

## Questões do TEEM 2009 – 26 a 50

**26- O DCCT comparou a insulinização intensiva (II) com a insulinização convencional (IC), e é considerado um marco na história do DM1. Sobre seus resultados, é INCORRETO afirmar que:**

- a) A II permite maior flexibilidade de alimentação e atividade física.
- b) No grupo II, houve redução de complicações crônicas (retinopatia, nefropatia neuropatia) e agudas (hipoglicemia e CAD).
- c) A diferença da HbA1c entre os grupos foi de aproximadamente 2%.
- d) A II esteve associada a maior ganho ponderal.
- e) A complicação crônica mais afetada pela II foi a retinopatia, com aproximadamente 63% de redução.

**27- Em relação o uso de insulina “bolus” no DM1, assinale a CORRETA:**

- a) Do ponto de vista da variação da glicemia, o melhor momento para a aplicação das insulinas ultra-rápidas é imediatamente após a refeição.
- b) A nova Insulina Glulisina tem perfil farmacocinético com pico mais precoce que a Lispro e duração mais prolongada que a Aspart.
- c) Para melhorar a aceitação, melhorar ajuste de doses de bolus, e evitar erros na preparação pode-se utilizar o esquema com insulinas pré-misturadas (70/30; 80/20).
- d) Os análogos ultra-rápidos estão associados a menos hiperglicemia no pós prandial imediato e menos hipoglicemia no pós prandial tardio que a regular.
- e) A troca da Insulina Regular por análogo de ação ultra-rápida deve ser acompanhada de aumento médio da dose de aproximadamente 15%.

**28- Em relação ao sistema de infusão contínuo de insulina (SIC – bomba de infusão de insulina), assinale a CORRETA:**

- a) SIC não deve ser utilizada em pacientes com o chamado “brittle diabetes” (diabetes instável).
- b) Alguns tipos de SIC no Brasil já estão acoplados a sensores de glicose e liberam insulina automaticamente, de forma mais precisa.
- c) O cálculo de bolus para carboidratos e índice de sensibilidade, incluídos em alguns tipos de SIC, devem ser utilizados juntamente com os sensores de glicemia em tempo real.
- d) O SIC é contra-indicado para recém-nascidos com DM.
- e) A variação no número de “bolus” durante o tratamento interfere diretamente no controle, mesmo que o paciente utilize SIC.

**29- O estudo DAWN Youth, realizado internacionalmente, inclusive no Brasil, avaliou os aspectos psicossociais dos pacientes portadores de diabetes.**

**Dentre os seus resultados podemos destacar, EXCETO:**

- a) Discriminação dos indivíduos por causa do diabetes no Brasil é a mais alta dos países estudados.
- b) Os jovens com diabetes no Brasil faltam mais à escola por causa do diabetes que em outros países.
- c) As escolas estão despreparadas para receber alunos com diabetes, internacionalmente.
- d) Os aspectos psicossociais devem ser quantificados através de questionários, para melhor compreensão evolutiva do impacto do diabetes sobre o paciente.
- e) Os pais de pacientes com DM1 no Brasil são mais preocupados com complicações crônicas que em outros países.

**30- Em relação ao glucagon podemos afirmar, EXCETO:**

- a) Deriva do proglucagon, que também origina o GLP-1
- b) É responsável pelo fornecimento tissular de energia no período pós-absortivo
- c) Seus níveis portais estão reduzidos na cetoacidose diabética
- d) Seus níveis sistêmicos diminuem após as refeições
- e) Seus níveis portais diminuem com o uso de saxagliptina

**31- Quais os níveis de insulinemia a partir do qual considera-se hiperinsulinismo endógeno, na vigência de hipoglicemia (glicose plasmática < 50 mg/dl), quando determinado por técnicas ultrasensíveis (Ex.: quimioluminescência):**

- a) > 10 mcU/ml
- b) > 3 mcU/ml
- c) > 20 mcU/ml
- d) > 6 mcU/ml
- e) > 15 mcU/ml

**32- Em relação à síndrome coronariana aguda e DM2 qual a alternativa INCORRETA:**

- a) Há manutenção da função diastólica ventricular.
- b) A queda da função sistólica é, em geral, prolongada.
- c) A elevação dos ácidos graxos livres circulantes é marcante e contribui diretamente para o comprometimento miocárdico.
- d) A insulinização plena é, em geral, requerida.
- e) Uma estatina potente deve ser iniciada ainda na Unidade Coronária.

**33- São achados da lipodistrofia da AIDS, EXCETO:**

- a) Pseudohipertrofia muscular.
- b) Enoftalmia.
- c) Gibosidade.
- d) Lipomatose epidural.
- e) Diminuição da relação cintura/quadril.

**34- São características da cirurgia de Scopinaro, EXCETO:**

- a) Derivação biliopancreática.
- b) Reconstrução GI pela técnica de Y de Roux.
- c) Bolsa gástrica reduzida a 20ml.
- d) Bypass intestinal.
- e) Anastomose em íleo terminal.

**35- Podem ser utilizados no diagnóstico e tratamento de infecção em úlceras de pé diabético, EXCETO:**

- a) Sondagem óssea.
- b) Cintilografia óssea.
- c) Fator estimulante de colônias de granulócitos.
- d) Larvas de *Lucilia Sericata*.
- e) Hipoclorito de sódio.

**36- Sobre a retinopatia diabética é correto afirmar:**

- a) As IRMAs (anormalidades intra-retinianas) ocorrem na fase precoce.
- b) Na retinopatia proliferativa a pan-fotocoagulação com laser reduz em mais de 50% o risco de perda visual.
- c) O edema macular associa-se a mais de 80% de perda visual em 1 (um) ano.
- d) O UKPDS mostrou uma redução de até 15% na perda da acuidade visual nos pacientes com controle pressórico intensivo.
- e) Poucos agentes hipotensores têm efeito na progressão da doença.

**37- São achados da nefropatia diabética, EXCETO:**

- a) Expansão mesangial.
- b) Hipertensão transglomerular.
- c) Glomerulosclerose nodular e difusa.
- d) Adelgaçamento da membrana basal tubular.
- e) Hiperfiltração.

**38- Opacidade de córneas e anormalidades das amídalas pode estar associada à dislipidemia em que situação:**

- a) Deficiência de LCAT.
- b) Doença da Beta larga.
- c) Doença de Tangier.
- d) Apo B100 defeituosa familiar.
- e) Deficiência familiar de Apo CII.

**39- Obesidade, pigmentação avermelhada dos cabelos e deficiência de ACTH são características de:**

- a) Mutações no gene da leptina.
- b) Mutações no gene do MC4R.
- c) Deficiência de GLP-1.
- d) Mutações no gene da DPP-4.
- e) Deficiência de Oxitomodulina.

**40- São considerados novos marcadores para avaliação do risco cardiovascular, EXCETO:**

- a) Peptídeo atrial natriurético B
- b) Troponina I
- c) Vitamina E
- d) Vitamina D
- e) Homocisteína

**41- Os seguintes fatores podem implicar aumento da necessidade diária de L-tiroxina em mulheres com hipotireoidismo primário, EXCETO:**

- a) Gravidez
- b) Doenças intestinais inflamatórias
- c) Terapia crônica com sertralina, fenobarbital ou carbamazepina
- d) Terapia androgênica
- e) Cirrose hepática

**42- Mulher de 48 anos de idade, queixando-se de irritabilidade e insônia, apresenta-se com aumento da tiróide à custa do lobo direito (LD) – onde se palpa um nódulo de cerca de 1 cm, indolor. Há discreta retração palpebral bilateral, sem exoftalmia. Exames laboratoriais: TSH = 0,05 mIU/mL (VR: 0,3–5); T3 = 231 ng/dL (VR: 70–200); T4 livre = 2,1 ng/dL (VR: 0,7–1,8); captação do iodo radioativo (RAIU)/24 horas = 3% (VR:15–30%). A ultrassonografia mostrou nódulo sólido de 1,1 cm no LD. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?**

- a) Doença de Graves.
- b) Doença de Plummer.
- c) Tirotoxicose factícia por ingestão de T3.
- d) Tiroidite granulomatosa subaguda.
- e) Tiroidite linfocítica subaguda.

**43- Em um mulher de 28 anos, foram evidenciados os seguintes achados: TSH = 0,001 mUI/mL (VR: 0,3–5); T3 = 280 ng/dL (VR: 70–200); T4 livre = 0,37 ng/dL (VR: 0,7–1,8); captação do iodo radioativo/24 horas = 3% (VR:15–30%). A ultrassonografia tiroideana revelou nódulo misto de 0,3 cm no lobo direito. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?**

- a) T3 toxicose.
- b) Doença de Plummer.
- c) Tirotoxicose factícia por ingestão de T3.
- d) Tiroidite subaguda.
- e) Tirotoxicose induzida pela amiodarona.

**44- Mulher de 30 anos desenvolveu doença de Graves, tendo sido tratada com 15 mCi de <sup>131</sup>I. Seis meses após, submeteu-se à avaliação laboratorial que revelou T3 e T4 livre em níveis normais, com supressão do TSH (0,05 mUI/L [VR: 0,45–4,5]). Na ocasião, permanecia sem usar metimazol ou propiltiouracil (PTU). Ao exame físico, tireóide difusamente aumentada (+/2+); ritmo cardíaco regular, FC = 88 bpm. Sobre este caso podemos afirmar que:**

- a) A paciente está definitivamente curada do hipertireoidismo.
- b) Deve-se repetir o <sup>131</sup>I devido, sobretudo, ao risco aumentado para arritmias cardíacas.
- c) Deve-se iniciar metimazol ou propiltiouracil.
- d) Títulos elevados do TRAb implicam menor risco de recidiva da doença de Graves
- e) Acompanhar a paciente com avaliações periódicas da função tiroideana seria a conduta mais razoável.

**45- Em adolescente de 13 anos foram observadas as seguintes alterações laboratoriais: TSH = 14,2 mUI/L (VR: 0,45–4,5); T4 livre = 2,1 ng/dL (VR:0,7–1,5); T3 = 120 ng/dL (VR:72–214); anti-TPO = 20 UI/mL (VR:<35). Ao exame físico, evidenciou-se um discreto bócio difuso e taquicardia (FC=112 bpm). A ressonância magnética da hipófise foi normal. Qual a hipótese diagnóstica mais plausível?**

- a) Microadenoma hipofisário produtor de TSH .
- b) Síndrome de resistência aos hormônios tiroideanos.

- c) Produção excessiva de TBG.
- d) Síndrome de Pendred.
- e) Hipertiroxinemia disalbuminêmica familiar.

**46- Em relação ao seguimento do paciente com carcinoma diferenciado da tiróide:**

- a) a presença dos anticorpos anti-tireoglobulina e anti-peroxidase em valores decrescentes sugere boa evolução, independente do valor da Tireoglobulina
- b) grandes massas locoregionais ou volume tireoidiano remanescente com captação de radioiodo acima de 5 a 10% à Pesquisa de Corpo Inteiro pós tireoidectomia são melhores tratadas com grandes doses terapêuticas de I131
- c) a realização de PCI após a dose terapêutica de I131 é desnecessária já que não aumenta a sensibilidade de detectar metástases
- d) a PCI deve ser realizada anualmente em todos os pacientes independentemente do seu risco ou do valor de Tireoglobulina sob supressão ou estimulada por TSH
- e) valores de Tireoglobulina estimulada por TSH abaixo de 1 ng/dL permitem prescindir da PCI para seguimento de pacientes de baixo risco

**47- Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, três meses após o parto, ainda sem menstruações, apesar de não amamentar, queixa-se de perda de peso, sudorese intensa mesmo em temperaturas baixas, visão embaçada e edema peri-orbital. Apresenta bócio difuso homogêneo. A primeira suspeita diagnóstica é de hipertireoidismo da doença de Graves. Qual dos seguintes exames pode confirmar o diagnóstico e excluir tirotoxicose pós-parto.**

- a) Ultrassonografia e Doppler colorido da tiróide.
- b) TSH sérico de 1,34 mU/L (normal: 0.4-4,5 mU/L).
- c) T3 livre sérico de 9,5 pmol/L (normal: 2,5-5,1 pmol/L).
- d) Captação de 131-Iodeto de 24 horas: 36% (normal 24 horas: 24%).
- e) TRAb de 8 U/L (normal: 12 U/L).

**48- A idade óssea encontra-se mais atrasada no:**

- a) Hipoparatiroidismo
- b) Baixa estatura familiar
- c) Nanismo hipofisário
- d) Hipertireoidismo
- e) Cretinismo

**49- A etiologia de um bócio difuso congênito pode ser todas, EXCETO:**

- a) mutação ativadora do receptor do TSH.

- b) ingestão de iodo pela mãe
- c) mutação ativadora da proteína Gs em célula somática
- d) doença autoimune tireoideana materna
- e) defeito de síntese dos hormônios tireoideanos

**50- O melhor exame para diferenciar um bócio difuso por disormoniogênese da tireoidite autoimune é:**

- a) Pesquisa de anticorpo.
- b) Ultrassonografia.
- c) Teste do perclorato.
- d) Captação do iodo
- e) Mapeamento da tireóide usando como marcador o tecnécio.