

# EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - 2017



Sociedade Brasileira de  
Endocrinologia e Metabologia

1º Dia – 05/05/2017

## LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

1. Este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões numeradas de 1 a 100. Confira-o e caso esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência, comunique ao aplicador da sala para que ele tome as providências cabíveis.
2. DESLIGUE seu celular. Não é suficiente colocá-lo em modo silencioso. Mantê-lo ligado causará sua eliminação deste concurso.
3. Preencha a parte superior do CARTÃO-RESPOSTA com seu NÚMERO DE INSCRIÇÃO e, na parte inferior, escreva seu NOME e assine nos espaços próprios. Utilize caneta esferográfica grossa azul ou preta.
4. Não dobre, não amasse nem rasure o CARTÃO-RESPOSTA, pois ele não poderá ser substituído.
5. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 4 opções identificadas com as letras A, B, C e D. Apenas uma responde corretamente à questão.
6. 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.

7. O tempo disponível para estas provas é de 4 (quatro) horas. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados 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:

bpm – batimentos por minuto

FC – frequência cardíaca

PA – pressão arterial

PAAF – punção aspirativa com agulha fina

RM – ressonância magnética

TC – tomografia computadorizada

TOTG – teste oral de tolerância à glicose

TFG – taxa de filtração glomerular

US – ultrassonografia

VR – valor de referência

**NÚMERO DE INSCRIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**Questão 1**

Sobre o controle glicêmico em ambiente hospitalar, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) É sugerida a descontinuação do uso de sulfonilureias e de metformina para a maioria dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 durante o período de internação hospitalar.  
 B) É recomendável que todos os pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico prévio ou não de diabetes mellitus, tenham a sua glicemia medida durante a admissão para internação hospitalar.  
 C) Quanto à insulino terapia hospitalar, o esquema de escalonamento de doses de insulina (“*sliding scale*”) deve ser o método de preferência para o tratamento da hiperglicemia em pacientes hospitalizados.  
 D) É recomendável glicemia pré-prandial menor que 140 mg/dL para a maioria dos pacientes hospitalizados não-críticos e menor que 180 mg/dL para os pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva.

**Questão 2**

Homem, 29 anos, diabético há 7 anos, em uso de gliclazida e metformina. Refere pai e irmão com diabetes. Ao exame, IMC 23 kg/m<sup>2</sup>, PA 125x80 mmHg. Traz exames: glicemia 133 mg/dL, HbA1c 7,3%, creatinina 1,3 mg/dL, microalbuminúria 35 mg/g Cr, US de vias urinárias mostrando rim único, com cistos. Qual é o mais provável tipo de MODY e o gene mutado neste paciente?

- A) Tipo 3, mutação da glicoquinase.  
 B) Tipo 3, mutação na HNF1-Beta.  
 C) Tipo 5, mutação na glicoquinase.  
 D) Tipo 5, mutação na HNF1-Beta.

**Questão 3**

Homem, 80 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 procura o endocrinologista depois de ficar ausente do tratamento por 5 anos. Ele vem em uso de metformina 2000 mg/dia, gliclazida MR 120 mg/dia e vildagliptina 50 mg/dia. Seus últimos exames: glicemia em jejum = 121 mg/dL, HbA1c = 7.4% e TFG (CKD-EPI) = 48 mL/min. Sobre os medicamentos utilizados pelo paciente:

- A) O paciente pode continuar o uso da metformina, desde que a dose seja reduzida para 1000 mg/dia.  
 B) O paciente pode continuar o uso da gliclazida MR, desde que a dose seja reduzida para 60 mg/dia.  
 C) A vildagliptina precisa ser substituída por linagliptina.  
 D) De acordo com a TFG, todas as medicações podem ser mantidas nas doses que estão.

**Questão 4**

Considere as características abaixo e selecione a alternativa que contenha apenas características de uma úlcera diabética neuropática:

- I – localização em margens dos pés.  
 II – indolor.  
 III – presença de calosidades.  
 IV – unhas atrofiadas.  
 V – bordas secas e irregulares.  
 VI – base granulada vermelha.

- A) II, III, VI.  
 B) I, II, VI.  
 C) II, IV, V, VI.  
 D) I, II, III, V.

**Questão 5**

Baseado na patogênese e genética do diabetes tipo 1 (DM1), qual a afirmação **CORRETA**:

- A) A concordância de DM1 em gêmeos idênticos é maior que a concordância do diabetes tipo 2 em gêmeos idênticos.  
 B) Uma criança que apresenta anticorpos anti-ilhotas e anti-insulina positivos tem uma chance de desenvolver DM1 cerca de 70% em dez anos e cerca de 80% em 15 anos.  
 C) O consumo de leite de vaca precocemente, em todas as regiões do mundo, aumentou o risco de desenvolver DM1.  
 D) A administração de insulina para indivíduos com alto risco para desenvolver DM1, retarda o processo autoimune e, conseqüentemente, o desenvolvimento do diabetes.

**Questão 6**

Qual dos fatores abaixo **NÃO** é um fator de risco relacionado com a presença ou piora de retinopatia diabética?

- A) Uso de ácido acetilsalicílico (AAS).  
 B) Proteinúria.  
 C) Gravidez.  
 D) Hipertensão arterial.

**Questão 7**

Sobre o tratamento da cetoacidose diabética (CAD), é **INCORRETO** afirmar que:

- A) A correção da desidratação é uma prioridade, devendo ser feita uma fluidoterapia agressiva, buscando restaurar e expandir o volume intravascular, o intersticial e o intracelular. Inicialmente, salina isotônica (SF 0,9%) deve ser infundida à razão de 15-20 mL/kg/h na primeira hora (ou 1,0 a 1,5L na primeira hora).  
 B) O uso de bicarbonato na CAD ainda é controverso. Estudos não têm demonstrado benefício ou prejuízo do uso de bicarbonato de sódio nas taxas de morbidade ou mortalidade em pacientes com CAD e pH arterial igual ou maior que 7,0.  
 C) Quanto à insulino terapia na CAD, estudos prospectivos randomizados têm demonstrado que é necessária a administração, por infusão venosa contínua, de doses elevadas de insulina regular ou de insulina análoga ultra-rápida, visando a reduzir rapidamente a glicemia.  
 D) Hipoglicemia e hipocalemia são duas possíveis complicações do uso de insulina e bicarbonato, respectivamente.

**Questão 8**

O médico prescreveu dulaglutida para um paciente diabético tipo 2, 50 anos, TFG 72 mL/min., em uso de metformina. Fez algumas recomendações de uso, mas encaminhou para acompanhamento com endocrinologista. Qual das recomendações abaixo está **INCORRETA**?

- A) Precisa iniciar com a dose de 0,75 mg e após uma semana, aumentar para 1,5 mg.  
 B) Use qualquer horário do dia, uma vez por semana, sempre no mesmo dia.  
 C) Aplique por via subcutânea na coxa, abdome ou braço e descarte a caneta, pois é de uso único.  
 D) Se esquecer de aplicar, use assim que lembrar até 72 horas antes da próxima aplicação.

**Questão 9**

Os estudos LEADER e EMPA-REG vêm modificando a maneira com que tratamos os pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Sobre as diferenças e similaridades entre os estudos, marque a alternativa **CORRETA**:

A) Ambos os estudos incluíram apenas pacientes com doença cardiovascular estabelecida; isto é, apenas pacientes de prevenção secundária de doença cardiovascular.

B) Ambos os estudos foram desenhados para demonstrar a superioridade da medicação (liraglutida ou empagliflozina) em relação ao placebo na redução de eventos cardiovasculares.

C) Ambos os estudos conseguiram demonstrar uma redução significativa das complicações microvasculares do diabetes, incluindo retinopatia diabética.

D) Ambos os estudos conseguiram demonstrar uma redução significativa da mortalidade cardiovascular, sem uma redução significativa de acidente vascular cerebral.

**Questão 10**

Mulher, 28 anos, diabética há 6 anos. Atualmente em esquema intensivo com insulinas apidra e glargina, dose total de 1,6 U/kg/dia além de metformina 2 g/dia, mas com dificuldade em atingir controle metabólico adequado. Apresenta também grave hipertrigliceridemia (1057 mg/dL). No exame físico identifica-se lipoatrofia em tronco e membros, hipertrofia muscular aparente nessas regiões e acúmulo de gordura em face, com sinal do duplo queixo. Sobre o caso acima, assinale a **INCORRETA**:

A) Essa condição é provocada por mutações no gene lamin A/C

B) As alterações físicas descritas acima geralmente tornam-se aparentes apenas após a puberdade.

C) A paciente é portadora de uma forma monogênica de diabetes, de herança autossômica dominante.

D) Outras características clínicas importantes dessa doença são grave resistência a insulina, *acanthosis nigricans* e hipoandrogenismo.

**Questão 11**

Em relação a riscos e benefícios do uso das drogas abaixo em pacientes diabéticos, marque a alternativa que melhor correlaciona as opções:

I – Aumenta risco de fraturas.

II – Neutro do ponto de vista cardiovascular.

III – Aumenta risco de cetoacidose diabética.

IV – Ganho de peso e hipoglicemia.

V – Em intolerantes à glicose, reduz o risco de evolução para diabetes.

VI – Diminui hospitalização por insuficiência cardíaca.

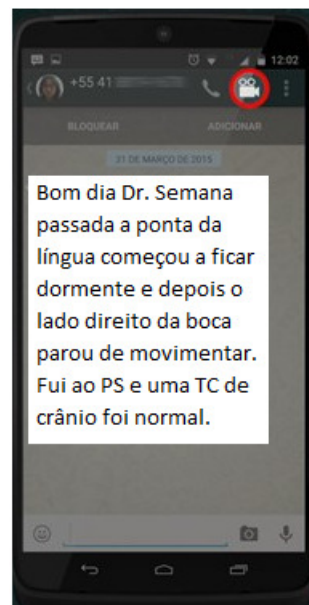
VII – Diminui morte cardiovascular.

- a) Canagliflozina
- b) Empagliflozina
- c) Pioglitazona
- d) Glimepirida
- e) Acarbose
- f) Sitagliptina
- g) Liraglutida

- A) Ic, IIf, IIIa, IVd, Ve, VIb, VIIg.
- B) Ia, IId, IIIb, IVc, Vg, VIe, VIIf.
- C) Ic, IId, IIIb, IVc, Ve, VIg, VIIa.
- D) Ia, IIf, IIIb, IVd, Vg, VIe, VIIc.

**Questão 12**

Você recebe a seguinte mensagem de WhatsApp de um paciente, 28 anos, diabético tipo 1 há 11 anos.



Sobre a complicação que acometeu este paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) Das mononeuropatias que acometem diabéticos, essa é a mais freqüente.

B) Deve ser tratada com altas doses de corticoide, aciclovir e fisioterapia para que haja resolução completa do quadro.

C) Pregabalina, duloxetine ou amitriptilina devem ser prescritos para uma evolução mais favorável.

D) Pacientes com diabetes têm maior risco de desenvolver e de não alcançar resolução total do quadro.

**Questão 13**

Uma paciente foi diagnosticada com diabetes na 26ª semana de gestação, mas se nega a usar insulina. Quais drogas orais podem ser consideradas de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (evidência B)?

A) Glibenclamida e gliclazida.

B) Metformina e gliclazida.

C) Glibenclamida e vildagliptina.

D) Metformina e glibenclamida.

**Questão 14**

Sobre a resposta fisiológica à hipoglicemia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

A) Catecolaminas são os hormônios contra-reguladores mais importantes na resposta à hipoglicemia.

B) O glucagon aumenta quando a glicemia diminui para menos de 65-70 mg/dL.

C) GH e cortisol só começam a aumentar com valores abaixo de 60 mg/dL.

D) Quando a glicemia reduz para menos de 80 mg/dL, a secreção de insulina começa a cair significativamente.

**Questão 15**

Homem, 64 anos, procura o endocrinologista para tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações. O paciente tem doença de longa data e nunca conseguiu um controle glicêmico satisfatório. Vem queixando-se de dor em face plantar dos pés, bilateralmente, com piora importante à noite. Seus exames: glicemia de jejum = 138 mg/dL; HbA1c = 6.8% e TFG (CKD-EPI) = 42 mL/min. Vem em uso de metformina 2000 mg/dia; sitagliptina 50 mg/dia, insulina degludeca 50 UI a noite; sinvastatina 40 mg/dia e warfarina 5 mg/dia (para fibrilação atrial). O endocrinologista faz o diagnóstico de neuropatia periférica e resolve iniciar pregabalina. Sobre esta medicação, marque a **CORRETA**:

- A) A pregabalina precisa ter sua dose ajustada neste paciente devido a TFG abaixo de 60 mL/min.  
 B) A pregabalina deve ter sua dose ajustada neste paciente devido a potencial de interação com a sitagliptina.  
 C) O RNI (INR) deve ser monitorizado neste paciente, já que a meia-vida da warfarina pode ser aumentada devido à interação com pregabalina.  
 D) A associação de pregabalina com a sinvastatina pode potencializar o aparecimento de mialgia neste paciente.

**Questão 16**

Sobre os medicamentos aprovados para o tratamento da obesidade, assinale a **CORRETA**:

- A) O orlistate liga-se covalentemente aos triglicerídeos impedindo que sejam hidrolisados pelas lipases pancreáticas promovendo uma redução da absorção de cerca de 30% da gordura ingerida.  
 B) O uso prolongado de sibutramina em pacientes com obesidade e alto risco cardiovascular foi associado a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais.  
 C) O uso prolongado de liraglutida em pacientes obesos, não diabéticos e com alto risco cardiovascular foi associado à redução do risco de eventos cardiovasculares fatais e de morte por qualquer causa.  
 D) A lorcaserina é um agonista seletivo do receptor 5-HT<sub>2c</sub>, com ação desprezível em receptores 5-HT<sub>2b</sub> nas válvulas cardíacas.

**Questão 17**

Mulher, 65 anos, vem para consulta com objetivo de perda de peso. Refere que sempre teve dificuldade para perder peso. Tem enxaqueca, é hipertensa e já teve um infarto do miocárdio há 2 anos. Ao exame: IMC 32 kg/m<sup>2</sup>, PA 135 x 85 mmHg, FC 90 bpm, cintura 104 cm. Em relação às medicações disponíveis para tratamento de obesidade no Brasil, assinale a alternativa **CORRETA** para esta paciente:

- A) Orlistate não pode ser associado à liraglutida, pois aumentaria o risco de náuseas e diarreia.  
 B) Sibutramina seria uma boa opção, principalmente pelo fato de ser oral.  
 C) Liraglutida ajudaria na perda de peso, baixaria a pressão arterial, mas poderia aumentar a frequência cardíaca.  
 D) Topiramato é aprovado para tratamento da obesidade e traria benefícios em relação à enxaqueca.

**Questão 18**

No hipotálamo, a leptina **NÃO** estimula a síntese neuronal de qual dos neuropeptídios abaixo:

- A) Hormônio liberador de tireotropina, TRH;  
 B) Transcrito relacionado a cocaína e anfetamina, CART;  
 C) Peptídeo relacionado ao Agouti, AgRP;  
 D) Hormônio estimulador de melanócitos-alfa, MSH-alfa.

**Questão 19**

Sobre o tecido adiposo marrom em humanos, assinale a **CORRETA**:

- A) Está localizado em depósitos na região cervical, na região supraclavicular bilateralmente e na região interescapular.  
 B) Foi documentado apenas em neonatos, não havendo evidência de uma função fisiológica na idade adulta.  
 C) Pode ser estimulado pela ação da noradrenalina (NA) em receptores adrenérgicos alfa, gerando monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) e aumentando a proteína desacopladora UCP-1 independente dos hormônios tireoidianos.  
 D) Tem atividade aumentada pelo calor devido à sua atividade termogênica.

**Questão 20**

Sobre a apneia obstrutiva do sono (AOS) e a síndrome da hipoventilação da obesidade (SHO), assinale a **CORRETA**:

- A) A grande maioria dos pacientes com obesidade e AOS apresenta SHO, mas o inverso não é verdadeiro.  
 B) Embora obesidade seja o principal fator de risco para AOS, menos da metade dos pacientes adultos com diagnóstico de AOS apresentam excesso de peso.  
 C) A depressão e ansiedade levando à privação de sono, por vezes associada a distúrbios alimentares noturnos, são os principais fatores causais da AOS na obesidade.  
 D) O principal tratamento da SHO é o uso de dispositivo de pressão positiva durante a noite.

**Questão 21**

Sobre Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA) é **CORRETO** afirmar:

- A) Cerca de metade dos casos evoluirá para cirrose em até 5 anos.  
 B) Atualmente representa a principal causa de transplante hepático em todo o mundo.  
 C) O "padrão-ouro" para diagnóstico é a histologia por biópsia hepática, que possibilita o estadiamento da doença.  
 D) A metformina é a droga de escolha para reduzir fibrose hepática em pacientes com DHGNA.

**Questão 22**

As duas principais causas de morte nos primeiros 30 dias de pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de derivação gástrica em Y-de-Roux são:

- A) Fistulas e tromboembolismo pulmonar.  
 B) Fistulas e trombose mesentérica por hérnia interna.  
 C) Tromboembolismo pulmonar e trombose mesentérica por hérnia interna.  
 D) Hemorragia por ulceração da gastroenteroanastomose e fistulas.



**Questão 23**

Uma mulher de 35 anos de idade, com índice de massa corporal de 60 kg/m<sup>2</sup>, foi submetida à cirurgia bariátrica (gastroplastia e “bypass”), há 4 meses. Não houve intercorrências. No entanto, há 2 semanas, a paciente passou a vomitar. Passados 8 dias, seguia vomitando e os episódios se agravaram. Há 2 dias, mostrou-se progressivamente confusa, disártrica e atáxica. Foi trazida para a emergência. Ao exame, havia paresia do III par, nistagmo e hipoestesia em membros inferiores. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A paciente apresentava um pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática), que não foi descartado antes da cirurgia.  
 B) A paciente apresenta um quadro de encefalopatia de Wernicke, causada por deficiência de tiamina.  
 C) A principal hipótese diagnóstica é um acidente vascular encefálico e a paciente segue piorando.  
 D) A paciente apresenta apenas um desequilíbrio hidroeletrólítico devido aos vômitos.

**Questão 24**

Assinale a alternativa **CORRETA** que contém, nessa ordem, as operações bariátricas caracterizadas por:

- 1) Menor restrição gástrica;  
 2) Menor risco de desnutrição proteico-calórica e vitamínico-mineral;  
 3) Maior efeito incretínico.

- A) Derivação biliopancreática à *duodenal switch*; derivação gástrica em Y-de-Roux; derivação biliopancreática à *duodenal switch*;  
 B) Gastrectomia vertical; banda gástrica ajustável; derivação gástrica em Y-de-Roux;  
 C) Derivação biliopancreática à *duodenal switch*; gastrectomia vertical; derivação gástrica em Y-de-Roux;  
 D) Derivação biliopancreática à Scopinaro; gastrectomia vertical; derivação biliopancreática à Scopinaro.

**Questão 25**

Assinale a alternativa que contém mecanismos determinados pela hiperatividade do Sistema Nervoso Simpático que podem elevar a pressão arterial no paciente com obesidade:

- A) Vasoconstrição periférica e reabsorção tubular de sódio;  
 B) Compressão física dos rins pela gordura visceral afetando elementos vasculares e tubulares intrarrenais;  
 C) Citocinas inflamatórias como fator de necrose tumoral-alfa e interleucina 1-beta causam diretamente disfunção endotelial;  
 D) Alteração da função endotelial pela resistência à insulina e hipertrofia da musculatura lisa vascular pela hiperinsulinemia.

**Questão 26**

Em relação aos hipolipemiantes evolocumabe e alirocumabe, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) São anticorpos monoclonais contra o oligonucleotídeo antisense da Apo B, principal componente estrutural das partículas de LDL.  
 B) Na dose máxima, são capazes de promover grandes reduções de LDL colesterol, da ordem de até 40%.  
 C) Pacientes de alto risco cardiovascular, que não atingem as metas de LDL por intolerância ou ineficácia das estatinas têm potencial benefício dessa nova classe.  
 D) A ocorrência de sintomas musculares e elevação de creatinofosfoquinase (CPK) pode limitar o uso desta classe de medicamentos.

**Questão 27**

Durante exame físico de um paciente de 16 anos, encaminhado por alteração nos valores de HDL (8 mg/dL), foi observado hepatoesplenomegalia, além de amígdalas de coloração alaranjada. Qual é a alteração nesse paciente:

- A) Deficiência de CETP, responsável pela transferência dos ésteres de colesterol para as lipoproteínas que contém apo B.  
 B) Mutação no gene ABCA1, responsável pela codificação do *ATP binding cassette transporter A1*.  
 C) Mutação na LCAT, enzima responsável pela esterificação do colesterol.  
 D) Deficiência de lipase hepática, responsável pela hidrólise de triacilglicerol e fosfolípideo.

**Questão 28**

De acordo com trabalhos recentes que avaliaram o uso de fenofibrato, isolado ou em combinação com estatina, em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), classifique como verdadeira ou falsa as afirmativas abaixo e assinale a alternativa **CORRETA**:

- I. O fenofibrato reduz significativamente a incidência de pancreatite quando os valores de trigliceridemia são maiores que 200 mg/dL.  
 II. A combinação de fenofibrato com sinvastatina não reduziu significativamente eventos cardiovasculares fatais, infarto agudo do miocárdio não-fatal e AVC não-fatal comparativamente ao uso da sinvastatina isoladamente.  
 III. Com o uso do fenofibrato, a progressão para albuminúria pode ser reduzida, bem como a necessidade de laser para retinopatia diabética.  
 IV. O uso isolado do fenofibrato mostrou redução significativa de morte coronária e infarto agudo do miocárdio não-fatal.

- A) I Falso; II Verdadeiro; III Verdadeiro; IV Falso  
 B) I Verdadeiro; II Verdadeiro; III Falso; IV Falso  
 C) I Verdadeiro; II Falso; III Verdadeiro; IV Verdadeiro  
 D) I Falso; II Falso; III Falso; IV Verdadeiro

**Questão 29**

Em relação aos sintomas musculares relacionados ao uso das estatinas, é **CORRETO** afirmar:

- A) A creatinofosfoquinase deve ser sistematicamente monitorizada mesmo na ausência de sintomas.  
 B) A miopatia não parece ser dose-dependente ou estar relacionada aos níveis séricos de estatinas circulantes.  
 C) A rabdomiólise é um evento raro e potencialmente grave, com maior incidência em idosos.  
 D) Pravastatina, rosuvastatina e pitavastatina devem ser evitadas em combinação com drogas que atuem sobre o citocromo P450.

**Questão 30**

Numere a coluna abaixo de acordo com o tipo de apolipoproteína e marque a alternativa **CORRETA**:

- 1 - Apolipoproteína B-100  
 2 - Apolipoproteína B-48  
 3 - Apolipoproteína E  
 4 - Apolipoproteína A1  
 5 - Apolipoproteína CII

- ( ) Modula a ligação do remanescente do quilomícron ao seu receptor no fígado  
 ( ) Estrutura principal do HDL Colesterol  
 ( ) Apolipoproteína estrutural do LDL colesterol  
 ( ) Apolipoproteína estrutural dos quilomícrons  
 ( ) Importante para a lipase lipoproteica

- A) 3, 4, 1, 2, 5  
 B) 3, 4, 2, 1, 5  
 C) 4, 3, 5, 1, 2  
 D) 4, 3, 1, 2, 5

**Questão 31**

Mulher, 57 anos, foi encaminhada ao endocrinologista, para avaliar US de tireoide. A paciente nega quaisquer sintomas e não apresenta comorbidades. Nega antecedente familiar conhecido de tireoidopatia ou câncer de tireoide. Exames laboratoriais mostram valores de TSH e de T4 livre normais.

US de tireoide com Doppler colorido:

*“Nódulo sólido hipoecogênico, de contornos regulares, ovalado, sem microcalcificações, localizado no terço inferior do lobo direito, medindo 1,8 x 1,4 x 1,4 cm, com fluxo periférico e central no Doppler.”*

*Nódulo misto de contornos regulares, predominantemente cístico contendo pequena área sólida hipoecogênica, localizado no terço superior do lobo esquerdo, medindo 0,8 x 0,8 x 0,7 cm, com fluxo periférico no Doppler.*

*Restante do parênquima tireoidiano com ecotextura fina e discretamente heterogênea, apresentando discreto aumento da vascularização no Doppler, mais evidente à esquerda.*

*- Volume total da glândula: 6 cc.*

*Ausência de linfonomegalias cervicais.”*

O resultado da punção aspirativa com agulha fina (PAAF) feita no nódulo do lobo direito foi compatível com Bethesda II.

A melhor conduta para este caso é:

- A) Realizar terapia de supressão com levotiroxina para redução do tamanho do nódulo tireoidiano e redução de transformação maligna.  
 B) Solicitar PAAF do nódulo tireoidiano do lobo esquerdo, guiada por US.

C) Indicar lobectomia direita ou tireoidectomia subtotal.

D) Observação clínica dos nódulos tireoidianos. Nenhum exame complementar é necessário no momento.

**Questão 32**

Uma mulher de 25 anos foi encaminhada por um colega dermatologista por alterações de exames laboratoriais da tireoide. A paciente está assintomática e em tratamento dermatológico com fórmula (colágeno, vitamina C, biotina) para queda de cabelo. Nega tireopatias na família. Ao exame físico a tireoide é indolor e tem tamanho normal e sem nódulos, FC 68 bpm e PA 116 x 78 mmHg. Os exames mostraram T4 livre de 3,4 (VR 0,7 a 1,8 ng/dL) e TSH indetectável (por ensaio imunométrico). Assinale a alternativa **CORRETA**:

A) Devemos solicitar o anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb) pela suspeita de doença de Graves.

B) A hipótese mais provável é a de hipertireoidismo factício.

C) O uso de Iodo 131 está indicado para o tratamento desta paciente.

D) O tratamento empírico com tiamida está indicado, sem associação de betabloqueador.

**Questão 33**

Em relação à avaliação de pacientes com nódulo(s) tireoidiano(s) (NT), assinale a **INCORRETA**:

A) Dosagens de TSH, de tireoglobulina e de calcitonina devem ser solicitados em todos os pacientes com NT > 10 mm.

B) Cintilografia de tireoide está indicada em pacientes com NT e TSH diminuído.

C) Todos os pacientes com NT sólidos hipoecóicos na US com 10mm ou mais apresentam indicação de PAAF.

D) Tireoidectomia está indicada em todos os pacientes com citologia na PAAF pela classificação de Bethesda categoria V e VI.

**Questão 34**

Homem, 30 anos, apresenta palpitações, sudorese e tremores de extremidades há 48 horas. Ao exame físico, apresenta retração palpebral, sem proptose. A tireoide é aumentada de volume difusamente e dolorosa à palpação, sem eritema. FC = 120 bpm. PA = 150 x 60 mmHg. Exames laboratoriais: TSH = 0,01 (VR 0,4-4,0 mUI/L); T4 total = 20 (VR 6 a 12 mcg/dL); T4 livre = 4,5 (VR 0,7 a 1,8 ng/dL); T3 = 280 (VR 70 a 180 ng/dL). TRAb = 1,0 (VR < 1,75 UI/mL) Assinale a afirmativa **CORRETA** em relação ao caso:

A) O paciente provavelmente apresenta doença de Graves e deve ser iniciada droga antitireoidiana imediatamente.

B) O paciente deve estar em uso de hormônio tireoidiano exógeno o que pode ser confirmado com a dosagem da tireoglobulina elevada.

C) O paciente deve apresentar VSH e proteína C reativa elevados e espera-se uma captação de iodo radioativo em 24h inferior a 5%.

D) O paciente deve iniciar antibioticoterapia de imediato e realizar US cervical para drenar os prováveis abscessos tireoidianos.

**Questão 35**

Um paciente foi admitido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por quadro de sepse. Foi solicitada avaliação endocrinológica a respeito da função tireoidiana: TSH = 0,35 (VR 0,4-4,0 mUI/L), T4 livre = 1,2 (VR 0,7-1,7 ng/dL), T3 = 50 (VR 70-180 ng/dL). Três semanas depois, o paciente estava bem melhor, e a sua função tireoidiana era: TSH = 11,0 (VR 0,4-4,0 mUI/L); T4 livre = 1,0 (VR 0,7-1,7 ng/dL); T3 = 65 (VR 70-180 ng/dL). Qual das seguintes considerações está **CORRETA**?

- A) No paciente grave, há menor conversão periférica de T4 para T3 reverso por provável menor atividade da Deiodinase 1 (D1).
- B) No paciente grave, há maior conversão de T4 para T3 por provável maior atividade da Deiodinase 3 (D3).
- C) No paciente grave, há redução da secreção pulsátil de TSH pela maior conversão de T4 em T3 pela Deiodinase 2 (D2) central o que justifica o TSH reduzido apesar do T3 sérico baixo.
- D) Na fase de recuperação, o TSH elevado indica que o paciente fez uma tireoidite e ficou com hipotireoidismo definitivo, devendo ser iniciado levotiroxina.

**Questão 36**

Paciente com doença de Graves recebe diagnóstico de gravidez 18 meses após tratamento para hipertireoidismo com iodo radioativo. Vem em uso de levotiroxina com TSH estável nos últimos 4 meses antes de engravidar (2,4 e 2,5 mUI/L). No momento encontra-se na 6ª semana de gestação. Qual a afirmativa **CORRETA**?

- A) Existe um maior risco de hipertireoidismo no primeiro trimestre e por isso deve-se diminuir a dose de levotiroxina.
- B) A gestação estaria contraindicada nesse momento.
- C) Deve-se manter a dose de levotiroxina e não há necessidade de dosar TRAb.
- D) Deve-se aumentar a dose de levotiroxina em cerca de 25-50% e dosar TRAb. No caso de títulos elevados, repetir dosagem entre 18-22ª semana.

**Questão 37**

Homem, 78 anos, sem antecedentes médicos de relevância, sem uso de medicamentos concomitantes, apresentou em consulta de rotina níveis alterados da função tireoidiana, conforme abaixo. Exame físico geral normal e tireoide não palpável.

Resultados dos exames laboratoriais:

TSH = 0,33 (VR 0,45 a 4,5 mUI/L)

T4 livre = 1,1 (VR 1,5 a 1,7 ng/dL)

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O paciente é portador de hipertireoidismo subclínico e um tratamento específico antitireoidiano, de acordo com a etiologia, está recomendado pelo risco elevado de fibrilação atrial.
- B) O paciente é portador de hipertireoidismo subclínico, mas um tratamento específico antitireoidiano não está recomendado em função dos níveis ainda não suprimidos do TSH.
- C) Os dados não permitem, ainda, estabelecer o diagnóstico de hipertireoidismo subclínico. Recomenda-se repetir os níveis do TSH, T4 livre e T3 (ou T3 livre).
- D) Não é necessário iniciar tratamento, pois se trata de uma alteração adaptativa do idoso.

**Questão 38**

Paciente tabagista, com hipertireoidismo e oftalmopatia bilateral, apresentando na avaliação: CAS (*Clinical Activity Score*) = 1 ponto; sem exposição e/ou lesão de córnea, com mobilidade ocular preservada e sem perda visual. Qual a afirmativa **INCORRETA** no que se refere ao tratamento do hipertireoidismo nesse paciente?

- A) O controle da função tireoidiana pode ser obtido com radioiodoterapia, tireoidectomia ou uso de drogas antitireoidianas, sendo as três modalidades aceitáveis.
- B) A radioiodoterapia deve ser administrada preferencialmente com uso de glicocorticoide oral.
- C) Esse paciente deve iniciar pulsoterapia com glicocorticoides antes de ser encaminhado para a radioiodoterapia, caso decida-se por esse tratamento definitivo.
- D) O tabagismo é comprovadamente um fator de risco para exacerbação da oftalmopatia após radioiodoterapia.

**Questão 39**

Mulher com 25 anos, tabagista, procura o serviço com queixa de perda de peso. Refere que perdeu 8 kg nos últimos 45 dias. Queixa-se de insônia, nervosismo e palpitações. Ao exame, IMC = 18,5 kg/m<sup>2</sup>. FC = 120 bpm, ritmo cardíaco regular, com algumas extrasístoles. PA: 130 x 70 mmHg. Tremores finos de extremidades +++/4+. A tireoide é aumentada difusamente, com frêmito e sem nódulos palpáveis. Retração palpebral e proptose bilateral (3mm acima do limite superior da normalidade), com lacrimejamento e sensação de corpo estranho ocular. Exames: TSH = 0,001 (VR 0,4-4,0 mUI/L); T4 livre = 5,7 (VR 0,7-1,7 ng/dL); T3 = 580 (VR 80-180 ng/dL) TRAb = 12,0 (VR <1,75 UI/mL). Qual das condutas abaixo é a mais apropriada?

- A) Pulsoterapia com corticosteroides considerando o risco iminente de perda visual.
- B) Iodoterapia com dose de 100 mCi, objetivando a rápida melhora do quadro tireoidiano e oftalmológico.
- C) Suplementação de Iodo em gotas por 3 meses para depois realizar tireoidectomia objetivando resolução definitiva do quadro.
- D) Iniciar droga antitireoidiana associada a beta-bloqueador.

**Questão 40**

Paciente 41 anos, portadora de pan-hipopituitarismo há 10 anos, em uso de levotiroxina 100 mcg/dia, anticoncepcional oral e hidrocortisona 20 mg/dia. Realizou avaliação com clínico e foi encaminhada para avaliação especializada por causa dos seguintes exames: TSH = 0,02 (VR 0,4-4,0 mUI/L) e T4 livre 1,2 (VR 0,7-1,7 ng/dL). Qual é a conduta mais apropriada?

- A) Reduzir a dose da levotiroxina para 75 mcg/dia e reavaliar função tireoidiana com 2 meses.
- B) Manter a dose de levotiroxina prescrita.
- C) Aumentar a dose da levotiroxina para 112 mcg/dia.
- D) Suspender a hidrocortisona para reavaliar a função tireoidiana sem a sua interferência.

**Questão 41**

Paciente com 45 anos, assintomática, procura o serviço, pois a sua irmã que mora em outro Estado foi diagnosticada com "alteração de tireoide". Traz os seguintes exames: TSH = 5,2 (VR 0,4-4,0 mUI/L); T4 livre = 3,2 (VR 0,7-1,7 ng/dL) T3 total = 260 (VR 80-180 ng/dL) TRAb = 0,5 (VR < 1,75 UI/mL). Ciclos menstruais regulares, submetida a laqueadura, sem uso de medicações. Ao exame, ausência de proptose, FC = 95 bpm, com algumas extrassístoles. PA = 110x80 mmHg. Tireoide palpável, elástica, aumentada, sem nódulos palpáveis. Exames solicitados:

RM sela túrcica: microadenoma hipofisário de 0,4cm.

Teste de supressão com T3: não reduziu o TSH.

Teste de estímulo com TRH: elevação significativa do TSH após o estímulo.

SHBG (Globulina ligadora dos hormônios sexuais) = 85,0 (VR: 20 a 114 nmol/L)

A administração de análogos de Somatostatina (octreotida LAR) não alterou a função tireoidiana.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A paciente tem mutação no receptor de hormônio tireoidiano tipo alfa e deve realizar tireoidectomia.
- B) A paciente deve ser submetida à ressecção de tumor secretor de TSH uma vez que o tratamento clínico não resolverá o hipertireoidismo.
- C) A paciente é portadora de doença de Graves e deve ser iniciada droga antitireoidiana.
- D) A paciente tem resistência a hormônio tireoidiano por mutação do receptor de hormônio tireoidiano tipo beta.

**Questão 42**

No ambulatório de tireoide, vieram 8 pacientes com os seguintes resultados:

(considere: FT3 = T3 livre; FT4 = T4 livre; T4T = T4 total; T3T = T3 total; TBG = Globulina ligadora dos hormônios tireoidianos; nl = normal)

Caso	TSH	FT4	T4T	FT3	T3T	TBG
1	baixo	nl	alto	nl	alto	-
2		Alto	nl	alto	nl	-
3	baixo	baixo	baixo	alto	alto	
4	nl	nl	alto		alto	alto
5	baixo	nl ou baixo	-	-	baixo	-
6	nl	nl	alto	nl	nl	
7	nl	nl	baixo	nl	baixo	baixo
8	baixo	nl	-	-	-	-

Marque a alternativa que correlaciona **CORRETAMENTE** a hipótese diagnóstica com os exames laboratoriais de cada caso descrito no quadro acima:

- A) Uso de Andrógenos = 4 e hipertiroxinemia disalbuminêmica familiar = 6.
- B) Uso de Heparina = 2 e uso de anticoncepcional oral = 5.
- C) Doses altas de glicocorticoides de forma aguda = 8 e uso exógeno de T3 = 3.
- D) Paciente em estado grave = 1 e gravidez em estágio inicial = 7.

**Questão 43**

Paciente com nódulo de tireoide 1,2 cm realizou PAAF com resultado de carcinoma medular. A pesquisa da mutação do RET-Proto-oncogene mostrou mutação no códon 634. A dosagem de calcitonina sérica foi 600 pg/mL (VR < 5 pg/mL). Em relação a essa paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A paciente tem neoplasia endócrina múltipla (NEM) tipo 1 (carcinoma medular e adenoma hipofisário) devendo realizar RM de sela túrcica antes da tireoidectomia.
- B) Devem ser investigados feocromocitoma, hiperparatireoidismo e metástases à distância antes da tireoidectomia para estabelecer a sequência terapêutica mais adequada.
- C) Avaliação pré tireoidectomia consiste de investigação de hipoparatiroidismo e US cervical para buscar linfonodos metastáticos. Tireoidectomia deve ser feita em portadores da mutação já no 1º ano de vida.
- D) A tireoidectomia é o primeiro procedimento, com esvaziamento cervical para busca de metástases locorregionais como indica o nível de calcitonina. Parentes portadores da mutação devem fazer US anual para pesquisa de nódulos tireoidianos.

**Questão 44**

Em qual das situações abaixo, o tratamento com inibidores de tirosina-quinase **NÃO** deve ser considerado como opção terapêutica?

- A) Como terapia adjuvante no carcinoma papilífero com tireoglobulina sérica elevada, após tireoidectomia total e reintervenção cirúrgica com ressecção de linfonodos metastáticos.
- B) Nos pacientes com carcinoma folicular refratário ao tratamento com iodo radioativo.
- C) Nos pacientes com carcinoma papilífero, após tireoidectomia e radioiodoterapia, com múltiplas metástases pulmonares e/ou hepáticas.
- D) Nos pacientes com carcinoma medular e doença metastática não ressecável e evidência radiológica de progressão de doença.



**Questão 45**

Homem, 82 anos, diabético e hipertenso, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca descompensada. É internado com TSH <0,01 (VR 0,4 a 4,0 mUI/L) e T4 livre 3,94 (VR 0,7 a 1,7 ng/dL). Tireoide palpável com aumento difuso (cerca de 2,5 vezes), sem nódulos. Qual a afirmativa **CORRETA**, no que se refere à indicação de radioiodoterapia para o paciente?

- A) A dose (fixa ou calculada) com o objetivo levar o paciente ao hipotireoidismo, deve ser administrada após compensação da insuficiência cardíaca e uso prévio de drogas antitireoidianas, que devem ser suspensas antes da radioiodoterapia.
- B) A dose (fixa ou calculada) tem como objetivo levar ao eutireoidismo. O hipotireoidismo é indesejável pelo seu efeito deletério na função cardíaca. A dose deve ser administrada após compensação da insuficiência cardíaca e uso prévio de drogas antitireoidianas, que não devem ser suspensas antes da radioiodoterapia.
- C) A dose deve ser calculada, com o objetivo de levar ao hipotireoidismo, sendo administrada após compensação da insuficiência cardíaca e uso prévio de drogas antitireoidianas, que devem ser suspensas 15 dias antes da radioiodoterapia.
- D) Está contraindicada pelo risco de exacerbação da tireotoxicose após o uso de iodo radioativo. Tireoidectomia é a forma mais rápida e segura de compensar esse paciente, devendo-se usar lugol e drogas antitireoidianas no pré-operatório.

**Questão 46**

Sobre o hipopituitarismo adquirido é **INCORRETO** afirmar:

- A) Tumor hipofisário é a causa mais frequente, correspondendo a mais de 50% dos casos.
- B) A hipofisite linfocítica é causa rara de hipopituitarismo, ocorre predominantemente em mulheres e está, na maioria das vezes, associada à gestação.
- C) Na Síndrome de Frohlich, o hipopituitarismo é decorrente de massa para-selar associada a hiperfagia, obesidade e hipogonadismo central.
- D) Adenomas hipofisários frequentemente cursam com diabetes insipidus.

**Questão 47**

Homem, 41 anos, com queixa de diminuição da acuidade visual há sete meses associado com astenia e diminuição da libido. Fez RM de sela túrcica solicitada pelo oftalmologista que mostrou um macroadenoma hipofisário sólido, sem áreas císticas, medindo 4,2 cm no seu maior diâmetro, com extensão suprassellar. Assinale a resposta **CORRETA** com relação à abordagem deste caso:

- A) FSH e LH normais excluem o diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrófico.
- B) Adenomas silenciosos ACTH positivos tendem a um comportamento mais agressivo do que adenomas não funcionantes de linhagem gonadotrófica pura.
- C) Cabergolina deve ser o tratamento de escolha caso o valor de prolactina, confirmado após diluição, seja de 40 ng/mL.
- D) Novos déficits visuais são comuns após cirurgia transesfenoidal em adenomas não funcionantes.

**Questão 48**

Paciente de 42 anos, sexo masculino, durante investigação de cefaleia foi identificada a presença de massa hipofisária com extensão suprassellar de 0,6 cm x 1,5 cm. O paciente não apresentava quadro clínico sugestivo de hipersecreção hipofisária. Assinale qual é a alternativa **CORRETA**, para a investigação.

- A) Não há necessidade de campimetria visual computadorizada por ser um microadenoma.
- B) A dosagem de prolactina deve ser realizada apenas se existirem queixas relacionadas ao hipogonadismo.
- C) Valor de IGF-1 normal, sem supressão de GH após o teste oral de glicose, exclui acromegalia.
- D) Se o paciente se mantiver assintomático, a RM de sela túrcica deve ser repetida após 1 ano.

**Questão 49**

Mulher, 28 anos, apresenta amenorreia há 1 ano. Ao exame apresenta descarga papilar positiva bilateralmente, IMC = 23 kg/m<sup>2</sup>. FSH = 0,7 (VR 3,8 a 8,5 mUI/mL) LH = 1,0 (VR 2,8 a 12 mUI/mL) Prolactina = 3500 (VR 2,5 a 25 ng/mL). Função tireoidiana normal e beta-hCG negativo. RM mostrou adenoma hipofisário de 3,5 cm com invasão de seio cavernoso (KNOSP 4) e compressão de quiasma. Campimetria mostrou comprometimento visual parcial de quadrante temporal superior, bilateralmente. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A ressecção cirúrgica tumoral transcraniana é o tratamento de escolha com boa possibilidade de cura e baixo risco de perda visual.
- B) Deve ser iniciada reposição hormonal com anticoncepcional oral para tratamento do hipogonadismo hipogonadotrófico.
- C) Deve iniciar terapia oral com agonista dopaminérgico e realizar avaliação de IGF-1 para afastar co-secreção tumoral (acromegalia).
- D) Deve ser realizada radioterapia estereotáxica para tratamento da porção próxima ao nervo óptico para que a compressão não progrida e não ocorra perda visual.

**Questão 50**

Mulher, 27 anos, com acromegalia, foi submetida a cirurgia transesfenoidal e evoluiu sem normalização hormonal. Há seis meses, vem sendo tratada com octreotida LAR 30 mg a cada 28 dias. Atualmente, encontra-se assintomática, com ciclos menstruais regulares, libido e lubrificação vaginal preservadas. Refere preocupação com sua fertilidade, visto que se casou há 1 ano e pretende ter filhos. Apresenta:

IGF-1 490 (VR 115 a 330 ng/mL); GH basal 5,1 ng/mL; TSH 1,19 (0,4 a 4 mUI/L); T4 livre 0,9 (0,7 a 1,8 ng/dL).

RM de hipófise: status pós-cirúrgico em sela túrcica. Presença de resíduo tumoral de 1,1 cm localizado em seio cavernoso direito.

Qual a conduta mais apropriada para o caso?

- A) Adicionar cabergolina.
- B) Realizar radioterapia estereotáxica.
- C) Encaminhar a uma nova neurocirurgia.
- D) Dobrar a dose mensalmente aplicada do octreotida.

**Questão 51**

Em relação às hipofisites, é **CORRETO** afirmar:

- A) Hipofisite linfocítica é mais frequente em mulheres jovens, podendo manifestar-se com cefaleia e alteração visual, hiperprolactinemia e hipopituitarismo, com ou sem diabetes insipidus.  
 B) Na hipofisite linfocítica, a imagem típica à RM é massa selar com depressão da base da sela unilateralmente e/ou extensão suprasselar assimétrica com desvio da haste contralateral.  
 C) Anticorpo anti-hipófise é padrão ouro para diagnóstico de hipofisite relacionada à IgG-4 com especificidade de 98%, uma vez que a biópsia está contraindicada pelo risco de apoplexia.  
 D) O uso de anti CTLA-4 (ipilimumabe) pode causar hipofisite em homens idosos. O IgG-4 sérico geralmente é bastante elevado, e associa-se com pancreatite ou sialoadenite esclerosante.

**Questão 52**

Paciente 19 anos, sexo feminino, procura com história de poliúria, nictúria e polidipsia há 1 semana, com preferência para água gelada. Exames basais: Sódio = 142 (VR 135-145 mEq/L); densidade urinária 1005; ácido úrico = 6,2 (VR até 6,0 mg/dL). Osmolaridade urinária (UOsm) = 250 mOsm/kg. Após teste de restrição hídrica a UOsm foi 280mOsm/kg. A UOsm após administração de desmopressina foi 760 UOsm/kg. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A paciente tem Diabetes Insipidus Nefrogênico, pois a densidade urinária basal é 1005 e a UOsm elevou-se após administração exógena de desmopressina.  
 B) A paciente tem polidipsia psicogênica uma vez que não apresenta hipernatremia e a osmolaridade urinária aumentou após a administração de desmopressina.  
 C) A paciente não precisa de tratamento medicamentoso, pois com a restrição hídrica a UOsm aumentou de 250 para 280 mOsm/kg.  
 D) A paciente tem Diabetes Insipidus Central, pois a reposição de desmopressina elevou a UOsm significativamente.

**Questão 53**

Mulher, 32 anos, foi diagnosticada com diabetes e hipertensão há 6 meses. Refere ganho de peso de 20kg nos últimos 4 anos, astenia, amenorreia há 1 ano. Ao exame: *acanthosis nigricans* cervical +/4+, tireoide normal, abdome globoso com estrias violáceas. IMC: 31 kg/m<sup>2</sup>. PA = 150x90 mmHg. Exames laboratoriais: Cortisol após 1mg de dexametasona = 4,5 mcg/dL; Cortisol livre urinário em duas amostras = 510 e 450 (VR 20 a 110 mcg/24h); ACTH = 42 (VR < 45 pg/mL); Prolactina e função tireoidiana normais. RM de sela túrcica mostrou adenoma de 0,4cm e TC de adrenais mostrou aumento de adrenais com nódulo de 1 cm em adrenal direita. Qual a melhor conduta a ser realizada?

- A) Adrenalectomia direita seguida de reposição de glicocorticoide e mineralocorticoide.  
 B) Ressecção da lesão hipofisária.  
 C) Cateterismo dos seios petrosos com dosagem de ACTH pré e pós-administração do CRH.  
 D) Iniciar tratamento com octreotida LAR 30mg.

**Questão 54**

A Síndrome de Cushing se apresenta como um desafio diagnóstico, sendo geralmente necessária a utilização de mais de um método laboratorial. Sobre a dosagem do cortisol salivar noturno, em que mecanismo o exame se fundamenta?

- A) O ACTH exógeno eleva o cortisol noturno, especialmente o salivar.  
 B) A produção aumentada de saliva é responsável pelo aumento do cortisol nesse exame.  
 C) A perda da capacidade supressora do cortisol salivar pela utilização de dexametasona.  
 D) A perda do ritmo circadiano com elevação do cortisol em períodos esperados de nadir.

**Questão 55**

Adolescente do sexo masculino, 14 anos, apresenta-se com -3,2 DP de estatura, pré-púbere e quadro de poliúria e polidipsia. A investigação complementar confirmou deficiências de GH, gonadotrofinas e TSH e diabetes insipidus. RM de sela túrcica evidenciou extensa lesão suprasselar, mista sólido-cística, com calcificações grosseiras e dilatação ventricular. Com relação a essa doença, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) O tumor não responde aos análogos de somatostatina nem aos agonistas dopaminérgicos.  
 B) Obesidade hipotalâmica é uma complicação comum da doença e/ou do seu tratamento.  
 C) Ressecção cirúrgica completa é frequente e associada a baixa morbidade.  
 D) Injeção de bleomicina intratumoral tem sido usada como alternativa terapêutica.

**Questão 56**

Qual das afirmações abaixo relacionadas à vitamina D está **INCORRETA**?

- A) Seu precursor na epiderme é o 7-deidrocolesterol, que, sob a ação dos raios ultravioleta B (UVB), transforma-se na pré-vitamina D.  
 B) O calcitriol é sua forma ativa e pertence à superfamília de hormônios esteroides.  
 C) Sua ação sobre a transcrição gênica depende da formação de heterodímeros com o receptor do ácido retinoico.  
 D) O colecalciferol ou vitamina D<sub>2</sub> é de origem vegetal, enquanto que o ergocalciferol ou vitamina D<sub>3</sub> tem origem animal.

**Questão 57**

Homem, 57 anos, é admitido no Pronto Socorro com quadro de confusão mental, emagrecido e bastante desidratado. Segundo acompanhante, ele apresentou perda de peso com inapetência, náuseas e vômitos. Nos exames laboratoriais solicitados constatou-se uma calcemia de 15,6 mg/dL (VR 8,8 a 10,2 mg/dL), PTH de 390 pg/mL (VR 10 a 65 pg/mL), fósforo de 1,6 mg/dL (VR: 2,5 a 4,5 mg/dL) e *clearance* de creatinina de 58 mL/min. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hipercalcemia associada a malignidade.  
 B) Hiperparatiroidismo primário.  
 C) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.  
 D) Osteomalácia oncogênica.

**Questão 58**

A Osteodistrofia de Albright, caracterizada por baixa estatura, braquidactilia por encurtamento de metacarpos, obesidade central e déficit cognitivo, faz parte de qual dos quadros abaixo?

- A) Hipoparatiroidismo neonatal.
- B) Hiperparatiroidismo familiar benigno.
- C) Síndrome osteoporose-pseudoglioma.
- D) Pseudo-hipoparatiroidismo tipo 1.

**Questão 59**

Sobre a teriparatida, assinale a **CORRETA**:

- A) A teriparatida é a porção C-terminal (aminoácidos 50-84) do PTH, sintetizada por DNA recombinante e tem a mesma afinidade que o PTH pelo seu receptor.
- B) Na presença de insuficiência hepática ou renal não há necessidade de correção de dose da teriparatida, que é de 20 mcg por dia por 48 meses, podendo ser prolongada por mais tempo.
- C) A presença de T-Score < -2,5 DP com uma fratura durante o uso de agentes antirreabsortivos ou a intolerância a bisfosfonatos são indicações de teriparatida.
- D) Doença de Paget, tumores ósseos e elevação inexplicada da fosfatase alcalina são contra-indicações para uso da teriparatida.

**Questão 60**

Homem, 61 anos, vem à consulta com preocupação sobre possível osteoporose. Nega história familiar de doença óssea, não é fumante e é fisicamente bastante ativo. Consome no máximo 2 doses de álcool por semana. Sofreu uma fratura, em tibia, há 10 anos, jogando futebol. Nega perda de estatura e dores ósseas. Tem libido preservada, sem disfunção erétil. Não notou rarefação da barba ou pelos corporais. Ao exame, IMC 24 kg/m<sup>2</sup>, boa massa muscular, força, equilíbrio, marcha e distribuição de pelos normais e exame da genitália sem particularidades. Com base nestas informações, qual seria a conduta apropriada?

- A) Solicitar uma densitometria óssea por DEXA para afastar osteopenia relacionada à idade.
- B) Solicitar uma triagem ósteo-metabólica, incluindo paratormônio, cálcio, fósforo e osteocalcina.
- C) Orientar o paciente que não é necessário avaliar osteoporose neste momento.
- D) Solicitar radiografia simples da tibia fraturada no passado.

**Questão 61**

Sobre osteoporose induzida por glicocorticoides, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Na sua fisiopatologia acomete tanto osso cortical como trabecular, com comprometimento maior do primeiro.
- B) O glicocorticoide não interfere nos osteoblastos, agindo mais nos osteoclastos, aumentando a reabsorção óssea.
- C) Bisfosfonatos, teriparatida e raloxifeno são as medicações aprovadas para tratamento da osteoporose induzida por glicocorticoide.
- D) A perda óssea é bifásica, sendo maior no primeiro ano, seguindo uma perda mais lenta nos anos subsequentes.

**Questão 62**

Mulher, 43 anos, era totalmente saudável até 3 anos atrás, quando começou com dores inicialmente nos pés, que se disseminaram pelo corpo. Há 1 ano passou a andar somente com apoio e há 2 meses está em cadeira de rodas. Exames complementares: fósforo 1,3 (VR 2,5 a 4,5 mg/dL), fosfatase alcalina 280 (VR 30 a 70 UI/L). Cálcio, PTH e creatinina estavam normais. Radiografia de coluna com múltiplas fraturas vertebrais. Frente a este quadro, o diagnóstico mais provável dentre os abaixo seria:

- A) Osteomalácia oncogênica, provocada por tumores mesenquimais produtores de FGF-23.
- B) Pseudohiperparatiroidismo, provocado por resistência ao hormônio da paratireoide.
- C) Osteoporose secundária a excesso de glicocorticoides endógenos (Cushing).
- D) Osteodistrofia renal produtora de fosfatoninas.

**Questão 63**

Assinale dentre os pacientes abaixo, aderentes ao tratamento por dois anos, qual preenche critério de falência ao tratamento da osteoporose?

- A) Mulher, 62 anos, que apresentou uma fratura de colo de fêmur em tratamento com alendronato.
- B) Homem, 67 anos, com piora de 5% na densidade do fêmur total e telopeptídeo C-terminal do colágeno tipo 1 (CTX) elevado em uso do risedronato.
- C) Mulher, com osteoporose pós-menopausa, com piora de 3% na densidade de coluna lombar em uso de ácido zoledrônico.
- D) Homem com osteoporose, pro-peptídeo N-terminal do colágeno tipo 1 (P1NP) elevado em uso de ibandronato e fratura no pé durante jogo de futebol.

**Questão 64**

Sobre avaliação e tratamento da hipocalcemia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) O sinal de Chvostek consiste em percutir a região zigomática na emergência do nervo facial, causando contração dos músculos perilabiais ipsilaterais.
- B) O tratamento venoso com gluconato de cálcio 10% só está indicado quando a calcemia está abaixo de 6,5 mg/dL na presença de sintomas.
- C) Grande parte do cálcio circulante está ligada à albumina, sendo necessário corrigi-lo através da fórmula: Ca corrigido (mg/dL) = 0,8 x [(4 - albumina plasmática (g/dL)) + cálcio total (mg/dL)].
- D) A hipocalcemia hipercalemiúrica familiar decorre de mutação no sensor de cálcio e pode cursar com nefrolitíase.

**Questão 65**

Criança, 4 anos, vem para consulta com história de duas fraturas decorrentes de traumas mínimos. Ao exame físico, apresenta esclera azulada. Sobre a mais provável hipótese diagnóstica, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) Na classificação desta doença, há aumento progressivo da gravidade, sendo o tipo I o mais comum e com quadro clínico mais brando e o tipo V cursa com morte neonatal.  
 B) O tipo I é a mais comum e leva a fraturas na infância, mas não leva a deformidades, nem perda de estatura importante, com estrutura normal do colágeno, mas em menor quantidade.  
 C) O tipo IV (de gravidade intermediária) leva a fraturas comuns na infância, com deformidade torácica e redução de estatura, com má formação do colágeno.  
 D) Nos tipos I, II e III a esclera pode ser azulada, arroxeadada ou acinzentada.

**Questão 66**

A puberdade é um período marcado por mudanças na composição corporal e pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários. Em relação a esta fase, é **CORRETO** afirmar que:

- A) O primeiro sinal de início puberal em meninos é o estirão de crescimento; já em meninas o primeiro evento é o aparecimento da telarca.  
 B) O aumento das gonadotrofinas e da prolactina é responsável pelo estímulo gonadal necessário para a produção de esteroides sexuais durante a puberdade.  
 C) Considera-se que o desenvolvimento puberal normal se inicia após os 8 anos de idade para meninas e após os 9 anos para meninos.  
 D) Em meninas normais, a ordem de surgimento dos eventos durante a puberdade é a seguinte: telarca, pubarca, menarca e estirão puberal.

**Questão 67**

Menino, 14 anos, peso no 95º percentil, estatura no 5º percentil, estatura alvo no 50º percentil, estágio puberal de Tanner: P2 G1. Escolha a alternativa **CORRETA** em relação à investigação e ao diagnóstico desse paciente:

- A) Se a idade óssea estiver atrasada, confirma-se o diagnóstico de retardo constitucional do crescimento e da puberdade.  
 B) Se a função tireoidiana estiver normal, trata-se de atraso puberal devido à obesidade por provável erro alimentar.  
 C) É necessário investigar hipotireoidismo, hipercortisolismo, hipogonadismo e deficiência de hormônio de crescimento.  
 D) É necessário investigar hiperprolactinemia, hipogonadismo e diabetes para fazer o diagnóstico etiológico.

**Questão 68**

Em relação à ginecomastia, é **INCORRETO** afirmar:

- A) É considerada fisiológica em recém-nascidos e durante a puberdade, quando geralmente é transitória.  
 B) Em meninos pré-púberes é geralmente patológica.  
 C) Pode estar associada ao uso crônico de inibidores da aromatase, cimetidina e digoxina.  
 D) Pode ocorrer em cerca de metade dos indivíduos com Síndrome de Klinefelter sem mosaïcismo.

**Questão 69**

Sobre a diferenciação sexual, assinale a **INCORRETA**:

- A) Após a 6ª semana pós-concepção, a ativação do WNT4 e RSPO1 na gônada bipotencial promove a determinação de testículos, enquanto SRY e SOX9 sinalizam a diferenciação de ovários;  
 B) Anomalias da diferenciação sexual (ADS) são condições congênitas nas quais o sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico;  
 C) Na ADS ovotesticular (ovotestis), ocorre ambiguidade sexual e tecido gonadal de ambos os sexos, podendo haver a combinação de tecido testicular e ovariano nas duas gônadas ou a presença de testículo de um lado e ovário do outro;  
 D) O cariótipo na ADS ovotesticular (ovotestis) pode ser 46,XX; 46,XY ou mosaico de 46,XX/46,XY.

**Questão 70**

Considerando as doenças osteometabólicas que ocorrem na infância e na adolescência, escolha a alternativa **CORRETA**.

- A) Em crianças com raquitismo hipofosfatêmico, a dose de fosfato deve ser aumentada até que valores normais de fosfatemia sejam atingidos, a despeito de outros parâmetros laboratoriais.  
 B) Pacientes com mutação ativadora do receptor sensor de cálcio apresentam hipocalcemia, hipercalcúria e concentrações séricas inapropriadamente normais de PTH.  
 C) Pacientes com osteoporose idiopática juvenil apresentam baixa massa óssea, fraturas frequentes em ossos longos e ausência de comprometimento da coluna.  
 D) Crianças com formas graves de raquitismo hipofosfatêmico e de *osteogenesis imperfecta* devem ser tratadas com cálcio, vitamina D e bisfosfonatos.

**Questão 71**

Menina, branca, 5 anos de idade cronológica, com história de telarca há 6 meses. A estatura alvo está no 25º percentil. Exame físico: peso no 50º percentil; estatura no 75º percentil; estágio puberal de Tanner: M3 P1. Qual conjunto de exames está indicado para essa paciente?

- A) Dosagem de LH, FSH, estradiol e prolactina; solicitar idade óssea, US pélvica e RM de sela túrcica.  
 B) Dosagem de LH, FSH, 17-alfa-OH-progesterona e estradiol; solicitar idade óssea, US pélvica e RM de hipófise.  
 C) Dosagem de gonadotrofinas e estradiol; solicitar idade óssea, US pélvica e RM de sela túrcica.  
 D) Dosagem de gonadotrofinas, estradiol e prolactina; solicitar idade óssea, US ou TC de adrenais e RM de sela túrcica.

**Questão 72**

Qual das alternativas abaixo possui sinais clínicos sugestivos de deficiência de hormônio de crescimento no período neonatal?

- A) Hipoglicemia, icterícia prolongada e micropênis.  
 B) Linfedema, hipoglicemia e história de parto traumático.  
 C) Defeitos de linha média, hipocalcemia e hepatomegalia.  
 D) Linfedema, hipoglicemia e consanguinidade.



**Questão 73**

Assinale a alternativa que **NÃO** contém uma posologia indicada de agonista de GnRH para tratamento de puberdade precoce:

- A) Triptorrelina 3,75 mg IM 1 vez por mês.
- B) Acetato de leuprolida 3,75 mg IM 1 vez por mês.
- C) Triptorrelina 11,25 mg IM 1 vez a cada 3 meses.
- D) Acetato de goserrelina 3,6 mg IM, 1 vez a cada 3 meses.

**Questão 74**

Menina, 2 anos de idade, branca e com história de telarca há 6 meses. Ao exame: mancha "café com leite" em tórax, peso no 25º percentil, estatura no 90º percentil (estatura alvo no 50º percentil), estágio puberal de Tanner: M3 P2, sem hipertrofia de clitóris. Nega uso de medicações. Exames: LH <0,1 mUI/mL, FSH <0,1 mUI/mL, estradiol 75 (VR <43 pg/mL); idade óssea de 5 anos.

- A) Trata-se de puberdade precoce periférica e a investigação deve ser complementada com US pélvica.
- B) Trata-se de puberdade precoce periférica e a investigação deve ser complementada com RM de sela túrcica.
- C) Trata-se de puberdade precoce periférica e a investigação deve ser complementada com dosagem de 17-alfa-OH-progesterona.
- D) Os dados não permitem diferenciar entre puberdade precoce central e periférica.

**Questão 75**

Em uma criança de 7 anos com síndrome de Turner, qual dentre os exames abaixo auxiliaria na avaliação de uma possível puberdade espontânea e fertilidade futura?

- A) Cariótipo com bandeamento G.
- B) Dosagem de FSH e LH.
- C) Dosagem de estriol.
- D) Dosagem do hormônio Anti-Mülleriano.

**Questão 76**

Mulher, 52 anos, queixa-se de fogachos intensos e diários, mas informa que não deseja fazer terapia de reposição hormonal da menopausa. Qual das opções abaixo **NÃO** estaria indicada?

- A) Agonistas de receptores alfa-2 adrenérgicos.
- B) Gabapentina.
- C) Antidepressivos serotoninérgicos e noradrenérgicos.
- D) Modulador seletivo dos receptores de estrogênio (raloxifeno).

**Questão 77**

Em atendimento a uma paciente de 20 anos, com queixa de amenorreia primária, durante o exame físico, você suspeitou que a mesma pudesse ser portadora de uma cromossomopatia. Analise as assertivas abaixo e escolha a opção que relaciona o sinal/sintoma encontrado com a provável cromossomopatia.

- A) Presença de mamas desenvolvidas (estágio M4 de Tanner), o que é sugestivo de síndrome de resistência androgênica.
- B) Presença de cúbito valgo e baixa implantação de orelhas e cabelo, o que é sugestivo de síndrome de Turner.
- C) Presença de estatura acima da média e pescoço alado, o que é sugestivo de Síndrome de Turner.
- D) Ausência de pelos pubianos e axilares, mamas desenvolvidas (M4 de Tanner), associada à anosmia, o que é sugestivo de síndrome de Kalmann.

**Questão 78**

Mulher, 30 anos, casada, usou anovulatório dos 17 aos 21 anos; gravidez de termo e parto normal aos 22 anos. Teve linfoma de Hodgkin aos 24 anos, tratado com quimioterapia e radioterapia de tórax e abdome. Recebeu alta da hematologia e nunca mais foi a um médico e refere amenorreia desde então. Queixa-se de fogachos, dispareunia, pouca libido, fadiga, dores articulares, e "depressão e desânimo". Há 6 meses recebeu diagnóstico de osteoporose e iniciou cálcio, vitamina D e alendronato, sendo orientada a procurar endocrinologista, pois deseja voltar a menstruar.

Avó materna com câncer de endométrio aos 82 anos. Mãe e irmã com hipotireoidismo.

Ao exame, PA: 120x70 mmHg; IMC = 23,4 kg/m<sup>2</sup>.

Exames: FSH = 54 mUI/mL, E2 = 10 pg/mL. Prolactina, testosterona, SDHEA, TSH e hemograma normais.

Mamografia: Birads 1; US mamas: Mamas lipossustituídas.

US transvaginal: Volume uterino = 28 cm<sup>3</sup>; eco endometrial = atrofico; ovários não visualizados.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O uso do raloxifeno seria eficaz para todas as manifestações apresentadas por esta paciente.
- B) A tibolona é a droga de primeira escolha para atender às necessidades desta paciente.
- C) A administração cíclica de estradiol, associado ao levonorgestrel ou à noretisterona, atenderia às necessidades desta paciente.
- D) Esta paciente teve um linfoma, amenorreia pós-tratamento de doença neoplásica e história familiar de câncer de endométrio, logo, está contraindicada a terapia hormonal da menopausa.

**Questão 79**

Hipogonadismo masculino é uma das complicações do uso de esteroides anabolizantes com fins estéticos ou para melhorar o desempenho no esporte. Sobre este assunto, qual grupo de medicamentos tem melhor evidência científica para ser usado no tratamento do hipogonadismo masculino com preservação da fertilidade?

- A) Testosterona (gel), clomifeno, tribulus terrestres.
- B) Raloxifeno, gonadotrofina coriônica humana, progesterona (gel).
- C) Anastrozol, tamoxifeno, di-hidro testosterona (gel).
- D) Gonadotrofina coriônica humana, clomifeno, FSH recombinante.

**Questão 80**

Mulher, 24 anos, apresenta irregularidade menstrual com períodos de amenorreia. Tem vida sexual ativa e não deseja engravidar. Utilizou contraceptivo oral contendo 20 mcg de etinilestradiol e 3mg de drospirona, porém há cerca de 2 anos apresentou trombose venosa profunda. Qual é a melhor opção terapêutica para esta paciente?

- A) Algestona / enantato de estradiol – Intramuscular.
- B) Etinilestradiol / norelgestromina – Transdérmico.
- C) Contraceptivo de progestagênio isolado – Oral.
- D) Etonogestrel / etinilestradiol – Anel Vaginal.

**Questão 81**

Mulher, 32 anos, queixa-se de mastalgia, sensação de “inchaço”, mudança de humor importante, com irritabilidade, choro fácil, tendência a isolamento, aumento de consumo de carboidratos, de forma cíclica mensal com desaparecimento total dos sintomas após a menstruação. Refere que isso atrapalha seu convívio social, em especial com sua família. Paciente foi avaliada pelo endocrinologista que optou inicialmente pelo contraceptivo oral, de forma contínua. Paciente retorna após 3 meses tendo havido uma melhora apenas do edema e mastalgia. Parecer psiquiátrico sugeriu o diagnóstico de Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM). A melhor conduta terapêutica neste momento é:

- A) Benzodiazepínicos.
- B) Inibidores seletivos de recaptção da serotonina.
- C) Sibutramina.
- D) Progesterona oral micronizada – 14° ao 25° dia do ciclo menstrual.

**Questão 82**

Sobre a síndrome dos ovários policísticos (SOP) assinale a alternativa **ERRADA**:

- A) A etiopatogenia permanece pouco conhecida, mas estudos têm demonstrado ser poligênica e multifatorial.
- B) O diagnóstico é simples, não havendo necessidade da realização de exames laboratoriais.
- C) Tem relação estreita com resistência insulínica e o uso de metformina está autorizado na presença das complicações metabólicas da doença.
- D) O hormônio Anti-Mülleriano tem correlação positiva com número de folículos ovarianos pré-antrais, e poderia auxiliar no diagnóstico.

**Questão 83**

Em qual das situações abaixo a metformina **NÃO** é uma boa opção em uma paciente com síndrome dos ovários policísticos?

- A) Na presença de diabetes mellitus ou intolerância glicídica.
- B) Na falência de modificações no estilo de vida da paciente.
- C) Para melhorar manifestações cutâneas da doença (acne e hirsutismo).
- D) Na presença de irregularidade menstrual quando o contraceptivo oral não é tolerado.

**Questão 84**

Homem, 54 anos, refere diminuição de libido. Traz dosagem matinal e em jejum, de testosterona diminuída, confirmada em uma segunda coleta. Outros exames: hematócrito 53%, glicemia 103 mg/dL, PSA 5,2 ng/mL (era 5,0 ng/mL há 3 meses), polissonografia compatível com apneia do sono, colesterol total 205 mg/dL, HDL 32 mg/dL, trigliceridemia 360 mg/dL. Ele leu na internet e quer fazer reposição de testosterona. Qual das afirmativas abaixo é **CORRETA** em relação a este paciente?

- A) Devido à hipertrigliceridemia e HDL baixo, o paciente não deve fazer reposição.
- B) Valores de hematócrito acima de 50% contraindicam o início da reposição.
- C) A elevação do PSA não contraindica a reposição, já que ele está estável.
- D) O paciente apresentará melhora da apneia do sono com a reposição.

**Questão 85**

Homem, 25 anos, queixa-se de disfunção erétil e redução da frequência do barbear com rarefação pilosa. Puberdade foi normal. Ao exame: peso 65 kg; estatura 172 cm; envergadura 167 cm. Ginecomastia bilateral M2. Estadio puberal de Tanner: P5 G5. Testículos firmes, com 3 mL. Realizou exames: testosterona = 90 (VR: 260-1500 ng/dL), FSH = 30 (VR 1,2-19,0 mUI/mL) LH = 35 (VR 1,2-8,6 mUI/mL). Estradiol = 32 (VR < 40 pg/mL). Espermograma: azoospermia. Quanto à provável patologia desse paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) O paciente é portador de hipogonadismo hipogonadotrófico e deve ser feita reposição de testosterona.
- B) O mais provável cariótipo desse paciente é 46 XXY
- C) Ao fazer a reposição de testosterona, a sua fertilidade será restaurada definitivamente.
- D) Apresenta maior incidência de osteoporose, intolerância à glicose e diabetes.

**Questão 86**

Qual dos pacientes abaixo **NÃO** teria indicação de investigar hipertensão endócrina?

- A) Homem, 45 anos, hipertenso há 2 anos, obeso e diabético.
- B) Homem, 35 anos, com história de hipertensão paroxística, com cefaleia, sudorese e palpitações.
- C) Homem, 48 anos, hipertenso há 10 anos, com hipocalcemia.
- D) Homem, 46 anos, em uso de 3 anti-hipertensivos em dose máxima e com PA 180 x 110 mmHg.

**Questão 87**

Sobre a insuficiência adrenal, assinale a **CORRETA**:

- A) A causa mais comum da forma secundária no adulto é iatrogênica pelo uso de cetoconazol e fenobarbital.
- B) A causa mais comum da forma primária neonatal é hiperplasia adrenal congênita.
- C) Perda de peso, astenia e hiperpigmentação cutânea sugerem etiologia central da insuficiência adrenal.
- D) Infecções como tuberculose e paracoccidiodomicose são causas comuns da forma secundária.

**Questão 88**

Das situações abaixo, qual deveria fazer o médico a suspeitar de feocromocitoma com a maior probabilidade?

- A) Mulher, 75 anos, hipertensa desde a menopausa, com história familiar de hipertensão, usando captopril 50 mg, 2 vezes ao dia e atenolol 50 mg por dia, PA atual 170 x 60 mmHg.
- B) Homem, 27 anos, diagnóstico de “síndrome de pânico”, hipertenso desde os 22 anos de idade, usando doses máximas de enalapril, amlodipino e hidroclorotiazida, com creatinina e potássio normais, recentemente atendido em emergência com PA 210 x 140 mmHg.
- C) Homem, 50 anos, com diabetes do tipo 2, angina estável desde os 47 anos, bócio, hipertensão mal controlada com doses máximas de 3 drogas, mantendo cifras de 174 x 105 mmHg, e sopro abdominal.
- D) Mulher, 52 anos de idade, hipertensa desde os 40 anos, controlada com hidroclorotiazida 12,5 mg por dia. Menopausa há 6 meses. Há 5 meses, crises de sudorese e “calores”. Numa das crises, PA 140 x 87 mmHg. Na consulta, PA 125 x 82 mmHg, sem hipertensão postural.

**Questão 89**

Na avaliação do incidentaloma adrenal, dentre as possibilidades de secreção subclínica a serem identificadas, é **CORRETO** afirmar:

- A) Se o incidentaloma for maior que 2 cm, o mais comum é ser secretor de andrógenos.
- B) Hiper cortisolismo subclínico é a principal manifestação hormonal nos incidentalomas adrenais.
- C) Há necessidade de avaliar anualmente a imagem adrenal por tomografia, independente das características iniciais, devido ao risco de malignidade.
- D) O maior risco de secreção hormonal em um incidentaloma é a secreção subclínica de aldosterona, e com isso, presença de quadros leves de hipertensão.

**Questão 90**

Quais das síndromes abaixo estão associadas a uma maior predisposição para o desenvolvimento de carcinoma adrenocortical?

- A) Neoplasia endócrina múltipla 2A e doença de Von Hippel Lindau.
- B) Síndrome de Li Fraumeni e síndrome de Beckwith-Wiedmann.
- C) Síndrome de Lynch e doença de Von Hippel Lindau.
- D) Síndrome de Beckwith-Wiedmann e neurofibromatose.

**Questão 91**

Assinale a **CORRETA**, em relação ao tratamento da hiperplasia adrenal congênita (HAC), em adultos:

- A) Existe indicação indiscutível para usar dexametasona em grávidas portadoras de HAC, evitando assim a masculinizar feto feminino.
- B) Geralmente homens adultos somente são tratados com glicocorticoides se portadores da forma perdedora de sal e casos graves da virilizante simples.
- C) Dosagem de 17-alfa-OH-progesterona basal superior a 300 mcg/dL faz o diagnóstico da forma não-clássica.
- D) Aparecimento de restos adrenais testiculares é muito frequente e pode levar à infertilidade.

**Questão 92**

Na deficiência da 11-beta-hidroxilase (CYP11B1), é **CORRETO** afirmar que:

- A) As meninas apresentam-se com quadro de hipertensão arterial associado à pseudopuberdade precoce isossexual.
- B) Os meninos apresentam-se normotensos, hipocalêmicos e com atraso puberal.
- C) Em ambos os sexos, pode se encontrar normo ou hipertensão e normo ou hipocalemia.
- D) O excesso de aldosterona é o principal responsável pelo aparecimento da hipertensão que, frequentemente só aparece após a idade puberal.

**Questão 93**

A deficiência de 17-alfa-hidroxilase (D17OH), sempre referida como rara na literatura mundial, é considerada o segundo tipo mais comum de hiperplasia adrenal congênita no Brasil. No entanto, muitos casos ainda parecem subdiagnosticados em nosso meio. Dentre os achados clínicos e laboratoriais que estão presentes na D17OH, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Hipotensão arterial com hipercalemia.
- B) Níveis elevados de progesterona.
- C) Hipogonadismo hipogonadotrófico.
- D) Virilização.

**Questão 94**

Sobre o diagnóstico do hiperaldosteronismo primário (HP), é **CORRETO** afirmar:

- A) Pode-se utilizar tanto a renina plasmática como a atividade plasmática de renina para calcular a razão aldosterona/renina, ajustados os valores de corte.
- B) A razão aldosterona/renina deve ser colhida no horário da noite, para se evitar a elevação matinal fisiológica do ACTH e, com isso, falsos positivos.
- C) O potássio sérico é um ótimo exame de triagem, já que a hipocalemia é um sinal comum e precoce de HP.
- D) Por serem frequentes tumores maiores que 2 cm, a US abdominal é bastante útil para rastrear o aldosteronoma.

**Questão 95**

John F. Kennedy foi diagnosticado com doença de Addison em 1940 e, em 1955 foi diagnosticado com hipotireoidismo primário. A sua irmã Eunice também tinha doença de Addison e o seu filho John F. Kennedy Jr. tinha hipertireoidismo.

Em relação à provável síndrome poliglandular autoimune (SPA) do ex-presidente Kennedy e sua família, é **CORRETO** afirmar:

- A) Kennedy era portador de SPA tipo 2 que consiste na associação de doença de Addison com doença tireoidiana autoimune e/ou diabetes mellitus tipo 1.
- B) Kennedy devia ter também hipoparatiroidismo, pois é a primeira manifestação na SPA tipo 1, seguida de insuficiência adrenal com ou sem candidíase mucocutânea.
- C) Kennedy Junior apresenta doença de Graves com história familiar de Addison o que configura quadro clínico de síndrome de Carpenter ou SPA tipo 4.
- D) Kennedy provavelmente apresentava anticorpo anti-interferon positivo e mutação no gene AIRE.

**Questão 96**

Qual das alternativas abaixo apresenta a sequência **CORRETA** de eventos na célula beta pancreática?

- 1) Abertura do canais de cálcio voltagem dependentes
- 2) Transporte da glicose pelo GLUT2
- 3) Fechamento dos canais de potássio voltagem dependentes
- 4) Liberação de insulina
- 5) Ativação da Glicoquinase

- A) 1, 3, 5, 2, 4
- B) 2, 5, 1, 3, 4
- C) 5, 2, 1, 3, 4
- D) 2, 5, 3, 1, 4

**Questão 97**

Sobre fisiologia e mecanismos de ação hormonal, é **CORRETO** afirmar:

- A) Hormônios de origem proteica podem ser administrados por via oral e precisam de proteínas ligadoras para ser transportados no sangue para manter a solubilidade.
- B) O GH e a prolactina agem em receptores de membrana do tipo citosina e a sua via intracelular JAK/STAT é inibida pelas proteínas SOCS.
- C) Glicocorticoides ligados à globulina ligadora de corticosteroides (CBG) se ligam a receptores tirosina quinase transmembrana estimulando a via intracelular da PI3K.
- D) FSH, LH e TSH são hormônios glicoproteicos que se ligam às regiões "dedos de zinco" localizadas na região intracelular de receptores sete-domínios transmembrana.

**Questão 98**

Qual dos efeitos abaixo no metabolismo é um efeito que pode ser tanto da insulina como dos hormônios tireoidianos?

- A) Aumento da síntese de glicogênio pelo fígado (glicogenogênese).
- B) Aumento da captação de glicose pelos miócitos.
- C) Aumento da lipogênese, de modo a aumentar o armazenamento de ácidos graxos livres no tecido adiposo.
- D) Aumento do armazenamento de glicogênio nas células musculares.

**Questão 99**

Sobre os efeitos dos hormônios tireoidianos na periferia, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Na placenta, a Deiodinase tipo 3 é importante para proteger o feto de situações de falta de hormônios tireoidianos, já que ela ativa o T4 através da retirada de um iodo.
- B) No cérebro e hipófise, a Deiodinase tipo 1 tem importante função na regulação do feedback, já que ela inativa o T4 e T3, permitindo o aumento da secreção de TRH e TSH.
- C) O T3 é formado no músculo através da ação da Deiodinase Tipo 2, que atua retirando um Iodo do T4.
- D) O T3 age através de sua ligação a receptores localizados no núcleo da célula, de forma semelhante à ligação do TSH e da insulina.

**Questão 100**

Sobre a lipoproteína (a) escolha a opção que indica apenas afirmativas **CORRETAS**:

- I – Sua estrutura é semelhante a da molécula do LDL colesterol, incluindo a presença de uma Apolipoproteína B. A diferença é a incorporação de uma apolipoproteína (a).
- II – Apresenta marcante homologia com o plasminogênio, com sequência de aminoácidos que coincidem em mais de 90%.
- III – É sintetizada principalmente no tecido adiposo e vem sendo apontada como um dos marcadores de elevado risco cardiovascular.
- IV – Tem seus níveis diminuídos tanto pela terapia com estatinas como inibidores da PCSK9.

- A) I, II e III  
 B) I e II  
 C) I, III e IV  
 D) Apenas I

**BOA SORTE!**

(Sorte é o encontro do preparo com a oportunidade)