

Questão 26:

Menina 3a; panturrilha D endurecida há 1 ano, indolor, sem sinais flogísticos, ↑ progressivo. Nega trauma. Refere ↓ VC e ↑ peso.

**Parto normal, termo, PN: 2.980 g, CN:50 cm. Sem intercorrências; DNPM normal
Pais não-consanguíneos; mãe:164 cm; pai:176cm; Negam outros casos família.**

Exame Físico: Peso: p50; Estatura: p3; IMC: p97

Face arredondada, dentição hipoplásica. Tireoide normal. M1P1, genital feminino típico

Mãos pequenas, dedos das mãos e dos pés curtos. Panturrilha D: consistência pétrea, não dolorosa e sem sinais flogísticos, ↓ dorsoflexão pé D. Nenhuma lesão semelhante nos demais membros ou no restante do corpo. Ex.neurológico: ndn.

Baseado no quadro descrito, as alterações a serem observadas nas imagens obtidas são:

- A) alargamento da placa metafisária em punho e em tíbia**
- B) sinais de calcificação extraesquelética em perna direita**
- C) sinais de hipermineralização óssea nos segmentos avaliados**
- D) displasia fibrosa polioestótica em ossos das mãos, perna e pés**

5,0 min

Questão 27:

**Considere que foram observados: encurtamento ósseo em mãos e pés;
calcificação heterotópica em perna direita**

Avaliações Bioquímicas:

Ca: 7,8	(8,8 – 10,2 mg/dL)
Ca iônico: 3,9	(4,4 – 5,1 mg/dL)
P: 6,9	(4,7 – 6,2 mg/dL)
FA: 645	(145 – 435 UI/mL)
Mg: 1,9	(1,7 – 2,3 mEq/L)
PTH: 197	(12- 72 pg/mL)
Calcidiol: 35	(30 – 60 ng/mL)

A conduta a ser considerada a mais adequada é:

- A) repetir Ca, P e PTH, pois esses resultados são incompatíveis entre si**
- B) solicitar 1,25(OH)₂ Vitamina D, pois a calcificação heterotópica pode ser decorrente da hipervitaminose D**
- C) propor dosagem da proteína relacionada ao PTH (PTHrp), pois os resultados não explicam a calcificação heterotópica**
- D) realizar tomografia computadorizada de crânio, pois essa paciente pode apresentar calcificação de gânglios da base**

Questão 28:

Realizada dosagem AMPc urinário após PTH recombinante:

- não se observou aumento do AMPc**
- sem alteração na concentração sérica e urinária de Ca e P.**

A etiologia do distúrbio está provavelmente relacionada à:

- A) mutação inativadora do gene que codifica a subunidade alfa da proteína Gs**
- B) mutação ativadora constitutiva do gene que codifica o receptor do PTH**
- C) mutação inativadora do gene que codifica o receptor sensor de cálcio**
- D) mutação ativadora constitutiva no gene que codifica o FGF-23**

Questão 29:

Essa paciente apresenta risco aumentado de desenvolver hipotireoidismo, e a causa mais provável dentro do contexto da história clínica seria:

- A) resistência ao TSH**
- B) hipotireoidismo central**
- C) hipotireoidismo autoimune**
- D) disormonogênese (alteração na tireoperoxidase)**

Questão 30:

Além do hipotireoidismo, a paciente pode desenvolver déficit de crescimento por alteração no eixo somatotrófico, sendo que a resistência hormonal seria ao:

- A) GH**
- B) IGF1**
- C) GHRH**
- D) nível da cartilagem de crescimento (receptor de IGF1)**

Questão 31:

A paciente apresenta hipocalcemia. Encontra-se assintomática e sem alterações eletrocardiográficas. Nessa situação, a abordagem terapêutica inicial principal é:

- A) infusão de cálcio intravenoso**
- B) administração de diurético de alça**
- C) administração de bisfosfonato oral (alendronato)**
- D) administração de cálcio e calcitriol, ambos via oral**

Questão 32:

Considerando a idade, história clínica e exame físico, o diagnóstico é:

- A) eutrofia**
- B) obesidade**
- C) sobrepeso**
- D) obesidade grave**

Questão 33:

A conduta neste momento será:

- A) orientar medicamento aprovado para faixa etária (Orlistat)**
- B) orientar atividade física e dieta, principalmente em relação às porções**
- C) solicitar glicemia, insulina, perfil lipídico e orientar dieta ou medicamento de acordo com os resultados de exames**
- D) solicitar pesquisa genética para mutação do gene *MCR4* para orientar tratamento específico caso a mutação esteja presente**

Questão 34:

A hipótese diagnóstica e a conduta neste momento são:

- A) gigantismo, solicitar IGF1 como triagem**
- B) síndrome de ovários policísticos, solicitar ultrassonografia pélvica**
- C) puberdade precoce central secundária à obesidade, solicitar idade óssea para ver risco de perda de estatura**
- D) aceleração constitucional do crescimento e puberdade, solicitar exames gerais e orientar perda de peso**

Questão 35:

Após 3 meses (IC: 12a3m), retorna com os seguintes exames:

Glicemia: 88 mg/dL; insulina: 27 mUI/L

Colesterol Total: 200 mg/dL, HDLc: 35 mg/dL, LDLc: 135 mg/dL, TGC: 188 mg/dL

Idade óssea (Figura ao lado esquerdo)

A conduta nesse caso será:

- A) reforçar a orientação alimentar e a atividade física**
- B) iniciar sinvastatina (10mg/dia) por causa da dislipidemia**
- C) medicar com metformina por causa da resistência à insulina**
- D) como idade óssea avançada, indicaria bloqueio puberal associado ao GH para melhorar previsão de estatura final**

Questão 36:

Neste caso, a conduta é:

- A) entrar com anticoncepcional oral para melhora da irregularidade menstrual**
- B) orientar dieta geral para idade e atividade física moderada a intensa para perda de peso**
- C) a adolescente evoluiu com DM2, portanto, iniciar dieta para diabetes e metformina 1g/dia**
- D) indicar cirurgia bariátrica, pois já tem DM2 e idade adequada para realização do procedimento**

Questão 37:

Os exames considerados prioritários são:

- A) teste de supressão overnight com dexametasona**
- B) teste de estímulo com ACTH (250 µg IV em bolo)**
- C) ressonância magnética de crânio e sela túrcica**
- D) tomografia de abdome**

Questão 38:

A descrição do exame de imagem da paciente é:

- A) TC de abdome normal**
- B) lesão expansiva em adrenal esquerda**
- C) lesão expansiva em adrenal esquerda com nível líquido e necrose**
- D) aumento bilateral das adrenais sugestivo de hiperplasia micronodular**

Questão 39:

Considerando esta TC de abdome, o tratamento proposto para o caso é:

- A) adrenalectomia bilateral**
- B) cetoconazol isoladamente ou associado ao mitotane**
- C) tratamento clínico com hidrocortisona e mineralocorticoide**
- D) adrenalectomia unilateral à esquerda, nefrectomia se necessário**

Questão 40:

Feita ressecção tumoral, volume de 350mL.

Durante cirurgia houve ruptura da cápsula.

Porém, no 15º PO houve normalização dos valores hormonais.

A conduta mais indicada no acompanhamento dessa paciente é:

- A) expectante, tratar caso haja nova elevação do DHEAS**
- B) terapia adjuvante com op'DDD e outros quimioterápicos**
- C) radioterapia abdominal total + terapia adjuvante com op'DDD**
- D) indicar radioterapia no leito tumoral (ruptura tumor + baixa idade)**

Questão 41:

Considerando o heredograma, a hipótese diagnóstica e a mutação esperada na análise molecular é:

- A) síndrome de Li-Fraumeni, mutação germinativa (R337H) + 2º hit em GST
- B) síndrome de Cockayne, mutação ativadora do RET proto-oncogene
- C) síndrome de Bartter, mutação inativadora do *PROK2* ou *PROKR2*
- D) síndrome de Beckwith-Wiedemann, mutação na via RAS/MAPK

Questão 42:

Dos exames abaixo, os que devem se priorizados para iniciar a investigação são:

- A) TSH e T4 Livre**
- B) ultrassonografia abdominal**
- C) glicemia, insulina e lipidograma**
- D) cortisol plasmático matinal após dexametasona às 23 horas**

Questão 43:

Após uso oral de Dexametasona (20 mcg/kg) às 23 horas:

Cortisol plasmático na manhã seguinte (8h) = 9 mcg/dL (RIA)

Concentração ACTH plasmático = 3 pg/mL (IFMA)

A conduta a ser adotada nesse caso é:

- A) realizar ressonância nuclear magnética da sela túrcica**
- B) indicar tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética das adrenais**
- C) refazer a anamnese para investigar um possível uso de corticosteroides por via oral, inalatório ou cutâneo**
- D) solicitar cateterismo dos seios petrosos inferiores com dosagem de ACTH após estímulo com CRH ou dDAVP**

Questão 44:

A conduta mais adequada a ser tomada nesse momento baseada na provável causa é:

- A) reavaliar o caso pois o achado de aumento bilateral das adrenais sugere doença hipofisária (ACTH-dependente)**
- B) recomendar adrenalectomia unilateral**
- C) indicar tratamento com mitotane**
- D) indicar adrenalectomia bilateral**

Questão 45:

Das seguintes anormalidades clínicas, a que **NÃO OCORRE** em pacientes com essa doença é:

- A) mixoma cardíaco
- B) nódulos ou tumores tireoidianos
- C) adenoma hipofisário ou hiperplasia somatotrófica
- D) manchas café com leite de diâmetro > 1 cm e bordas irregulares

Questão 46:

A ressonância nuclear magnética da hipófise identificou :

- A) ausência de hipófise anterior e neuro-hipófise ectópica**
- B) hipófise anterior normal e ausência de neuro-hipófise**
- C) hipófise anterior diminuída e neuro-hipófise ectópica**
- D) hipófise anterior e neuro-hipófise normais**

Questão 47:

Em relação ao comprimento peniano, com o objetivo de complementar a investigação inicial devemos:

- A) investigar insensibilidade androgênica**
- B) realizar um teste de estímulo com GnRH**
- C) solicitar um cariótipo pela presença do micropênis**
- D) não realizar exames complementares para o eixo gonadotrófico**

Questão 48:

Pensando em um possível quadro de hipocortisolismo, devemos solicitar um teste:

- A) de estímulo com 250 μg de ACTH**
- B) de estímulo com 1 μg de ACTH**
- C) de estímulo com insulina**
- D) com DDAVP**

Questão 49:

Em relação a um possível quadro de diabetes insípido, é correto afirmar que:

- A) pela história e achados de imagem, devemos indicar desmopressina**
- B) o espessamento da haste hipofisária é sugestiva de diabetes insípido concomitante**
- C) pela história e achados de imagem, a resposta renal a um teste terapêutico com desmopressina deve ser inadequada**
- D) a concomitância de insuficiência adenohipofisária e diabetes insípido ocorre na minoria dos pacientes com esta imagem de ressonância**

Questão 50:

Tendo sido feito o diagnóstico de pan-hipopituitarismo devemos iniciar:

- A) reposição de vasopressina prioritariamente**
- B) reposição de cortisol e posteriormente de levotiroxina**
- C) reposição de levotiroxina e posteriormente de cortisol**
- D) uso de GH e tiroxina e posteriormente ver necessidade de uso de cortisol**