

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
Comissão do Título de Especialista – CTEEM
Concurso 2010



INSTRUÇÕES:

- A prova terá duração de 3 horas.
- Procure ler toda a prova com cuidado, respondendo inicialmente as questões que julgar mais difíceis.
- Avisos serão dados a partir de 30 min antes do término.
- Não haverá tolerância para tempo adicional após decorridos as 3h.
- As folhas de respostas serão distribuídas em torno de 1h e 30 min após o início.
- Marque apenas uma letra para cada questão.
- Marque a resposta a lápis e depois cubra com caneta esferográfica.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta.
- Ao final devolva este caderno de prova juntamente com a folha de respostas.
- Escreva o seu nome com caneta esferográfica no caderno de prova e na folha de respostas.

1) Quanto à microalbuminúria, MARQUE A CORRETA:

- a) É patognomônica de nefropatia diabética
- b) Sua medida na urina de 24 horas é muito mais adequada que na amostra isolada
- c) Quando presente no diabetes tipo 2, sugere que há lesão endotelial e que o risco de morte é maior
- d) Sempre precede a hipertensão no diabetes tipo 1
- e) Quando ocorre no diabetes tipo 1, é irreversível, evoluindo em alguns anos para a proteinúria e insuficiência renal crônica

2) Sobre a neuropatia diabética e seu tratamento, assinale a alternativa INCORRETA

- a) As neuropatias cranianas geralmente têm um curso transitório, com recuperação dentro de poucos meses
- b) A polineuropatia é observada em um pequeno percentual de indivíduos com pré-diabetes.
- c) O ácido tióctico (alfa-lipóico), um potente antioxidante, tem se mostrado com eficácia similar à gabapentina no tratamento da neuropatia dolorosa.
- d) Entre as opções terapêuticas para a gastroparesia incluem o uso de eritromicina, marcapasso gástrico e injeção de toxina botulínica no piloro
- e) A polineuropatia sensitiva aguda surge diante de mau controle metabólico ou melhora brusca no controle glicêmico

3) Sobre pacientes portadores de MODY 3, associado com mutações no gene HNF-1 α , MARQUE A INCORRETA:

- a) Glicosúria com glicemia relativamente normal
- b) Deterioração progressiva da função das células B
- c) Risco de desenvolvimento de complicações crônicas
- d) Associação com cistos renais e malformações genitais
- e) Grande incremento na glicemia pós-prandial

4) Quais dos seguintes fatores têm sido relacionados na patogênese do diabetes mellitus do Tipo 2 ?

- a) Aumento da ação da catalase e da glutatona tecidual hepática e renal.
- b) Meio intrauterino, flora intestinal e disfunção mitocondrial.
- c) Redução da expressão de fatores lipogênicos.
- d) Diminuição na concentração de transportadores de glicose nos túbulos renais.
- e) Aumento da ação da super oxido dismutase pancreática.

5) Entre as causas de falso-elevação da HbA_{1c} não se inclui:

- a) Deficiência de ferro
- b) Gravidez
- c) Insuficiência renal crônica
- d) Hipertrigliceridemia
- e) Esplenectomia

6) Sobre os mecanismos presentes na patofisiologia do diabetes mellitus do tipo 2, passíveis de abordagem pelas drogas disponíveis para o seu tratamento, MARQUE A CORRETA:

- a) Comprometimento da secreção de insulina, aumento do débito de glicose hepático, diminuição da sensibilidade hepática e muscular a insulina, diminuição da secreção de incretinas e aumento da reabsorção renal de glicose.
- b) Amiloidose progressiva das células beta pancreáticas.
- c) Resistência à ação da insulina nos núcleos para-ventriculares hipotalâmicos
- d) Diminuição da ação de anti-oxidantes pancreáticos.
- e) Redução dos transportadores de glicose no músculo.

7) A dislipidemia na síndrome metabólica favorece o desenvolvimento da aterosclerose, uma vez que (MARQUE A CORRETA):

- a) Os valores do colesterol LDL são em geral muito elevados
- b) Os valores baixos do colesterol HDL provocam elevação dos níveis de triglicérides
- c) Os valores séricos elevados de triglicérides resultam em alterações nas partículas de LDL que se tornam menores e mais aterogênicas.
- d) Os valores elevados de triglicérides resultam em aumentos do tamanho das partículas de HDL
- e) Existe transferência de ésteres de colesterol das VLDL para as LDL

8) Em relação aos adipócitos viscerais, os adipócitos localizados no tecido celular subcutâneo são:

- a) Maiores e com maior capacidade de estocar gordura.
- b) Menores e mais sensíveis à ação antilipolítica das catecolaminas.
- c) Maiores, com menor capacidade de estocar gordura, e mais sensíveis à ação antilipolítica das catecolaminas.
- d) Menores, com maior capacidade de estocar gordura e mais sensíveis à ação antilipolítica da insulina.
- e) Maiores e com menor capacidade de estocar gordura.

9) Ao definir o tratamento inicial de um diabético, MARQUE A INCORRETA:

- a) São sinais de resistência insulínica, portanto conduzem ao uso de sensibilizadores: acantose, cintura aumentada e acrocórdons.
- b) Em crianças com menos de 6 anos, as doses de insulina são baixas, para evitar hipoglicemias lesivas ao cérebro em formação.
- c) Com *clearance* de creatinina 30-60 mL/min, não podem ser usadas as sulfoniluréias glimepirida e glipizida, de excreção renal principal.
- d) Em adulto de 45 anos com sobrepeso, peptídeo C baixo e anti-GAD positivo, é recomendada a administração de insulina.
- e) Na insuficiência cardíaca classes III e IV (NYHA) está contraindicado o uso dos sensibilizadores glitazonas.

10) Sobre a hiperlipidemia familiar combinada (HFC), assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Trata-se da forma mais prevalente de dislipidemia.
- b) Os pacientes com HFC podem ter níveis elevados de LDL e VLDL, somente VLDL ou apenas LDL
- c) Estatinas, fibratos e niacina são as drogas empregadas no tratamento da HFC, na dependência do fenótipo apresentado pelos pacientes.
- d) A dislipidemia da HFC usualmente apenas se manifesta na idade adulta.
- e) A HFC resulta de mutações no gene da Apo-B100.

11) Paciente masculino, 15 anos, 1,70 m e 59 kg, portador de DM1, diagnosticado há 2 anos. Relata fazer o seguinte esquema de insulina: 16 unidades (U) 70/30 antes do café da manhã e 8 U 70/30 antes do jantar. Informa que iniciou prática de natação à noite e que nos últimos dois meses vem evoluindo com hiperglicemias ao acordar. O perfil glicêmico mostrou: glicemia de jejum = 220 mg/dL; glicemia antes do almoço = 156 mg/dL; glicemia antes do jantar = 198 mg/dL; glicemia às 22 horas = 120 mg/dL; glicemia às 3 horas da manhã = 50 mg/dL.

Assinale a opção CORRETA sobre a conduta imediata com relação ao esquema de insulina.

- a) reduzir a dose da insulina de antes do jantar.
- b) aumentar a dose da manhã e reduzir a dose de antes do jantar.
- c) aumentar a dose de antes do jantar.
- d) aumentar a dose da manhã.
- e) aumentar a dose de insulina pela manhã e a noite e adicionar uma dose de insulina rápida antes do almoço.

12) Sobre a obesidade, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A adiponectina é produzida pelos adipócitos, hepatócitos, glia e células alfa pancreáticas, sendo importante no processo de melhora na sensibilidade à insulina.
- b) Níveis elevados de resistina parecem associar-se à elevação de triglicerídeos e VLDL-colesterol e diminuição de glicemia e insulinemia.
- c) O excesso de gordura visceral ocasiona a impregnação de HDL-colesterol nos hepatócitos, que é a gênese da esteatoepatite não-alcoólica.
- d) Obesidade central, acne, gibosidade e estrias violáceas são sinais clínicos para investigação de hipercortisolismo.
- e) A sibutramina, usada no tratamento farmacológico da obesidade, possui uma molécula derivada da anfetamina e por isso pode causar grave dependência química e psíquica.

13) Sabe-se que o tecido adiposo, além de desempenhar um papel de reserva energética, é também um órgão endócrino, produzindo substâncias denominadas adipocinas, que estão relacionadas à síndrome metabólica. Com relação às adipocinas é CORRETO afirmar:

- a) A grelina é o ligante endógeno do receptor secretagogo do GH (hormônio do crescimento) e os seus níveis aumentam após a ingesta alimentar.
- b) A leptina é um hormônio orexígeno que regula o apetite e o balanço energético, atuando no SNC (Sistema Nervoso Central).
- c) Dentre os efeitos metabólicos da adiponectina está o aumento da sensibilidade à ação da insulina.
- d) O GLP1 é uma adipocina que aumenta a secreção de insulina mediada pela glicose e inibe a secreção de glucagon.
- e) O TNF α (fator de necrose tumoral alfa) interfere na via de sinalização do receptor de insulina, aumentando a sensibilidade insulínica.

14) Sobre as causas de diabetes secundário, MARQUE A INCORRETA:

- a) L-asparaginase.
- b) Isoniazida.
- c) Olanzapina.
- d) Ciclosporina A.
- e) Diazóxido.

15) Quanto à hipoglicemia no diabético do tipo 1 (DM1), MARQUE A CORRETA:

- a) A secreção de glucagon em resposta à hipoglicemia está praticamente abolida no DM1, mas a célula alfa está normal.
- b) A falência autonômica associada à hipoglicemia (FAAH) é rara e irreversível.
- c) Em não-diabéticos, a sequência de eventos na hipoglicemia é: aumento glucagon \rightarrow queda insulina \rightarrow aumento de epinefrina \rightarrow gliconeogênese.
- d) A perda da contra-regulação no DM1 se relaciona com falência definitiva da produção de epinefrina e cortisol em resposta à hipoglicemia.
- e) No diabetes tipo 1, a “não-percepção da hipoglicemia” causada por neuropatia autonômica é fenômeno muito precoce, comum e reversível.

16) Em relação à insulinoterapia, MARQUE A INCORRETA:

(DM1 = Diabetes tipo 1; DM2 = Diabetes tipo 2; HbA1c = hemoglobina glicada).

- a) No DM2, geralmente está indicada na presença de HbA1c $\geq 10\%$ e/ou sintomas intensos de hiperglicemia ou como 2ª ou 3ª linha se HbA1c persistir $\geq 7,0\%$.
- b) A insulina glargina não é recomendada em grávidas por sua maior afinidade pelo receptor de IGF-1 e possível efeito mitogênico.
- c) A insulina lispro geralmente é considerada segura na gestação, mas não difere da regular quanto aos desfechos maternos e fetais.
- d) Em crianças, o uso de glargina vem se associando com leve queda das hipoglicemias e pouca diferença na HbA1c.
- e) No DM2, a insulinoterapia está significativamente associada a aumento do risco cardiovascular, independentemente do valor de HbA1c alcançado.

17) Entre os procedimentos abaixo, qual tem a maior acurácia na detecção dos insulinomas?

- a) Tomografia computadorizada abdominal.
- b) Ressonância magnética abdominal.
- c) Ultrassonografia pancreática endoscópica.
- d) Ultrassonografia transabdominal.
- e) Cintilografia com ^{111}In -Pentetreotide.

18) Entre as ações enzimáticas da insulina e suas consequências, está a associação abaixo (MARQUE A CORRETA):

- a) Estímulo da fosfofrutocinase – estímulo da via glicolítica.
- b) Estímulo da lipase hormônio-sensível – estímulo da lipogênese.
- c) Estímulo da lipase lipoproteica do endotélio – estímulo da lipólise.
- d) Inibição da glicogênio-fosforilase – estímulo da glicogenólise.
- e) Estímulo da piruvato carboxilase – estímulo da gliconeogênese.

19) Em relação ao uso de fármacos hipolipemiantes na insuficiência renal crônica, MARQUE A CORRETA:

- a) As estatinas reduzem o risco de eventos macrovasculares nos pacientes em hemodiálise.
- b) Os fibratos reduzem o risco de IAM nos pacientes transplantados.
- c) O risco de elevação da CPK é significativamente maior nos pacientes com IR moderada tratados com doses baixas de estatinas.
- d) As estatinas reduzem o risco de eventos cardiovasculares em pacientes com IR leve (estágio 2).
- e) Os fibratos são indicados, como primeira opção, nos pacientes com triglicérides entre 150 e 200 mg/dl.

20) Dos fármacos abaixo, qual o que apresenta maior efeito na elevação do colesterol da HDL?

- a) Gemfibrozil
- b) Rosuvastatina
- c) Ácido nicotínico
- d) Anacetrapib
- e) Fenofibrato

21) Sobre as complicações após cirurgia bariátrica, MARQUE A INCORRETA:

- a) Hipomagnesemia
- b) Hiperparatitoidismo secundário
- c) Má absorção intestinal do cálcio
- d) Deficiência de vitamina D
- e) Hipomomocisteinemia

22) Sobre os efeitos do ácido nicotínico, MARQUE A INCORRETA:

- a) Redução da excreção da Apo A1
- b) Redução da Lipoproteína (a)
- c) Aumento do colesterol da HDL
- d) Aumento transitório dos triglicérides
- e) Redução do espessamento do complexo médio-intimal de carótidas

23) Qual das características descritas abaixo, presentes num paciente com MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*), não ajuda a distingui-lo daquele com diabetes mellitus tipo 2?

- a) Resistência Insulínica
- b) Ausência de obesidade
- c) Diagnóstico antes dos 25 anos de idade
- d) História familiar de diabetes em gerações consecutivas
- e) Herança autossômica dominante

24) Homem, 52 anos, refere ganho progressivo de peso após seu casamento, há 13 anos. Hipertensão arterial diagnosticada há 8 anos. Pai e mãe obesos e diabéticos. IMC= 34 kg/m²; circunferência abdominal= 108 cm; PA= 130 X 90 mmHg; colesterol total = 224 mg/dL; colesterol HDL = 29 mg/dL; triglicérides= 448 mg/dL; ácido úrico= 8,3 mg/dL; glicemia de jejum = 112 mg/dL; Insulina= 27 µU/ml. Com relação a este paciente, MARQUE A INCORRETA:

- a) Sua resistência insulínica pode resultar em reduzida glicogenólise hepática e consequente hiperglicemia.
- b) Sua resistência insulínica pode resultar num maior fluxo de ácidos graxos livres para o fígado e aumento na produção hepática de VLDL.
- c) Seus dados clínicos e laboratoriais permitem classificá-lo como tendo síndrome metabólica de acordo com os critérios da IDF (*International Diabetes Federation*).
- d) Seus níveis séricos de adiponectina devem ser baixos.
- e) Seus níveis de citocinas inflamatórias devem estar aumentados, o que contribui para reduzir a captação muscular de glicose.

25) Quanto ao tratamento farmacológico do diabetes mellitus tipo 2, MARQUE A INCORRETA:

- a) Os Inibidores da DPP-IV e o exenatide exercem efeitos iguais sobre a secreção de insulina e sobre o peso corporal em pacientes diabéticos.
- b) O uso de glitazonas em mulheres aumenta o risco de fraturas, principalmente nas extremidades distais, onde fraturas osteoporóticas não são comuns.
- c) Repaglinida e nateglinida são usadas para controle de glicemia pós-prandial, tendo pouco efeito na glicemia de jejum.
- d) A ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o risco de hipoglicemias em usuários de sulfonilureias.
- e) A metformina é capaz de reduzir os riscos de doença cardiovascular e os índices de mortalidade.

26) Sobre a nefropatia diabética, uma temida complicação crônica do diabetes, MARQUE A INCORRETA:

- a) O bom controle da glicemia tem influência sobre a progressão natural da doença renal, mesmo nos estágios mais avançados da doença
- b) Num paciente que apresente uremia sem proteinúria deve-se suspeitar de outra etiologia, que não o diabetes, para a lesão renal
- c) Infecção urinária de repetição e o uso de drogas nefrotóxicas são fatores de risco para progressão da doença renal
- d) O uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina está indicado em pacientes nos estágios III e IV, mesmo se normotensos
- e) O tratamento com estatinas pode reduzir a proteinúria e preservar a função glomerular em pacientes com doença renal crônica

27) Adolescente de 15 anos, nascido de gestação normal, sem intercorrências neonatais, consulta com história de obesidade progressiva desde o primeiro ano de vida, associado com hiperfagia. Refere que sempre foi um dos mais altos da turma da escola, com estatura atual no 90º percentil e peso 12 kg acima do 98º percentil. Desenvolvimento puberal normal, com níveis normais de testosterona. Glicemia normal, mas com níveis muito elevados de insulina (30 µU/mL). Leptina sérica de 27 ng/mL foi considerada compatível com o grau de obesidade. Exame de composição corporal por DXA (*dual-energy x-ray absorptiometry*) revelou aumento tanto de massa gordurosa como da massa magra. Considerando que este paciente tem obesidade monogênica, qual o provável defeito genético?

- a) Mutação no gene do receptor da melanocortina (MC4R)
- b) Mutação no gene da leptina
- c) Mutação no gene do receptor da leptina
- d) Mutação no gene da proopiomelanocortina (POMC)
- e) Mutação no gene da proconvertase 1 (PC1)

28) Paciente feminina de 16 anos, com obesidade associada a hiperfagia intensa, hipotonia muscular, retardo mental leve, hipogonadismo e baixa estatura. Apresenta anormalidades genéticas no cromossomo 15. Com relação à doença desta jovem, MARQUE A INCORRETA:

- a) Os níveis séricos de ghrelina são invariavelmente baixos
- b) Os benefícios do tratamento com GH são maiores quanto mais cedo a terapia for instituída
- c) Análogos da somatostatina de longa ação são ineficazes na redução do apetite e do peso
- d) Está associada com maior risco de fraturas ósseas
- e) Criptorquidismo é um achado comum nos pacientes do sexo masculino

29) Um paciente vem ao consultório porque está em uso de sibutramina há 4 meses e ficou preocupado com a notícia que a venda desta medicação foi suspensa na Europa recentemente. Ele leu no jornal que isto aconteceu por causa de alguns resultados de um estudo chamado SCOUT (*Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial*). Com relação aos achados desse estudo MARQUE A INCORRETA:

- a) O risco de eventos cardiovasculares com sibutramina foi significativamente maior do que com placebo, independentemente de história de doença cardiovascular prévia
- b) Os achados reforçam que a sibutramina não deve ser usada em pacientes com angina e doença arterial periférica
- c) O estudo incluiu somente doentes com 55 anos ou mais
- d) Deve-se suspender a droga se o paciente desenvolve hipertensão arterial sustentada
- e) Mais de 90% dos participantes do estudo apresentavam alguma contraindicação já indicada em bula para o uso de sibutrami

30) Com relação à ghrelina, MARQUE A CORRETA:

- a) A forma não-acilada, a mais abundante na circulação, é incapaz de ativar o receptor GHS-R1.
- b) As menores concentrações séricas são observadas após as refeições e durante o sono.
- c) A queda pós-prandial nas concentrações séricas é similar em indivíduos magros e obesos.
- d) O gene que a codifica é o mesmo que codifica a motilina.
- e) As concentrações séricas se reduzem quando o indivíduo perde peso.

31) Nos últimos anos, vários estudos têm avaliado medidas para prevenção do desenvolvimento de diabetes tipo 2 em indivíduos com glicemia normal (GN), glicemia de jejum alterada (GJA; glicemia entre 100-125 mg/dL) e com tolerância alterada à glicose (ITG; glicemia 2 horas após 75 g de glicose entre 140-199 mg/dL). Com relação a estes estudos, MARQUE A INCORRETA:

- a) Metformina é recomendada para pacientes com GJA ou ITG, desde que o índice de massa corporal seja menor que 35 kg/m² e a hemoglobina glicada inferior a 6%
- b) Perda de peso superior a 5% reduz significativamente a possibilidade de um paciente com ITG se tornar diabético
- c) Os pacientes com GJA ou ITG devem ser orientados a fazer pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada
- d) A rosiglitazona é efetiva em reduzir os riscos da ITG progredir para diabetes, mas seu uso resulta em edema, ganho de peso e risco maior de insuficiência cardíaca
- e) O risco de diabetes é duas vezes maior nos indivíduos que apresentam GJA e ITG em comparação àqueles que apresentam somente GJA ou ITG

32) Com relação a insulino terapia no diabetes tipo 1, MARQUE A CORRETA:

- a) Deve-se reduzir em cerca de 25% a dose de insulina em pacientes com estágio 3 de insuficiência renal crônica.
- b) Lispro, aspart e glulisina são análogos de insulina de ação intermediária com farmacocinética e efeitos clínicos bastante parecidos.
- c) Pacientes com fenômeno do alvorecer devem ser orientados a não comer carboidratos após a aplicação noturna da insulina NPH ou glargina.
- d) Pacientes com efeito Somogyi devem ser orientados a suspender a dose noturna da insulina NPH ou glargina.
- e) As insulinas glargina e detemir promovem reduções muito mais significativas na hemoglobina glicada do que a insulina NPH.

33) Na investigação de dor epigástrica recorrente em uma mulher de 35 anos, com IMC de 24,1 kg/m², foram detectados níveis de triglicérides de 3600 mg/dL. Ao exame físico: xantomas eruptivos em nádegas e coxas, além de hepatoesplenomegalia. Outros resultados bioquímicos: colesterol total = 340 mg/dL; colesterol HDL = 30 mg/dL; colesterol VLDL = 66 mg/dL (VR: até 30); glicemia = 84 mg/dL; função tireoidiana, normal. A inspeção do plasma estocado a 4 °C revelou uma camada cremosa sobre um infranadante límpido.

Qual o melhor tratamento para normalizar o perfil lipídico desta paciente?

- a) Obrigatoriamente, fibratos.
- b) *A priori*, apenas tratamento dietético.
- c) Fibratos ou ácido ômega-3.
- d) O ácido nicotínico deve ser tentado inicialmente.
- e) A combinação de estatina e fibratos é a melhor escolha.

34) Sobre o tratamento das dislipidemias, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Entre as estatinas, atorvastatina é o composto que apresenta a menor excreção renal.
- b) A associação do gemfibrozil com estatinas deve ser evitada.
- c) A duplicação da dose da estatina geralmente propicia uma redução adicional de pelo menos 20% nos níveis do colesterol LDL.
- d) O ácido nicotínico eficazmente reduz os níveis dos triglicerídeos, do colesterol LDL e da lipoproteína(a).
- e) Rosuvastatina e atorvastatina são as estatinas mais eficazes em reduzir os níveis séricos dos triglicerídeos.

35) Sobre o bloqueio do sistema renina angiotensina em indivíduos hipertensos com síndrome metabólica, MARQUE A CORRETA:

- a) Está associado a uma menor incidência de novos casos de diabetes tipo 2.
- b) Comprovadamente está associado a um aumento dos níveis séricos de adiponectina e melhora da sensibilidade à insulina.
- c) Aumenta os níveis do colesterol HDL além de reduzir a pressão arterial.
- d) Facilita a perda de peso e reduz a gordura visceral.
- e) Não interfere na secreção de insulina.

36) Com relação à fisiopatologia e diagnóstico da síndrome metabólica, MARQUE A INCORRETA:

- a) o processo lipolítico é mais ativo na gordura subcutânea do que na gordura intra-abdominal.
- b) níveis elevados da enzima 11 β -hidroxiesteróide deidrogenase tipo 1 na gordura visceral podem levar a maior produção local de cortisol a partir da cortisona.
- c) pessoas com sobrepeso já podem apresentar resistência insulínica e síndrome metabólica.
- d) na população de origem asiática, a obesidade abdominal é definida por uma circunferência de cintura maior ou igual a 90 cm nos homens e 80 cm nas mulheres.
- e) níveis séricos de leptina e interleucina-6 correlacionam-se diretamente com a quantidade de gordura corporal, ao contrário do observado com os níveis de adiponectina.

37) Na doença de Graves todos os seguintes polimorfismos genéticos podem estar relacionados à sua etiologia. MARQUE A INCORRETA:

- a) PTPN22.
- b) CTLA-4.
- c) HLA classe II.
- d) DAX1.
- e) Gene do receptor do TSH.

38) Em relação à tireoidite de Hashimoto, MARQUE A CORRETA:

- a) Sempre cursa com hipotireoidismo em curto espaço de tempo.
- b) Tem um pico de incidência em crianças mais jovens.
- c) Raramente está associada a outras doenças autoimunes.
- d) Pode cursar com hipotireoidismo transitório.
- e) Seu diagnóstico requer obrigatoriamente a presença de anticorpos positivos.

39) Hipotireoidismo sem bócio na infância pode ter várias origens. MARQUE A INCORRETA:

- a) Mutação do gene TTF1.
- b) Ectopia da tireóide.
- c) Disormoniogênese.
- d) Mutação do PROP.
- e) Mutação do PIT.

40) Um pediatra solicitou avaliação da função tireoideana em um paciente do sexo masculino com queixa de baixa estatura e os exames mostraram: TSH=1,2 mU/L (VR=0,5-4,7), T4 total=3,5 µg/dL (VR =4,7-12,4), T4 livre=1,1 ng/dL (VR =0,8-1,7). MARQUE A CORRETA.

- a) O paciente apresenta hipotireoidismo central e deve ser medicado.
- b) A função tireoidiana é normal e não necessita de tratamento.
- c) A presença de anticorpo anti-TSH pode justificar o fato do valor normal do mesmo com o T₄ baixo e o paciente necessita de tratamento.
- d) A presença de anticorpo anti-T₄ pode justificar o valor baixo do mesmo com o TSH e T₄ livre normais e o paciente não necessita de tratamento.
- e) O paciente apresenta hipotireoidismo subclínico e deve ser medicado.

41) Em relação à tireoidite autoimune com eutireoidismo, MARQUE A CORRETA:

- a) Em 5 anos de seguimento, mais de 50% dos pacientes permanecem em eutireoidismo.
- b) Mesmo com os anticorpos negativos, o risco de evoluir para hipotireoidismo é elevado em um período de 2 anos.
- c) Apenas a presença do bócio já é um indicador de evolução para hipotireoidismo e deve ser prescrita L-tiroxina para reduzir seu volume.
- d) Mesmo em eutireoidismo, o metabolismo do colesterol pode estar alterado.
- e) A terapia com ácido retinóico pode evitar a evolução para hipotireoidismo.

42) Qual o padrão de imagem ultrassonográfica é mais frequentemente observado nas tireoidites linfocíticas crônicas?

- a) Aumento da glândula com parênquima heterogêneo e nódulos hipocogênicos mal definidos
- b) Aumento da glândula com parênquima homogêneo e nódulos hipercogênicos mal definidos
- c) Glândula de dimensões normais, com alteração textural difusa
- d) Redução da glândula com parênquima heterogêneo e áreas nodulares hipocogênicas mal definidas
- e) Redução da glândula com parênquima homogêneo.

43) Sobre o Câncer Diferenciado de Tireóide, MARQUE A CORRETA:

- a) A anormalidade genética mais frequentemente encontrada é a translocação RET/PTC.
- b) A mutação do gene RAS é precoce e se caracteriza pela presença no tipo papilífero.
- c) A mutação do gene BRAF possui relação com agressividade tumoral e com prognóstico do paciente.
- d) Translocações PAX8/PPAR gama e RET/PTC não são observadas em tumores foliculares e papilíferos, respectivamente.
- e) A ativação da via da MAPK ocorre exclusivamente pela mutação de BRAF no carcinoma papilífero.

44) Quanto aos fatores capazes de interferir na avaliação laboratorial tireoidiana, MARQUE A CORRETA:

- a) Anticorpos heterófilos são anticorpos animais contra os anticorpos humanos utilizados nos ensaios de dois sítios.
- b) Na síndrome nefrótica e na cirrose biliar, pode ocorrer falsa elevação do T₄ total por aumento da TBG.
- c) Anticorpos contra T₄ ou T₃ são causa frequente de falsas diminuições de T₄ e T₃, mas somente dos hormônios totais.
- d) Exposição a excesso de iodo pode ser causa de falso aumento da captação de iodo radioativo.
- e) Anticorpos heterófilos podem causar tanto falsas elevações quanto falsas reduções de hormônios em ensaios de dois sítios.

45) Em relação aos mecanismos de término da ação dos hormônios, MARQUE A CORRETA:

- a) Fosforilação de serina reduz a ação da tirosina-cinase dos receptores de TSH.
- b) Fosfatases de resíduos tirosina terminam a ação dos receptores de vasopressina.
- c) Ligação da arrestina e reconstituição da proteína G terminam a ação de hormônio anti-mülleriano.
- d) Supressores da sinalização das citocinas (SOCSs) terminam a ação da leptina.
- e) Reconstituição da proteína G por ATP-ase da subunidade-alfa termina a ação do GH.

46) Dentre as opções abaixo, escolha aquela com a dupla de sinais com a melhor especificidade para o câncer tireoidiano à ultrassonografia:

- a) Fino halo hipoeecogênico e microcalcificações
- b) Nódulo hipoeecogênico e microcalcificações
- c) Elementos císticos e nódulo hipoeecogênico
- d) Margens irregulares e nódulo hipereecogênico
- e) Nódulo isoecogênico com elementos císticos

47) Diante de uma paciente de 45 anos com bócio difuso discreto, elevação de T₄ livre, supressão de TSH e captação de radioiodo elevada nas 2^a e 6^a hora, mas normal na 24^a hora, podemos dizer (MARQUE A CORRETA):

- a) Anticorpo para receptor de TSH geralmente está elevado nessa doença.
- b) Trata-se de um caso de tireotoxicose passageira por tireoidite.
- c) Trata-se de um caso de contaminação por iodo.
- d) Uso de antitireoidiano por 1,5 ano quase sempre leva à cura.
- e) Trata-se de um caso de tireotoxicose factícia .

48) No tratamento da doença tireoidiana benigna com radioiodo (RI), MARQUE A CORRETA:

- a) Hipotireoidismo após radioiodo (RI) é mais comum no adenoma tóxico do que na doença de Graves
- b) Pré-tratamento com antitireoidianos antes do RI é sempre essencial, mesmo no hipertireoidismo subclínico
- c) RI não está indicado no tratamento dos bócios multinodulares atóxicos benignos compressivos, porque captam muito pouco
- d) Oftalmopatia é muito mais comum após tratamento com antitireoidianos de que com radioiodo
- e) A introdução precoce de L-tiroxina para hipotireoidismo pós-radioiodo protege contra o desenvolvimento de oftalmopatia

49) Em uma paciente do sexo feminino, com 42 anos de idade, e com recidiva de carcinoma papilífero para linfonodos cervicais, MARQUE A INCORRETA:

- a) A exérese cirúrgica das lesões metastáticas pode levar a remissão bioquímica completa.
- b) Uma dose terapêutica de radioiodo, em doses de 75 a 250 mCi, deve ser administrada rotineiramente.
- c) A punção dos nódulos suspeitos com dosagem da tiroglobulina no aspirado ajuda na identificação correta das metástases.
- d) A ultrassonografia é o melhor método de imagem para a sua detecção e caracterização.
- e) Uma redução dos valores de tiroglobulina séricos para abaixo de 0,5 ng/mL é indicativa de remissão.

50) Analise os aspectos da fisiologia tireoidiana em condições normais e patológicas e MARQUE A INCORRETA:

- a) Reposição estrogênica em mulheres menopausadas promove redução nos níveis de TSH.
- b) Em pacientes criticamente enfermos, a queda nos níveis séricos de T_3 livre se relaciona diretamente com a severidade do quadro clínico.
- c) A glicosilação do TSH é necessária para sua atividade biológica.
- d) Os níveis séricos de TSH baixam e os de T_4 livre se elevam no 1º trimestre da gestação.
- e) A expressão da deiodinase tipo 2 está aumentada no hipotireoidismo e reduzida no hipertireoidismo.

51) Com respeito aos distúrbios auto-imunes da glândula tireóide, MARQUE A INCORRETA:

- a) Anticorpo antitireoperoxidase, anticorpo antitireoglobulina e TRAb são encontrados numa proporção significativa da população normal
- b) Pacientes com quadros mais graves de oftalmopatia de Graves costumam ter níveis de TRAb em títulos mais altos
- c) Quando um paciente com Doença de Graves desenvolve dermatopatia infiltrativa, ele quase sempre apresenta oftalmopatia associada
- d) Autoanticorpos bloqueadores do receptor do TSH são mais frequentes nos casos de tireoidite atrófica do que nos pacientes com bócio e forma clássica da tireoidite de Hashimoto
- e) Tanto a Doença de Graves como a Tireoidite de Hashimoto podem fazer parte da Síndrome Poliglandular Autoimune do tipo 2

52) Sobre o protocolo de abordagem de nódulo de tireóide recomendado pelo Departamento de Tireóide da SBEM, MARQUE A CONDUTA INCORRETA:

- a) Indicar cirurgia o mais precoce possível numa paciente grávida com citologia positiva para malignidade
- b) Não puncionar nódulos menores que 1 cm que não apresentem características ultrassonográficas sugestivas de malignidade nem história clínica de risco
- c) Solicitar cintilografia tireoidiana num paciente com TSH subnormal e suspeita de nódulo funcionante
- d) Repetir punção guiada por ultrassonografia nos pacientes com citologia prévia benigna cujo nódulo tenha crescido mais que 20% em relação ao tamanho inicial
- e) Realizar punção nos nódulos maiores de 1 cm numa glândula multinodular, de acordo com os critérios ultrassonográficos de malignidade

53) Mulher, 39 anos, com diagnóstico prévio de artrite reumatóide, consulta com queixa de irritabilidade, palpitações e perda de 3 kg no último mês. Ao exame físico observa-se bócio discreto de 25 gramas, indolor, difuso e firme. Exames complementares revelam TSH < 0,01 mUI/mL (VR:0,3-4,5), T₃ total = 230 ng/dL (VR:70-200), T₄ total = 15 µg/dL (VR:4,5-12), tireoglobulina = 130 ng/mL (VR:2-70), anti-TPO = 52 UI/mL (VR:<35), anti-Tg = 140 UI/mL (VR:<115), VSH = 12 mm; captação do I131 nas 24 horas = 1%. Com relação à doença que esta paciente apresenta, MARQUE A CORRETA:

- a) Necessita de avaliação periódica pelo substancial risco de recidivas e de desenvolvimento de hipotireoidismo crônico.
- b) O uso de glicocorticóides provoca alívio dos sintomas em 24-48 horas.
- c) É usualmente precedida de infecção aguda do trato respiratório superior.
- d) Os sintomas são facilmente controlados com doses baixas de uma droga antitireoidiana.
- e) Necessita de avaliação periódica pelo risco aumentado de desenvolver oftalmopatia.

54) No programa de triagem neonatal para hipotireoidismo congênito a função tireoidiana de um neonato de 4 dias de vida revelou T₄ total = 8 µg/dL (VR: 14-28) e TSH > 100 mU/L (VR: 1-39). Resultados de exames realizados alguns dias depois revelaram TBG normal e ausência de TRAb (anticorpos anti-receptor de TSH). O diagnóstico mais provável é:

- a) Deficiência familiar de TRH.
- b) Hipotiroxinemia transitória da prematuridade.
- c) Disgenesia de tiróide.
- d) Hipotireoidismo primário transitório da prematuridade.
- e) Resistência aos hormônios tireoidianos.

55) Sobre o mecanismo fisiopatológico principal da hipertensão arterial no hipotireoidismo, MARQUE A CORRETA:

- a) aumento da resistência periférica.
- b) débito insuficiente.
- c) vasoconstrição.
- d) hiperadrenocorticismos compensatório.
- e) aumento de catecolaminas.

56) Sobre a presença do anticorpo anti-tireoglobulina no seguimento do câncer diferenciado da tireóide podemos afirmar: (MARQUE A CORRETA)

- a) Pouco interfere no valor da tireoglobulina
- b) Não serve como marcador de recorrência quando persistentemente elevado (com mais de 12 meses de seguimento)
- c) Não deve ser pesquisado nestes pacientes
- d) Interfere no valor da tireoglobulina na maioria dos ensaios imunométricos existentes
- e) Não interfere no valor da tireoglobulina na maioria dos ensaios imunométricos existentes

57) Mulher de 35 anos foi diagnosticada como portadora de macroprolactinoma (adenoma com 2,4 x 1,8 cm e extensão suprassellar) em 2004. Desde então vem em uso de cabergolina (no momento, 1 mg/semana). Menstrua regularmente, não tem galactorrêia e os últimos exames revelaram níveis de prolactina (PRL) de 23 ng/mL (VR:2,8 a 29,2). A ressonância magnética hipofisária revelou-se normal. Qual a melhor conduta para esta paciente?

- a) Suspende a cabergolina e reintroduzi-la apenas se a PRL voltar a se elevar.
- b) Suspende a cabergolina e submeter a paciente à radiocirurgia *gamma-knife*
- c) Suspende cabergolina apenas quando a paciente atingir a menopausa.
- d) Manter a cabergolina indefinidamente.
- e) Administrar a cabergolina quinzenalmente.

58) Mulher de 60 anos faz uma ressonância de crânio após colisão automobilística que evidenciou uma massa hipofisária (0,6 cm), sem expansão supresselar. A paciente não refere cefaléia, distúrbios visuais, galactorreia ou sintomas e sinais de acromegalia ou de Doença de Cushing. Sua menopausa ocorreu aos 43 anos.

Resultado dos exames:

TSH = 2,5 mIU/L (VR: 0,5-5); T4 livre = 1,3 ng/dL (VR: 0,7-1,5) Cortisol 8h = 18,2 µg/dL

Estradiol = 12 ng/mL FSH-73 IU/mL IGF-I, normal; Prolactina = 12 ng/mL (VR: < 20)

Qual seria a melhor estratégia na condução deste caso?

- a) programar ressonâncias magnéticas periódicas para avaliar a massa hipofisária e repetir as dosagens hormonais
- b) tratar com bromocriptina
- c) realizar radiocirurgia com “*gamma knife*”
- d) indicar radioterapia convencional
- e) realizar craniotomia para remoção do tumor hipofisário

59) Homem, 48 anos, com diagnóstico de acromegalia causada por tumor hipofisário que apresenta extensão supresselar, com deslocamento do quiasma óptico e hemianopsia bitemporal no exame campimétrico, além de extensão parasselar do lado direito. Sobre a abordagem terapêutica e de seguimento de casos como este, MARQUE A INCORRETA:

- a) Os análogos da somatostatina são a opção primária de tratamento.
- b) Usando os ensaios sensíveis atualmente disponíveis, um nível de GH nadir pós-terapia menor que 0,4 µg/L após sobrecarga de glicose indica controle da doença.
- c) O antagonista do receptor de GH pegvisomanto não é indicado como opção primária de terapia.
- d) Terapia pré-cirúrgica com análogos da somatostatina não interfere com os resultados do tratamento cirúrgico.
- e) A combinação de cabergolina e octreotida LAR é uma opção terapêutica nos pacientes parcialmente responsivos a doses máximas do análogo da somatostatina, independentemente dos níveis séricos de GH, IGF-1 e prolactina.

60) Homem, 37 anos, com queixa de diminuição da acuidade visual há 4 meses associada com astenia e diminuição da libido. Fez ressonância magnética solicitada pelo seu oftalmologista que mostrou macroadenoma hipofisário com extensão supresselar. Com relação à abordagem deste caso, MARQUE A CORRETA:

- a) um valor normal de IGF-1 não exclui o diagnóstico de deficiência de GH
- b) TSH baixo ou suprimido confirmaria o diagnóstico de hipotireoidismo central
- c) O teste do LHRH é o que tem melhor sensibilidade e especificidade para estabelecer o diagnóstico de hipogonadismo
- d) Cortisol sérico às 8:00 h <18 µg/dL confirma o diagnóstico de insuficiência adrenal secundária
- e) Prolactina de 90 ng/mL confirma o diagnóstico de prolactinoma e o tratamento com agonista dopaminérgico deve ser iniciado

61) Criança de 05 anos com diagnóstico de diabetes insípido realiza estudo de ressonância magnética para avaliação da região hipotálamo-hipofisária, que evidencia espessamento difuso da haste hipofisária e ausência do hipersinal em T1, característico da hipófise posterior. Refere ainda dor na coluna torácica (terço médio) e estudo de cintilografia óssea demonstra hipercaptação do radiofármaco na topografia de T5 e T7. Qual a hipótese diagnóstica MAIS PROVÁVEL?

- a) sarcoidose pulmonar e do sistema nervoso central.
- b) histiocitose de células de Langerhans.
- c) germinoma supraselar com metástases pulmonares.
- d) hipofisite linfocitária.
- e) hamartoma hipotalâmico.

62) Paciente de 30 anos de idade, submetida há 30 dias a uma cesariana, queixa-se de poliúria, polidipsia e nictúria que surgiram há cerca de 15 dias. Ao sumário de urina observa-se uma densidade de 1.005, sem glicosúria. Na avaliação bioquímica, mostraram-se normais a glicemia, a calcemia e o ionograma. Função tireoidiana: TSH = 7,2 mIU/mL (VR: 0,3-5), T4 livre = 0,8 ng/dL (VR: 0,7-1,5), anti-TPO = 456 U/L (VR: <35). A ressonância magnética revelou aumento difuso da hipófise. Qual o diagnóstico MAIS PROVÁVEL para justificarmos as queixas da paciente?

- a) Hipofisite linfocítica.
- b) Diabetes insípido gestacional.
- c) Polidipsia dipsogênica.
- d) Tireoidite pós-parto.
- e) Diabetes insípido autoimune.

63) Um paciente foi operado de um tumor hipotalâmico e foi tratado com DDAVP na UTI, devido a poliúria, até o 5º dia de pós operatório (DPO), sem ter sido feita avaliação diagnóstica específica. O DDAVP foi suspenso após 5 dias por que a poliúria desapareceu. No 8º DPO, foi solicitada uma interconsulta com a endocrinologia devido a uma hiponatremia. Em relação a esse caso, MARQUE A CORRETA:

PNB = peptídeo natriurético cerebral; ADH = hormônio anti-diurético

- a) A hiponatremia está associada a uma perda renal primária de sódio.
- b) É provável o retorno da poliúria após melhora espontânea da hiponatremia.
- c) A causa da hiponatremia é uma hiperprodução pós-traumática de PNB.
- d) Existe importante contração do volume circulante efetivo e a uréia está elevada.
- e) Ocorre hipervolemia, o ADH está elevado e o tratamento definitivo é a restrição hídrica.

64) Assinale a alternativa incorreta sobre as manifestações clinico-laboratoriais da síndrome de Sheehan:

- a) TSH = 9,8 mIU/mL (VR: 0,3-5) + T4 livre = 0,5 ng/dL (VR: 0,7-1,8)
- b) Hiponatremia.
- c) Agalactia como condição *sine qua non* para o diagnóstico.
- d) Imagem de sela vazia à ressonância magnética.
- e) Algumas pacientes podem manter ciclos menstruais regulares, e até engravidar espontaneamente.

65) A respeito dos fatores de transcrição hipofisários, MARQUE A CORRETA:

- a) São glicoproteínas codificadas por genes ativados durante embriogênese hipofisária e atuam na diferenciação das células adeno-hipofisárias.
- b) Mutações do fator de transcrição PROP-1, HESX-1 e TPIT podem causar deficiência combinada de hormônios hipofisários e neuro-hipófise ectópica.
- c) Os fatores de transcrição PROP-1, Pit-1, LHX3, LHX4 e HESX-1 são fatores de transcrição específicos hipofisários.
- d) O gene mais comumente mutado nos pacientes com deficiência combinada de hormônios hipofisários de origem genética é o PROP1.
- e) Os defeitos da linha média são comuns e, em sua maioria, causados por mutações no gene *Kal*.

66) Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, há 2 meses dor abdominal associada à emagrecimento de 6 kg nesse período, palpitações, sudorese e cefaléia. Há 2 semanas tontura e piora do quadro de palpitações e cefaléia. Ao exame: PA = 210x130 mmHg (deitado), PA = 160x70 mmHg (em pé), FC = 100 bpm (deitado), FC = 120 bpm (em pé), ausculta cardíaca e pulmonar normais; abdome com massa palpável de 10 cm em mesogastro. Exames laboratoriais: função renal normal, urina tipo I normal. Hemograma normal, glicemia de jejum = 125 mg/dL, normetanefrina = urinária 2500 µg/24 h (VR: até 800), metanefrina urinária = 23 µg/24 h (VR: até 400), noradrenalina plasmática = 1500 pg/mL (VR: até 198), adrenalina plasmática = 35 pg/mL (VR: até 40), dopamina = 550 pg/mL (VR: até 500). RNM de abdome: tumoração em retroperitônio de 13 cm com hipersinal em T2. MARQUE A CORRETA:

- A hipótese de malignidade no caso acima é muito remota, pois os valores de dopamina não são muito elevados.
- A cintilografia com MIBG deverá ser realizada, com o intuito de se evidenciar metástases ou outros focos da neoplasia.
- A presença da enzima feniletanolamina metiltransferase explica os valores tão elevados de noradrenalina e normetanefrina.
- A provável mutação que paciente carrega é no protooncogene RET.
- A mutação do gene SDHB leva ao aparecimento somente de feocromocitomas extra-adrenais.

67) Uma paciente de 18 anos procurou endocrinologista por causa de amenorréia primária. Ao exame físico: 1,73 m; 57 kg; mamas Tanner I; PA = 180/120 mmHg; genitália externa feminina, sem cliteromegalia; não há hirsutismo, nem aumento da massa muscular. Exames laboratoriais: glicemia e função renal normais; K⁺ sérico = 2,9 mEq/L (VR: 3,58 a 5,1); cariótipo 46, XY; testosterona = 20 ng/dL (VR: 9–83); estradiol = 10 pg/mL; LH = 32 UI/L e FSH = 64 UI/L; prolactina, normal. A paciente tem uma irmã de 20 anos de idade que ainda não menstruou e também é hipertensa. Qual a hipótese diagnóstica mais plausível para este caso?

- Deficiência da 5α-redutase.
- Hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 17α-hidroxilase.
- Síndrome de Morris.
- Síndrome de Reifenstein.
- Hermafroditismo verdadeiro.

68) Paciente do sexo feminino de 76 anos de idade, com HAS há 3 anos associada a fraqueza proximal, equimose espontâneas, câimbras e emagrecimento de 10 kg em 2 meses. Em uso de enalapril 20 mg/dia. Nega uso de corticoesteróides e escurecimento da pele. Ao exame: PA = 150x90 mmHg, FC = 80 bpm, ausculta cardíaca e pulmonar, normais; fundo de olho sem sinais de retinopatia hipertensiva. Exames laboratoriais: hemograma normal, função renal normal, urina tipo I normal, glicemia de jejum = 99 mg/dL, K⁺ = 2,5 mEq/L (VR: 3,5-5,4), Na⁺ = 140 mEq/L (VR: 136-145), aldosterona plasmática = 44 ng/dL (VR: 4-31), atividade plasmática de renina = 0,1 ng/mL/h (VR: 0,5-2), cortisol pós 1 mg de dexametasona = 24 µg/dL, cortisol pós 2 mg de dexametasona = 21 µg/dL, DHEA-sulfato = 120 µg/dL (VR: até 110), 11-desoxicortisol = 130 ng/dL (VR: 15-55), ACTH das 8 horas da manhã = 5 pg/mL (VR: < 46). TC de adrenais: nódulo de 5 cm em adrenal esquerda com valor de atenuação de 28 HU e wash out de 20%. MARQUE A CORRETA:

- Trata-se de um adenoma produtor de cortisol e não está indicada adrenalectomia, pois paciente tem idade avançada.
- A principal hipótese é hiperaldosteronismo primário e o tratamento com espironolactona (300 mg/dia) deve ser instituído.
- Hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 11-β hidroxilase forma não clássica pode ser confirmada com o teste do ACTH sintético.
- O prognóstico da paciente é bom, visto que tem idade avançada e há produção de composto S.
- A produção de mais de uma classe de esteróide sugere carcinoma de adrenal e está indicada adrenalectomia.

69) Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, com quadro de cefaléia e palpitações há 2 anos, além de HAS há 3 meses. Antecedente de cistos renais e pancreáticos. Em uso de anlodipina, 10 mg por dia. Ao exame: PA = 190x80 mmHg (deitada), FC = 88 bpm (deitada), PA = 130x60 mmHg (em pé), FC = 120 bpm (em pé); ausculta cardíaca e pulmonar normais, Fundo de olho: angiomas de retina. MARQUE A CORRETA:

- a) Aproximadamente 10% dos feocromocitomas são genéticos e no caso acima a hipótese de síndrome de Von Hippel Lindau é a mais importante.
- b) O ácido vanilmandélico é o exame com a menor taxa de falso-negativo na investigação de feocromocitoma.
- c) Aproximadamente 25% dos feocromocitomas são genéticos e os antecedentes de cistos renais e pancreáticos e angiomas de retina fortalece a hipótese de provável mutação no VHL.
- d) Metanefrina plasmática é um exame com alta sensibilidade e especificidade para feocromocitomas genéticos e no caso como tal hipótese é fraca, não deve ser solicitada.
- e) Hipotensão ortostática não é um sinal propedêutico importante nos feocromocitomas.

70) Em relação à insuficiência adrenal é CORRETO afirmar :

- a) O diagnóstico de crise adrenal é clínico, devendo o tratamento ser iniciado rapidamente sempre que houver a suspeita da mesma.
- b) A hipoglicemia não é um achado freqüente.
- c) A dosagem de cortisol basal sempre define o diagnóstico.
- d) Hiperpigmentação cutânea, astenia, perda de peso e hipotensão sugerem o quadro de insuficiência adrenal secundária.
- e) A dosagem de ACTH é fundamental para definir a melhor forma de tratamento.

71) No que se refere aos incidentalomas adrenais, qual dos parâmetros abaixo seria MENOS útil na diferenciação entre adenoma e carcinoma?

- a) Tamanho da lesão.
- b) Níveis séricos do sulfato de deidroepiandrosterona.
- c) Citologia adrenal obtida por biópsia percutânea com agulha fina.
- d) Densidade pré-contraste da lesão à tomografia computadorizada (TC).
- e) Velocidade de clareamento do contraste endovenoso durante a TC.

72) Em relação as causas de deficiência de Vitamina D, MARQUE A INCORRETA:

- a) Cirurgia bariátrica.
- b) Uso de anticonvulsivantes.
- c) Mieloma múltiplo.
- d) Síndrome de má-absorção.
- e) Uso de orlistat (inibidor da lipase pancreática).

73) Sobre os fatores que podem estar relacionados com a menor síntese cutânea de vitamina D, MARQUE A INCORRETA:

- a) Latitude
- b) Atividade Ocupacional
- c) Uso de bloqueador solar
- d) Uso de anticoncepcional
- e) Pigmentação da pele

74)Em relação às causas de perda óssea, MARQUE A INCORRETA:

- a) diurético tiazídico
- b) fenobarbital
- c) heparina
- d) rosiglitazona
- e) glicocorticóide

75)Paciente feminina de 63 anos com antecedente de embolia pulmonar, diabetes e hipertensão; apresentou fratura de colo de fêmur há 6 meses, sendo diagnosticada osteoporose de coluna (T score = -4,8) e em fêmur (T score = -2,9). Em uso atual de glibenclâmida, hidroclorotiazida e enalapril. Dentre as medicações abaixo relacionadas, qual(is) pode(m) ser usada(s) para o tratamento da osteoporose neste caso?

- Teriparatida

- Cálcio

- Vitamina D

- Alendronato

- Pamidronato

- Raloxifeno

MARQUE A CORRETA:

- a) todas, exceto alendronato.
- b) todas, exceto pamidronato.
- c) 4 opções podem ser usadas.
- d) todas, exceto teriparatida.
- e) todas, exceto raloxifeno.

76)Em relação ao hiperparatireoidismo primário (HPP), MARQUE A INCORRETA:

- a) Apenas 25% dos casos assintomáticos progridem com piora da hipercalcemia ou da hipercalcúria
- b) O único fator preditivo da progressão do HPP assintomático é idade abaixo de 50 anos
- c) Cirurgia está indicada quando a densidade mineral óssea estiver abaixo de - 2,5 em qualquer sítio
- d) Os portadores de HPP assintomático devem manter uma ingestão de cálcio abaixo de 400 mg/dia
- e) Calcúria de 380 mg/dia em portador de HPP assintomático não é razão para indicar cirurgia

77)Entre as causas ou fatores de risco para osteoporose, NÃO SE INCLUI:

- a) Mastocitose sistêmica.
- b) Cirurgia de derivação para obesidade grave.
- c) Acidose tubular renal.
- d) Síndrome de Marfan.
- e) Dieta com baixo teor de proteínas (na ausência de desnutrição)

78)Quanto às drogas usadas no tratamento da infecção por HIV, MARQUE A INCORRETA:

- a) Vários inibidores de protease causam redistribuição de gordura
- b) Inibidores de transcriptase reversa de nucleotídeos podem causar hiperfosfatemia
- c) Inibidores de transcriptase reversa de nucleosídeos podem causar hiperglicemia
- d) Acetato de megestrol pode levar a um aspecto cushingóide
- e) Cetoconazol pode levar a deficiência de vitamina D

79) Em relação à vitamina D, MARQUE A CORRETA:

- a) Vitamina D < 15 ng/mL e paratormônio normal podem ocorrer na hipermagnesemia.
- b) São fatores de risco para deficiência: raça branca e cirurgia bariátrica.
- c) Nas deficiências leves e moderadas, a di-hidroxitamina D está baixa.
- d) Deficiência é causa de maior risco de tuberculose e quedas.
- e) Intoxicação pode ocorrer após exposição excessiva ao sol.

80) Em relação ao sistema RANK/RANKL/OPG (receptor ativador do fator nuclear KBeta / ligante do receptor ativador do fator nuclear KBeta / Osteoprotegerina), MARQUE A CORRETA:

- a) A doença de Paget óssea tem como principal causa mutações ativadoras do gene da OPG.
- b) Na osteoporose por artrite reumatóide o sistema RANK/RANKL/OPG tem atividade diminuída.
- c) Mutações ativadoras do gene que codifica o RANK, podem causar hiperfosfatase esquelética expansiva.
- d) Na osteoporose induzida por glicocorticóides, a OPG sérica está aumentada.
- e) A osteoprotegerina sérica está aumentada na insuficiência renal crônica.

81) Sobre os efeitos do ranelato de estrôncio, MARQUE A INCORRETA:

- a) Ligação ao receptor do íon cálcio.
- b) Aumento da replicação osteoblástica.
- c) Diminuição da atividade osteoclástica.
- d) Aumento expressivo da remodelação óssea.
- e) Relação direta entre aumento da densidade mineral óssea e redução do risco de fraturas.

82) Você foi chamado para responder um pedido de consulta da Clínica Médica para uma paciente internada que apresentou os seguintes achados laboratoriais: cálcio ionizado = 1,7 mmol/L (VR: 1,16-1,3) e PTH intacto indetectável. Qual alternativa apresenta as MAIS PROVÁVEIS possibilidades diagnósticas para estes achados laboratoriais?

- a) Hipercalcemia da Malignidade e Intoxicação por Vitamina D
- b) Erro de coleta e Hipoparatiroidismo
- c) Hipercalcemia da Malignidade e Hipoparatiroidismo
- d) Hipercalcemia Benigna Familiar e Erro de Coleta
- e) Intoxicação por Vitamina D e Hipoparatiroidismo

83) Analise as sentenças abaixo e MARQUE A INCORRETA:

- a) Paratiroidectomia total está indicada em todo paciente com neoplasia endócrina múltipla (MEN) tipo 1 que apresente mutação no gene da menin, assim que o hiperparatiroidismo for diagnosticado.
- b) Hiperparatiroidismo é mais comum na MEN tipo 1 do que na MEN tipo 2A.
- c) Pacientes com MEN tipo 2b não desenvolvem hiperparatiroidismo.
- d) Hiperparatiroidismo na MEN tipo 1 quase nunca é causado por carcinoma de paratiroides.
- e) Hiperparatiroidismo não faz parte do quadro clínico da doença de Von Hippel-Lindau nem do Complexo de Carney, mas pode se associar à neurofibromatose do tipo 1.

84) Em menina de 13 anos de idade, foi percebido, em consulta de rotina, um aumento difuso da tireóide que não havia sido notado, nem pela paciente, nem pela mãe. O estadiamento puberal era M1 e P2, peso no percentil 25, estatura com -2DP da média. Seu pai tinha estatura no percentil 50 e sua mãe no percentil 75. MARQUE A CORRETA:

- a) Apenas um eventual hipotireoidismo pode justificar esse quadro clínico
- b) Pode haver associação entre um eventual hipotireoidismo e deficiência de GH nessa paciente
- c) O diagnóstico de Síndrome de Silver Russel deve ser considerado nesse caso
- d) Hipogonadismo hipogonadotrófico associado a eventual hipotireoidismo pode justificar esse quadro clínico
- e) O diagnóstico de Síndrome de Turner deve ser afastado obrigatoriamente

85) Com relação aos genes envolvidos com hipogonadismo hipogonadotrófico, MARQUE A INCORRETA:

- a) FGFR1 (receptor do fator de crescimento fibroblástico 1)
- b) DAX-1 (DSS, Hipoplasia Adrenal Congênita, no cromossomo X, região 1)
- c) LH beta (sub-unidade beta do Hormônio Luteinizante)
- d) GPR54 (Receptor acoplado à proteína G, 54)
- e) WNT-4 (Wingless type – 4)

86) Em relação à telarca prematura (TP), MARQUE A INCORRETA:

TE = Telarca Exagerada

- a) Mutações do gene *GNAS1*, da síndrome de McCune Albright, ocorrem em aproximadamente 25% dos casos de TE
- b) O uso de fitoestrogênios é causa incomum de TP, devido à sua baixa afinidade pelo receptor de estrogênio
- c) Casos de TP iniciados antes dos 2 anos de idade têm grande chance de regressão espontânea
- d) A inibina B e o FSH plasmáticos frequentemente estão em níveis puberais, mas o LH não acompanha essa elevação
- e) Avanços persistentes da idade óssea são comuns na TE e geralmente acarretam prejuízos significativos na altura final

87) Sobre as características da síndrome da disgenesia testicular, MARQUE A INCORRETA:

- a) Hipospádia e Criptorquidia
- b) História de exposição a pesticidas na vida intra-uterina
- c) Cariótipo 45X,46XY
- d) Infertilidade e Carcinoma testicular
- e) Aumento da relação androgênio/estrogênio

88) Mulher de 51 anos, 1,65 m, 52 kg, branca, com história de amenorréia há 11 meses e com sintomas de déficit estrogênico (fogachos, distúrbios do sono, fadiga física e psíquica). Sua história clínica e familiar e seus exames não contraindicam o uso de reposição hormonal para menopausa. A paciente refere querer iniciar o tratamento, uma vez que sua densitometria já evidenciou osteopenia e sua mãe de 73 anos tem osteoporose .

Assinale a terapêutica CORRETA para esta paciente.

- a) Estradiol transdermico diário e progesterona micronizada via oral durante 7 a 10 dias mensalmente
- b) Contraceptivo oral contínuo
- c) Estrógenos conjugados e medroxiprogesterona 5 dias ao mês
- d) Estradiol oral contínuo
- e) Estradiol transdermico contínuo

As questões 89 e 90 referem-se ao caso abaixo:

Os pais de um menino de 13 anos estão preocupados com sua baixa estatura e falta de desenvolvimento sexual. Pela história, você descobre que o paciente nasceu de gravidez a termo (peso de nascimento, 3 kg; comprimento, 50 cm) e que manteve um crescimento constante durante a infância, embora sempre estivesse dentre os mais baixos da classe. Após os 11 anos, a diferença de altura entre ele e seus amigos aumentou ainda mais.

Ao exame físico, sinais vitais são normais, PA = 110x70 mmHg, peso no percentil 3 e estatura < percentil 3. Proporções corpóreas revelam a relação 1:1 do segmento superior para segmento inferior, estágio puberal de Tanner P2G1.

89) Nesta situação, você deve dar andamento ao caso conforme o que segue abaixo:

- a) obter informação em relação à estatura dos pais e padrão familiar de maturação sexual.
- b) obter idade óssea e compará-la com idade cronológica e idade altura.
- c) definir o diagnóstico através da determinação das gonadotrofinas hipofisárias.
- d) obter registros de mensurações anteriores de peso e estatura e plotá-los na curva de crescimento.
- e) verificar a velocidade de crescimento.

90) Qual dentre os diagnósticos abaixo é o MAIS PROVÁVEL para esse paciente?

- a) Hipopituitarismo
- b) Síndrome de Kallmann
- c) Prolactinoma
- d) Retardo constitucional de crescimento e desenvolvimento puberal
- e) Síndrome de Klinefelter

91) Dentre as alternativas abaixo MARQUE A CORRETA:

- a) Altura corresponde à mensuração da criança na posição supina, e comprimento à mensuração da criança na posição ortostática
- b) O registro de altura e peso em um dado momento nos dá uma boa idéia do ritmo de crescimento da criança
- c) A velocidade de crescimento em determinado período de tempo é um dado útil para avaliar o processo de crescimento e o bem estar global da criança naquele período.
- d) Após o nascimento, é na adolescência que a criança apresenta maior velocidade de crescimento.
- e) O primeiro sinal de puberdade na menina é a aceleração da velocidade de crescimento

92) Com relação a deficiência da CYP21 (P450c21, 21-hidroxilase), assinale a opção INCORRETA:

- a) Os meninos apresentam ao nascer alterações genitais importantes que facilitam o diagnóstico
- b) As crianças não diagnosticada no período neo-natal evoluem com pubarca precoce e aceleração do crescimento linear
- c) Nas formas perdedoras de sal há diminuição da aldosterona e hipovolemia nas primeiras semanas de vida
- d) Nas formas não clássicas podem ocorrer virilização e pubarca precoce no período pré-puberal em ambos os sexos
- e) Nas formas não clássicas podem ocorrer infertilidade, acne, distúrbios menstruais e SOP no período pós-puberal

93) Quem prescreve glicocorticóides (GC) para uso prolongado ou na forma de pulsoterapia deve estar consciente e preparado para prevenir e tratar seus efeitos colaterais. Com relação à corticoterapia, MARQUE A INCORRETA:

- a) Catarata subcapsular posterior é uma complicação ocular que acomete especialmente os indivíduos idosos
- b) Está indicada a pesquisa de strongiloidiase em todo paciente antes do início de terapia
- c) Dieta hipossódica e reposição adequada de cálcio e vitamina D fazem parte das medidas profiláticas para osteoporose
- d) Em crianças asmáticas, o uso regular de GC inalatório é menos prejudicial ao crescimento do que cursos frequentes de GC sistêmico para controle de crises
- e) Dieta hiperproteica e exercícios isométricos são medidas profiláticas recomendadas para amenizar o catabolismo protéico e a redução do tônus muscular

94) Com relação aos feocromocitomas, MARQUE A INCORRETA:

- a) Pacientes assintomáticos geralmente tem tumores pequenos e são mais bem diagnosticados pela dosagem de catecolaminas no sangue
- b) A maioria dos tumores é unilateral, benigno e cursa com hipertensão arterial sistêmica paroxística ou persistente
- c) Devem ser rastreados nos pacientes com incidentaloma adrenal e nos parentes de primeiro grau de indivíduos com a doença
- d) A dosagem de ácido vanil-mandélico não é recomendada pela alta frequência de resultados falso-negativos
- e) Paraganglioma é o termo que designa o feocromocitoma extra-adrenal, mais comumente encontrado no abdome

95) Paciente de 40 anos consulta por fraqueza, anorexia, emagrecimento de 5 kg nos últimos 4 meses, e tonturas. No exame físico apresenta lesões hipocrômicas de pele (vitiligo) associadas com hiperpigmentação de pele e mucosas. Índice de Massa Corpórea (IMC) = 18 kg/m², PA = 90/60 mmHg. Exames laboratoriais iniciais: K⁺ = 5,7 mEq/L (VR: 3,5-5,4), Na⁺ = 130 mEq/L (VR: 136-145), TSH = 8,1 mUI/L (VR: 0,4-4,0), ACTH = 95 pg/ml (VR: até 46) e cortisol basal = 3,2 µg/dL. Qual seria a conduta inicial MAIS APROPRIADA neste caso?

- a) Iniciar glicocorticóide e repetir o TSH posteriormente
- b) Iniciar levotiroxina e, após a normalização do TSH, iniciar glicocorticóide
- c) Iniciar antibioticoterapia e repetir o TSH posteriormente
- d) Considerar erro laboratorial, pois na situação clínica do paciente o TSH costuma estar baixo
- e) Iniciar glicocorticóide e levotiroxina prontamente

96) Mulher, 23 anos, solteira, com queixa de amenorréia secundária há 3 meses. Nega vida sexual ativa no último ano. Faz uso de fluoxetina (20 mg/dia) há 1 ano, para distúrbio do humor. Nega uso de outras drogas. Ao exame: tireóide palpável, sem nódulos, consistência normal; galactorréia ausente; oleosidade de pele com acnes isoladas em face. Exames: Prolactina (PRL) = 180 ng/mL (VR: <20), TSH, indetectável, T₄ livre = 1,4 ng/mL (VR: 0,8-1,7); testosterona total = 22 ng/mL (VR: 10-80); LH > 150 UI/L; FSH = 3,4 UI/L. Qual seria o PRÓXIMO PASSO na abordagem deste caso?

- a) Solicitar dosagem de beta-HCG
- b) Pesquisar macroprolactinemia
- c) Pedir ressonância magnética de crânio e, havendo um microadenoma, iniciar um teste terapêutico com um agonista dopaminérgico em dose baixa
- d) Suspender a fluoxetina, pois o diagnóstico neste momento é hiperprolactinemia farmacológica
- e) Iniciar contraceptivo oral

97) Com relação aos mecanismos de síntese e ação hormonal e suas implicações na fisiologia normal e em doenças endócrinas, MARQUE A INCORRETA:

- a) O pico de LH que antecede o pico de estrogênio no meio do ciclo menstrual feminino é um exemplo clássico de *feedback* positivo.
- b) Ação parácrina refere-se ao efeito de um hormônio nas células adjacentes aquelas onde ele é produzido.
- c) Mutação com ganho de função no receptor de TSH é observada no nódulo tóxico de tireóide.
- d) O GH contém 2 sítios de ligação que se unem a 2 moléculas do receptor de GH.
- e) Diabetes insípido nefrogênico pode ser causado por mutação com perda de função no receptor do ADH.

98) Com relação às mutações, MARQUE A CORRETA:

- a) Mutações são modificações súbitas que ocorrem no material genético e sua taxa de ocorrência independe da presença ou não de agentes mutagênicos.
- b) Mutações sempre são deletérias.
- c) O término prematuro da tradução protéica não interfere na função e nem na eficiência da proteína.
- d) A troca de um nucleotídeo não muda obrigatoriamente o aminoácido que será incluído na proteína.
- e) Quanto ocorrem em células germinativas, não serão transmitidas aos descendentes.

99) Em relação aos genes, MARQUE A INCORRETA:

- a) A troca de um nucleotídeo do RNAm não muda obrigatoriamente o aminoácido incluído na proteína
- b) Mutações *nonsense* são aquelas que determinam a troca de nucleotídeos na proteína, porém mantendo as mesmas características físico-químicas do aminoácido
- c) Quando ocorrem inserções ou deleções de um único nucleotídeo em uma sequência codificadora de um gene, ocorrerá alteração no quadro de leitura (*frameshift*)
- d) Um pseudogene é uma sequência de nucleotídeos semelhante a um gene normal, incapaz de codificar uma proteína com mesma função do gene referência expresso, em virtude das mutações presentes em sua sequência.
- e) Os genes estão presentes em todas as células do organismo, com exceção daquelas que perderam o núcleo durante a diferenciação celular.

100) Paciente de 23 anos de idade foi encaminhada ao endocrinologista devido à amenorréia primária. Ao exame físico: 1,63m, 57 kg; mamas bem desenvolvidas; genitália externa feminina, sem cliteromegalia nem hirsutismo ou aumento da massa muscular; pelos pubianos ausentes. PA = 120 x 80 mmHg. Exames laboratoriais: testosterona = 406 ng/dL (VR para mulheres = 9–83); estradiol = 20 pg/mL; LH = 15 UI/L; FSH=9,4 UI/L; prolactina = 8,3 µg/L. Qual a hipótese diagnóstica MAIS PROVÁVEL?

- a) Síndrome de Turner.
- b) Deficiência da 5 α -redutase.
- c) Resistência androgênica completa.
- d) Síndrome dos ovários policísticos.
- e) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 17 α -hidroxilase.

Questões reservas

1- O que é considerado doença ativa no pós operatório de cirurgia hipofisária em um paciente de 42 anos com acromegalia por macroadenoma (1,3X0,8cm):

- a) IGF-1 sanguínea elevada + GH pós TOTG > 0,4ng/ml
- b) IGF-1 sanguínea elevada + GH randômico > 0,2 ng/ml
- c) IGF-1 sanguínea elevada + GH pós glucagon > 0,1 ng/ml
- d) IGF-1 sanguínea normal + GH randômico > 0,8 ng/ml
- e) IGF-1 sanguínea normal + GH pós glucagon > 2 ng/ml

2- Em relação à oftalmopatia de Graves assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A orbitopatia pode vir meses após a tirotoxicose
- b) Histologicamente há ruptura de fibrilas musculares e infiltração linfocítica
- c) Os pacientes com doença mais ativa tem mais altos níveis de TSHRAbs
- d) Nos pacientes com eutiroidismo não há anticorpos antitiroideanos presentes no plasma
- e) O tabagismo pode aumentar a inflamação e levar a anoxia

3- Em uma paciente com 37 anos de idade, com hiperaldosteronismo primário e nódulos adrenais bilaterais, qual o MELHOR método de localização da lesão responsável?

- a) Cintilografia com Tc-99
- b) Cintilografia com Tc-99-Sestamibi
- c) Cintilografia com iodo-colesterol
- d) Arteriografia seletiva
- e) Venografia seletiva

4- Dos tipos de neuropatia diabética, qual o que NÃO se apresenta com déficit motor:

- a) De fibras longas
- b) De fibras curtas
- c) De estrangulamento
- d) Mononeuropatia aguda
- e) De distribuição proximal

5- São fármacos utilizados para controle da dor neuropática no diabetes, EXCETO:

- a) Capsaicina
- b) Gabapentina
- c) Pregabalina
- d) Duloxetina
- e) Agomelatina