendo-se instituir vigilância anual com densitometria óssea.

Questão 87

Sobre o metabolismo da Vitamina D, assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) A síntese cutânea é desencadeada pelos raios ultravioleta tipo B sobre o precursor 7-deidrocolesterol localizado na epiderme.
- B) A 25-hidroxivitamina D é o metabólito mais abundante no sangue, produzido predominantemente no fígado pela enzima CYP21R. Este passo é rigorosamente controlado pelo paratormônio.
- C) Cerca de 85% dos metabólitos da Vitamina D circulam ligados a proteína ligadora de vitamina D e menos do que 1% circulam livres no sangue.
- D) O FGF-23 inibe intensamente a atividade da 1 alfa-hidroxilase renal (CYP27B1), reduzindo as quantidades de calcitriol no sangue.

Questão 88

Mulher, 30 anos, foi encaminhada para avaliação de hipercalcemia detectada em exame de rotina. Seu cálcio plasmático era 11,3 mg/dL (VR 8,8 a 10,6) e ela relatava apenas fadiga leve, sem outras queixas relevantes. Nega ingestão de suplementos de cálcio ou vitamina D atualmente. Não tem filhos; relata que a mãe teve hipercalcemia quando jovem, tendo sido submetida a uma cirurgia cervical para hiperparatireoidismo, mas permaneceu com calcemia elevada. Ao exame, não apresentava nada de relevante. Novos exames mostraram:

Cálcio total: 11,0 mg/dL (VR 8,8 a 10,6)

Albumina: 4,1 g/dL (VR 3,8 a 4,5)

Fósforo: 2,9 mg/dL (VR 2,5 a 4,5)

Creatinina: 0,7 mg/dL (VR 0,6 a 1,2)

PTH: 42 pg/mL (VR 12 a 65)

Cálcio em urina de 24 horas: 21 mg/2100 mL (1,0 g/creatinina) (VR até 200 mg/dia)

Com base nos resultados acima e no provável diagnóstico da paciente, como você esperaria os resultados da densitometria óssea?

	L1-L4 Z-score	Colo do fêmur Z-score	Rádio 33% Z-score
A	Alto	Alto	Alto
B	Baixo	Baixo	Normal
C	Normal	Normal	Normal
D	Normal	Baixo	Baixo

Questão 89

A osteonecrose de mandíbula associada a medicações ativas no osso é definida por:

A) Presença de osso exposto em mandíbula ou maxila não cicatrizado por pelo menos 8 semanas, associada à exposição a drogas antirreabsortivas e à ausência de radioterapia prévia na região.

B) Falha na consolidação e integração do implante dentário por infecção local em mandíbula ou maxila por pelo menos 6 semanas.

C) Osteomielite de mandíbula após extração dentária e necessidade de colocar implantes de titânio.

D) Presença de osso exposto em mandíbula por 2 semanas e osteoporose grave com fraturas em tratamento com alendronato por pelo menos 5 anos.

Questão 90

Segundo o último consenso sobre hiperparatireoidismo primário assintomático, qual das alternativas abaixo **NÃO** é indicação de cirurgia?

A) Idade superior a 50 anos.

B) Concentração de cálcio total corrigido pela albumina 1 mg/dL ou mais acima do limite da normalidade.

C) Clearance de creatinina < 60 ml/minuto.

D) Osteoporose na densitometria mineral óssea por DXA (T-score \leq -2,5).

Questão 91

Uma mulher de 28 anos, filha de pais consanguíneos, chegou ao ambulatório de endocrinologia por fraqueza, parestesias, câimbras e convulsões desde os 17 anos e candidíase em unhas e mucosa oral desde os 5 anos. Exames: cálcio plasmático corrigido pela albumina de 6,5 mg/dL (VR 8,8 a 10,6), fósforo de 5,2 mg/dL (VR 2,5 a 4,5), PTH 15 pg/mL (VR: 12 a 65), Cortisol basal de 5 mcg/dL (VR 5 a 25) e ACTH 560 pg/mL (VR 10 a 45). Qual é o diagnóstico mais provável?

A) Síndrome de Whitaker, ou Síndrome Poliglandular Autoimune tipo 1, cuja mutação principal é no gene *AIRE*, que regula a autoimunidade.

B) Doença de McCune Albright, com mutação no gene *GNAS* que induz hipoparatiroidismo e pela consanguinidade paternal.

C) Síndrome de Carpenter, ou Síndrome Poliglandular Autoimune tipo 2, causada por mutação em homozigose no gene *CTLA-4* associada a algumas variantes do sistema HLA.

D) Síndrome IPEX, ou síndrome de imunodesregulação, poliendocrinopatia e enteropatia ligada ao X, causada pela mutação no gene *FOXP3*.

Questão 92

O uso de analgésicos opioides tem crescido nos últimos anos. Qual dos efeitos abaixo **NÃO** é causado por opioides?

A) Aumento na produção de T3 e T4, podendo causar hipertireoidismo.

B) Aumento na liberação de prolactina.

C) Insuficiência adrenal por suprimir ACTH.

D) Hipogonadismo por inibição hipotalâmica da liberação do GnRH.

Questão 93

Sobre as massas adrenais clinicamente inaparentes (incidentalomas adrenais), assinale a conduta que **NÃO** faz parte dos objetivos iniciais na triagem em todos os pacientes:

A) Determinação de conteúdo de gordura na lesão através de tomografia computadorizada.

B) Realização da medida do cortisol após 1mg de dexametasona, para excluir hipersecreção de glicocorticoide.

C) Realização da medida das metanefrinas urinárias e/ou plasmáticas, para exclusão de feocromocitoma.

D) Realização da dosagem de aldosterona e renina, para exclusão de hiperaldosteronismo.

Questão 94

Sobre as diversas formas de Hiperplasia Adrenal Congênita, escolha a assertiva que contém a informação **CORRETA**:

A) A forma clássica da deficiência da 21 hidroxilase pode se apresentar com ou sem sinais e sintomas.

B) Na ausência ou expressão parcial da 17 hidroxilase, o paciente pode apresentar excesso de progesterógenos.

C) A deficiência da 11beta hidroxilase pode se manifestar clinicamente com hiperandrogenismo e desidratação.

D) Somente na deficiência da 21 hidroxilase ambos os sexos podem se apresentar com genitália ambígua.

Questão 95

Qual das situações abaixo indica necessidade de triar o paciente para hiperaldosteronismo primário?

- A) Hipertensão arterial sistêmica não controlada com dose plena de 2 medicamentos.
- B) Hipertensão e hipocalemia na vigência de diurético tiazídico 12,5 mg por dia.
- C) Hipertensão arterial sistêmica com início entre os 35 e os 50 anos de idade.
- D) Hipertensão do “avental branco”.

Questão 96

Sobre hipercortisolismo subclínico (HCSC), assinale a alternativa que contempla a resposta **ERRADA**:

- A) É definido como um estado de secreção alterada de eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal, na ausência dos sinais ou sintomas clássicos do excesso de cortisol.
- B) Nível de SDHEA baixo é a medida mais confiável da presença de HCSC em paciente com massa adrenal clinicamente inaparente.
- C) Acredita-se que em pacientes diabéticos ou com osteoporose, a prevalência de HCSC seja maior que em indivíduos saudáveis.
- D) Cortisol sérico pós 1mg de dexametasona entre 1,9 e 5,0 mcg/dL deve ser considerado como evidência de possível HCSC.

Questão 97

Sobre a Insuficiência Adrenal Primária (IAP), assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) O uso endovenoso de 250 mcg de cortrosina após 30 a 60 minutos para adultos e crianças com mais de 02 anos de idade é o exame preferível para se confirmar o hipocortisolismo.
- B) Níveis máximos de cortisol durante o teste inferiores a 25 mcg/dL confirmam o diagnóstico de hipocortisolismo.
- C) É recomendado se dosar o ACTH plasmático na investigação da Doença de Addison.
- D) É recomendado se dosar simultaneamente a renina e a aldosterona nos casos de IAP, para se detectar a presença de deficiência mineralocorticoide.

Questão 98

O médico da equipe de saúde da família lhe encaminha um menino de 2 anos de idade com uma suspeita de ser portador de insuficiência adrenal. É **CORRETO** afirmar:

- A) Pode se descartar adrenoleucodistrofia por não ser do sexo feminino, já que se trata de uma herança autossômica recessiva (2 pares afetados).
- B) A hipoplasia adrenal congênita é a hipótese mais aceita por geralmente ser de aparecimento tardio e a criança ainda tem 2 anos.
- C) Na hiperplasia adrenal congênita não é obrigatória a macrogenitossomia e devem ser investigadas perdas de sal inaparentes.
- D) Sinais de hipoglicemia são comumente relatados e se ausentes descartam o diagnóstico de insuficiência adrenal.

Questão 99

Várias situações clínicas podem elevar as catecolaminas plasmáticas e/ou urinárias, dando resultados **FALSO-POSITIVOS** e dificultando o diagnóstico de feocromocitoma. Qual das situações abaixo **NÃO** causa esse resultado?

- A) Infarto agudo do miocárdio.
- B) Uso de hidralazina.
- C) Abuso de cocaína.
- D) Uso crônico de clonidina.

Questão 100

Sobre a avaliação da presença de hipertensão arterial secundária, avalie as assertivas abaixo e depois escolha a opção **CORRETA**:

1. Todos os pacientes com incidentalomas adrenais devem ser submetidos a uma triagem para feocromocitoma.
2. Como o feocromocitoma ocorre em crises, é preferível realizar os exames de imagem antes dos exames hormonais, para evitar falsos negativos.
3. Classicamente, hipertensão arterial e hipocalemia são associadas ao hiperaldosteronismo e, dessa forma, o potássio é um bom e barato exame de triagem.
4. Amenorreia primária e hipertensão arterial constituem uma associação que indica a necessidade de investigação da esteroidogênese adrenal.
5. Doenças endócrinas como acromegalia e hipertireoidismo podem estar associadas ao aparecimento de hipertensão secundária.

- A) Assertivas 1, 4 e 5 estão corretas.
- B) Assertivas 1, 2, 3 e 5 estão corretas.
- C) Assertivas 2, 3 e 4 estão corretas.
- D) Apenas as assertivas 3 e 5 estão corretas.

BOA PROVA!