

EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - 2021



1º Dia – 24/07/2021

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

Mulher, 65 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, em uso de insulina glargina 56 UI/dia, vildagliptina 50mg 2 vezes/dia e metformina 850mg 2 vezes/dia. Refere ganho de peso. Traz os seguintes exames: glicemia de jejum 112 mg/dl, glicemia após café da manhã 182 mg/dl, HbA1c 8,3%. Você decide iniciar ou a combinação de degludeca e liraglutida em uma única aplicação (iDegLira) ou a combinação de glargina com lixisenatida em uma única aplicação (iGlarLixi), obedecendo as recomendações das bulas. Suspende a vildagliptina e substitui a insulina glargina por:

- A) iDegLira 16 UI/dia ou iGlarLixi 30–60 30 UI/dia e ajusta a cada três dias, de acordo com as glicemias de jejum.
- B) iDegLira ou iGlarLixi 30–60, na dose equivalente a 80% da dose da insulina glargina, e ajusta a cada dia, de acordo com as glicemias de jejum.
- C) iDegLira 10 UI/dia ou iGlarLixi 10–40 10 UI/dia e ajusta a cada três dias, de acordo com as glicemias de jejum.
- D) iDegLira ou iGlarLixi 10–40 na metade da dose da insulina glargina e ajusta a cada dia, de acordo com as glicemias de jejum.

Questão 2

Gestante com diabetes mellitus tipo 1 procura o endocrinologista para acompanhamento. Ela vem em uso de Sistema Flash de Monitoramento de Glicose Contínuo e pede que o médico ajuste seu aparelho e defina as metas de tratamento. Assinale as recomendações **CORRETAS** para este caso:

- A) Intervalo entre 70 e 180 mg/dl e meta >70% do tempo no alvo.
- B) Intervalo entre 63 e 140 mg/dl e meta >70% do tempo no alvo.
- C) Intervalo entre 70 e 180 mg/dl e meta >50% do tempo no alvo.
- D) Intervalo entre 63 e 140 mg/dl e meta >50% do tempo no alvo.

Questão 3

Na cetoacidose diabética (CAD), além da urgência para o estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento específico, é essencial ficar atento a outros achados clínicos e laboratoriais. Na avaliação de um paciente com CAD, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Dor abdominal com rigidez de parede em um paciente com CAD indica um abdome agudo e deve ser abordado cirurgicamente tão logo o paciente tenha seu estado metabólico controlado.
- B) Elevação de enzimas pancreáticas ocorre em até 25% dos pacientes com CAD e pode se correlacionar com a gravidade do quadro.
- C) A presença de leucocitose em pacientes com CAD é um indicativo de quadro infeccioso e o início de antibioticoterapia deve ser feito precocemente nestes casos.
- D) Infecções são frequentes fatores desencadeantes de CAD, mesmo sem apresentar febre, pois a vasodilatação associada ao distúrbio metabólico pode levar à hipotermia.

Questão 4

A maioria dos casos de diabetes monogênico são erroneamente diagnosticados como diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 levando ao tratamento desnecessário ou inadequado. A hipótese de diabetes monogênico por mutação no gene da HNF1-alfa em um paciente jovem deverá ser suspeitada pela:

- A) história familiar positiva e sinais clínicos de resistência à insulina.
- B) história familiar positiva e resposta ao tratamento com sulfonilureia.
- C) casamento consanguíneo e níveis discretamente elevados da glicemia.
- D) ausência de obesidade e presença de anomalias geniturinárias.

Questão 5

Homem, 46 anos, com diabetes mellitus tipo 1 procura o endocrinologista para ajuste de seu tratamento. Ele é tabagista, com uma carga tabágica de 08 anos/maço. Faz uso de análogo de insulina de ação prolongada 28 UI pela manhã e ajustes/correções com Análogo de Insulina de Ação Ultrarrápida (AIAU). Ele ouviu falar sobre a nova insulina inalável e quer saber se é possível adequar seu tratamento a esta tecnologia. Sobre este caso, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Devido a carga tabágica de 08 anos/maço, este paciente não pode fazer uso da insulina inalável, já que existe maior absorção do fármaco nos pulmões e maior risco de hipoglicemia.
- B) Devido ao fato já terem sido observados casos de broncoespasmo em pacientes com DPOC, este paciente precisa de uma espirometria antes de considerar o tratamento com a insulina inalável.
- C) Devido ao maior risco de câncer de pulmão associado ao uso da insulina inalável, é recomendada a realização de uma TC de tórax antes de iniciar a medicação.
- D) Devido ao risco de câncer de esôfago demonstrado com a Insulina Inalável, está recomendada a realização de uma Endoscopia Digestiva Alta antes de iniciar a medicação.

Questão 6

Assinale a alternativa que descreve de forma **CORRETA** o tipo de ferramenta utilizada para a avaliação neurológica, a sensibilidade avaliada e o(s) tipo(s) de fibras envolvidas:

- A) Monofilamento de 10 g; sensibilidade protetora plantar; fibras grossas A-beta.
- B) Diapasão de 128 Hz; sensibilidade vibratória; fibras finas sensitivas tipo-C.
- C) Martelo; reflexo aquileu; fibras grossas motoras tipo-C mielinizadas.
- D) Palito descartável; sensibilidade dolorosa; fibras grossas sensitivas A-beta mielinizadas.

Questão 7

O *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) é um marco dentro do tratamento do diabetes mellitus tipo 1. Após seu término, os pacientes foram convidados a continuar o acompanhamento e o estudo foi chamado de *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications* (EDIC). Sobre os principais resultados destes estudos emblemáticos, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O tratamento intensivo da glicemia não levou a redução significativa dos desfechos cardiovasculares nem no curto (DCCT) nem no longo prazo (EDIC).
 B) Embora não tenha sido um objetivo primário do estudo, análises posteriores do DCCT demonstraram que a variabilidade glicêmica é mais importante que a média da glicemia no aparecimento e desenvolvimento das complicações microvasculares.
 C) Pacientes tratados no grupo intensivo e que já tinham algum grau de retinopatia diabética tiveram discreta piora da retinopatia no início do DCCT; mas, no longo prazo, o controle glicêmico intensivo reduziu aparecimento e progressão da retinopatia.
 D) Embora tenha demonstrado redução da neuropatia diabética no grupo tratado intensivamente, nem o DCCT nem o EDIC conseguiram demonstrar o benefício do controle glicêmico no risco de ulceração nos pés.

Questão 8

Homem, 36 anos, procura o endocrinologista para tratamento de sobrepeso e avaliação de exames. Ganhou peso no último ano devido a pandemia de Covid-19 e não tem tido tempo para atividade física. IMC 28 kg/m², resto do exame físico normal. Exames laboratoriais: glicose: 118 mg/dl; TOTG 120 minutos 177 mg/dl; HbA1c: 6,3%; insulina 37 UI/dl (VR < 18). Sobre a abordagem deste caso, além da mudança de estilo de vida, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) O uso da pioglitazona está indicado, devido aos níveis elevados de insulina e sobrepeso.
 b) O uso da semaglutida está indicado, devido à perda de peso, melhora do controle glicêmico e proteção cardiovascular.
 c) O uso da metformina está indicado para prevenção do diabetes mellitus tipo 2.
 d) O uso da dulaglutida está indicado, devido a sua ação na perda de peso, melhora da glicemia e proteção cardiovascular em prevenção primária.

Questão 9

Recentemente foi atualizado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas” (PCDT) do Ministério da Saúde para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Neste protocolo, foi incorporada a dapagliflozina para um subgrupo de pacientes com DM2. Em quais pacientes a dapagliflozina encontra-se liberada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

- A) Pacientes com DM2 há mais de 10 anos, com doença cardiovascular estabelecida e falência ao tratamento com metformina.
 B) Paciente com mais de 65 anos, com doença renal crônica estabelecida e falência ao tratamento com metformina e sulfonilureias.
 C) Pacientes com insuficiência cardíaca (fração de ejeção < 40%), independentemente da idade, e falência ao tratamento com metformina e sulfonilureias.
 D) Pacientes com mais de 65 anos, doença cardiovascular estabelecida e falência ao tratamento com metformina e sulfonilureias.

Questão 10

Complete corretamente os espaços abaixo:

O uso de tiazolidinedionas para tratamento do diabetes mellitus tipo 2 pode levar a aumento do risco de fraturas, uma vez que estes medicamentos agem no _____ (1) e, assim, podem interferir com _____ (2).

- A) 1 = receptor nuclear PPAR gama;
 2 = a diferenciação de células tronco mesenquimais em osteoblastos, comprometendo a formação óssea.
 B) 1 = receptor nuclear PPAR alfa;
 2 = a excreção urinária de cálcio, levando à hipercalciúria e aumento da reabsorção óssea.
 C) 1 = receptor nuclear PPAR gama;
 2 = a razão RANKL/OPG levando a aumento da reabsorção óssea.
 D) 1 = receptor nuclear PPAR alfa;
 2 = a atividade do receptor de vitamina D, levando ao comprometimento da ação da vitamina D no osso.

Questão 11

Homem, 43 anos, com diabetes mellitus tipo 1 há 26 anos procura o endocrinologista após anos sem acompanhamento. Ele relata ter ficado assustado com o resultado de seu exame oftalmológico e gostaria de saber o que pode ser feito para a sua retinopatia diabética.

Laudó: “Retinopatia diabética não proliferativa leve com edema macular sem envolvimento do centro da fóvea.” Sobre este caso, podemos dizer que o paciente tem indicação de:

- A) fotocoagulação + uso de Anti-VEGF estão recomendados para redução da piora da acuidade visual.
 B) realização apenas de Anti-VEGF pode ser considerado para redução da piora da acuidade visual.
 C) realização apenas de fotocoagulação pode ser considerada para redução da piora da acuidade visual.
 D) apenas acompanhamento clínico, pois não há qualquer benefício de fotocoagulação ou Anti-VEGF neste paciente.

Questão 12

Em qual situação abaixo está **CORRETAMENTE** indicada a realização de TOTG durante uma gestação?

- A) Paciente na primeira consulta do pré-natal, com obesidade e glicemia de jejum de 136 mg/dl.
 B) Gestante na 24^a semana, apresentando duas glicemias de jejum de 106 e 114 mg/dl.
 C) Paciente de 36 anos, sem história familiar de diabetes, na 23^a semana de uma gestação sem intercorrências.
 D) Gestante no primeiro trimestre, com história de diabetes tipo 2 há 2 anos e suspensão do tratamento com metformina no início da gestação.

Questão 13

Homem, 55 anos, vem em acompanhamento com o endocrinologista devido a diabetes mellitus pós-pancreatectomia subtotal por cisto pancreático. Está em uso regular de insulina em esquema basal-bolus e refere episódios frequentes de hipoglicemia. Sobre este paciente, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Devido à ausência de células alfa, este paciente deve fazer uso de pequenas doses de glicocorticoide pela manhã para amenizar o risco de hipoglicemias.
- B) A maioria dos sintomas de hipoglicemia é adrenérgica, mas também há sintomas colinérgicos por ativação parassimpática (sudorese, fome, parestesia).
- C) A dosagem de glucagon deve ser realizada para determinar a sua reserva pancreática e orientar o paciente quanto ao risco de hipoglicemia.
- D) O uso de beta bloqueadores é formalmente contraindicado neste paciente.

Questão 14

Homem, 66 anos, foi submetido a transplante de fígado devido a cirrose hepática com carcinoma hepatocelular. Três anos após o transplante observa aumento progressivo da glicemia e recebe o diagnóstico de diabetes mellitus. Encontra-se em uso tacrolimus. Marque a alternativa que contém um possível efeito sobre o metabolismo da glicose.

- A) Diminuição da translocação do GLUT-4 no tecido adiposo.
- B) Aumento da gliconeogênese hepática.
- C) Aumento da transcrição de fatores indutores de apoptose das células beta, como PDX-1 e HNF4-alfa.
- D) Diminuição da expressão do GLUT-2 no fígado.

Questão 15

Paciente com diabetes mellitus tipo 2 é internado com sintomas respiratórios iniciados há 8 dias e hiperglicemia (glicemia na admissão 347 mg/dl). Exame de RT-PCR em swab nasal confirma SARS-CoV-2. Evolui rapidamente com dispneia e é iniciado oxigênio e dexametasona endovenosa 6 mg ao dia. Após 2 dias, o paciente apresenta piora do quadro, com necessidade de intubação orotraqueal. Na UTI, o paciente desenvolve lesão necrótica em fossa nasal direita, com progressão rápida para hemiface. Considerando a hipótese de mucormicose, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) É uma infecção fúngica que pode afetar pacientes com diabetes mal controlado e tem bom prognóstico, já que responde bem ao tratamento clínico.
- B) Embora exista grande chance de acometimento dos seios da face, o envolvimento das órbitas e perda de visão é raro.
- C) O tratamento de escolha é o itraconazol, que deve ser iniciado no momento da suspeita clínica.
- D) O debridamento cirúrgico é importante para a remoção das áreas necróticas e pode melhorar a resposta ao tratamento.

Questão 16

Sobre orientações nutricionais e tratamento medicamentoso da obesidade na infância e adolescência, é **CORRETO** afirmar:

- A) Dietas pobres em carboidratos (<20% do valor energético total) são recomendadas por não interferirem no crescimento e desenvolvimento
- B) Para a alimentação complementar após os 6 meses de vida, o suco de fruta deve ser evitado, devendo-se dar preferência à fruta *in natura*.
- C) Liraglutida não deve ser utilizada para tratamento de obesidade nos adolescentes, mas podemos utilizar sibutramina e orlistate.
- D) Topiramato, orlistate e sibutramina são drogas aprovadas para tratamento de obesidade em pacientes maiores de 12 anos.

Questão 17

Apesar de raras, mutações no gene da leptina acarretam os quadros mais graves de obesidade monogênica. Além da gravidade da obesidade, assinale a alternativa **CORRETA** com relação à deficiência de leptina.

- A) A obesidade grave não se relaciona com resistência à insulina, pois a distribuição de gordura não tem predomínio abdominal.
- B) Pacientes com deficiência de leptina não tem opção terapêutica de tratamento medicamentoso.
- C) O fenótipo clássico desses pacientes caracteriza-se por obesidade grave de início precoce, hiperfagia e hipogonadismo hipergonadotrófico.
- D) Pacientes com deficiência de leptina apresentam maior frequência de infecções, pois a leptina modula a resposta imune de células T.

Questão 18

Assinale abaixo a alternativa **CORRETA** em relação aos achados clínicos e ao diagnóstico da causa mais comum de obesidade síndrômica:

- A) A síndrome de Alström tem padrão de herança autossômico dominante e caracteriza-se por obesidade, diabetes mellitus tipo 2, degeneração retiniana, surdez e polidactilia.
- B) A síndrome de Bardet-Biedl apresenta-se por obesidade, distrofia retiniana, polidactilia, malformações geniturinárias e dificuldade importante de aprendizado.
- C) O teste da metilação do gene SNRPN/SNRFP permite o diagnóstico em 99% dos casos dos pacientes que apresentam história de hipotonia neonatal com dificuldade para alimentação nos primeiros meses de vida, seguida por obesidade. Baixa estatura, pés e mãos pequenos, além de fácies típica também são achados característicos.
- D) A dissomia uniparental materna do cromossomo 15 é a alteração genética mais comum, sendo identificada através de análise de microssatélites. Esse defeito genético, além da obesidade, leva a quadros mais graves, doenças psicóticas, diabetes mellitus tipo 2, distúrbios do sono e consequente morte súbita mais precocemente.

Questão 19

Há uma interligação de sinais neuroendócrinos que afetam a fome, a saciedade e o gasto energético. Em relação a esse controle biológico, assinale a **CORRETA**:

- A) O efeito cerebral da leptina e insulina reduz a ingestão de alimentos e estimula a ativação de mecanismos que levam à aumento do gasto de energia.
- B) O peptídeo YY promove aumento na secreção e no esvaziamento do estômago, além de ter efeito anorexígeno.
- C) As funções cognitivas do hipotálamo exercem funções executivas de controle sobre as escolhas alimentares e a decisão de comer.
- D) A ghrelina estimula o apetite por estimulação da atividade dos neurônios POMC e redução dos neurônios NPY.

Questão 20

A intervenção dietética é um dos pilares para a perda de peso sustentada no tratamento da obesidade. Em relação a composição de macronutrientes (proteínas, carboidratos e gorduras) de uma dieta para indução de perda de peso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A modificação da composição de macronutrientes de uma dieta é mais eficaz que a redução total de energia ingerida.
- B) A dieta com restrição de gorduras totais não auxilia na redução de peso mesmo quando acarreta redução total da energia consumida.
- C) A dieta com restrição de carboidratos (entre 25% a 40% do valor energético total) é mais eficaz no curto prazo, quando comparada a outras dietas com ingestão calórica semelhante, porém tem eficácia semelhante no longo prazo.
- D) O aumento da ingestão de proteínas em até 50% da composição dietética deve ser recomendado por facilitar a perda de peso com manutenção da massa magra, independente da intensidade do treinamento físico realizado pelo paciente.

Questão 21

A pandemia de SARS-CoV-2 colocou a obesidade como um dos fatores de risco para as formas mais graves da doença. Entretanto, já existem evidências que demonstram o impacto da obesidade em outros quadros infecciosos, como influenza. Sobre a relação da obesidade com a influenza, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Indivíduos com obesidade grau III parecem ter o mesmo risco de internação e morte que indivíduos com sobrepeso.
- B) Indivíduos obesos, mesmo vacinados e com mesmos títulos de anticorpos que indivíduos com peso normal, parecem apresentar mais chance de desenvolver a doença.
- C) Pacientes com obesidade e assintomáticos parecem transmitir o vírus por mais tempo que indivíduos sintomáticos com peso normal.
- D) Embora a presença de obesidade esteja associada a formas mais graves da doença, o tempo de transmissão do vírus parece ser significativamente mais curto em indivíduos obesos.

Questão 22

Mulher, 34 anos, com histórico de obesidade e primeira tentativa para perder peso com dieta por conta própria aos 25 anos, com perda de 5 kg e recidiva progressiva de 4 kg. Aos 30 anos, procurou nutricionista e intensificou atividade física, com perda de 8 kg em 6 meses. Evoluiu com quadro depressivo aos 33 anos, com ganho de 12 kg, mas conseguiu perder 7 kg com retomada de dieta e prática regular de atividade física. Em relação a este caso, é **CORRETO** afirmar que:

- A) caso ela implemente definitivamente as mudanças de estilo de vida adequadas, sua chance de manter peso a longo prazo é elevada.
- B) as variações de peso aumentam o risco de doença cardiovascular por alterarem a complacência dos vasos e a natriurese.
- C) as variações de peso aumentam seu risco de diabetes mellitus tipo 2, já que promovem acúmulo de gordura ao longo dos anos.
- D) durante os períodos de perda de peso, seus níveis de leptina reduziram com consequente ampliação do sinal das vias hipotalâmicas anabólicas.

Questão 23

Sobre a patogênese e a avaliação diagnóstica da doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é **CORRETO** afirmar:

- A) A elastografia por fibroscan é um método rápido e não invasivo para avaliação de fibrose hepática, com melhor acurácia no diagnóstico de estágios iniciais de fibrose do que nos estágios mais avançados.
- B) A avaliação por ultrassonografia evidencia a presença de esteatose hepática somente quando o infiltrado de gordura seja de, pelo menos, 50%.
- C) A esteatose hepática é geralmente focal, com elevação da adiponectina e da resposta inflamatória encontrados à biópsia da região.
- D) A alteração laboratorial mais frequente é aumento leve a moderado da aspartato aminotransferase (AST), da alanina aminotransferase (ALT) ou de ambas, com a relação AST:ALT <1.

Questão 24

A cirurgia bariátrica é um tratamento cada vez mais comum para pacientes com obesidade grave e é importante que o endocrinologista esteja familiarizado com as complicações das principais operações: a derivação gástrica em Y-de-Roux convencional (DGYR), a gastrectomia vertical (GV) e a derivação biliopancreática pela técnica de *duodenal switch* (DBP). Relacione, respectivamente, a possível complicação com a operação:

- 1-Fístula próxima do ângulo de His por estenose do tubo gástrico na incisura *angularis* com necessidade de gastrectomia total e esofagojejunosomia.
 - 2-Piora de refluxo gastroesofágico prévio.
 - 3-Vômitos por estenose da anastomose gastrojejunal.
 - 4-Dor abdominal em cólica e vômitos devido a obstrução por hérnia interna com torção intestinal.
 - 5-Dor epigástrica por úlcera de boca anastomótica em paciente tabagista.
- A) GV, DGYR, DGYR, DBP, DGYR.
 - B) GV, DBP, DGYR, DGYR, DGYR.
 - C) DBP, GV, DBP, DBP, DGYR.
 - D) DGYR, DGYR, DBP, GV, DGYR.

Questão 25

No tocante às causas genéticas de obesidade, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A síndrome de Prader-Willi inclui obesidade e puberdade precoce, com estatura final e cognição preservadas.
- B) A síndrome de Bardet-Biedel pode se apresentar com obesidade, hipogonadismo, acometimento renal e retinopatia.
- C) Mutações ativadoras nos genes MC4R e POMC são causas de obesidade monogênica.
- D) Mutação ativadora no gene do receptor de leptina leva à hiperfagia, obesidade, atraso puberal e infertilidade.

Questão 26

Mulher, 32 anos, com 34 semanas de gestação, é admitida com dor abdominal, náuseas e vômitos, sendo confirmado diagnóstico de pancreatite aguda. À admissão, US abdominal sem alterações, glicose 86 mg/dl e triglicérides 2850 mg/dl. História familiar negativa para hipercolesterolemia ou morte cardiovascular prematura. Qual dos mecanismos abaixo explica o aumento significativo dos triglicérides que ocorreu nesta paciente?

- A) Aumento da atividade da Lipase Lipoproteica pela resistência à insulina.
- B) Aumento da síntese hepática de VLDL induzida pela gonadotrofina coriônica.
- C) Supressão da atividade da Lipase Hormônio Sensível pela progesterona.
- D) Supressão da atividade da Lipase Hepática pelo estrogênio.

Questão 27

Mulher, 66 anos, com diabetes mellitus tipo 2 desde os 48 anos e hipertensão arterial há 15 anos, sem eventos cardiovasculares prévios, é encaminhada para avaliação de aumento de colesterol. Exames laboratoriais: colesterol 245 mg/dl; HDL 38 mg/dl; triglicerídeos 255 mg/dl. Baseado nas recentes diretrizes publicadas pelas Sociedades Brasileiras de Endocrinologia e Metabologia e de Cardiologia, qual o risco cardiovascular da paciente, opção medicamentosa adequada e meta de LDL a ser alcançada?

- A) risco intermediário; sinvastatina 40 mg/dia; LDL < 100 mg/dl.
- B) baixo risco; ciprofibrato 100 mg/dia; LDL < 130 mg/l.
- C) risco alto; atorvastatina 80 mg/dia; LDL < 70 mg/dl.
- D) risco muito alto; rosuvastatina 40 mg/dia; LDL < 50 mg/dl.

Questão 28

Mulher, 18 anos, vem encaminhada pelo oftalmologista após identificar opacificação da córnea. Apresentava exames: colesterol total 98 mg/dl, HDL 10 mg/dl; LDL 74mg/dl e triglicerídeos 70 mg/dl. Nega história familiar de doença cardiovascular precoce. Quanto ao mais provável diagnóstico dessa paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) O mais provável é deficiência de LCAT e associa-se a doença cardiovascular precoce.
- B) O mais provável é hipoalfalipoproteinemia e não está associada a doença cardiovascular precoce.
- C) O mais provável é hipoalfalipoproteinemia com a herança autossômica recessiva na maioria dos casos.
- D) O mais provável é a deficiência da CTEP, com herança autossômica recessiva.

Questão 29

Mulher, 34 anos, vai a um médico conhecido por práticas alternativas para perder peso. Dentre um número absurdo de exames solicitados, o médico inclui também a dosagem da lipoproteína (a). A paciente não tem qualquer comorbidade (nem mesmo sobrepeso) e não tem história familiar de doença cardiovascular prematura. Exames laboratoriais: colesterol 157 mg/dl; HDL colesterol 58 mg/dl; triglicérides 80 mg/dl; lipoproteína (a) 45 mg/dl (VR < 30 mg/dl). Sobre este caso, é **CORRETO** afirmar:

- A) A paciente tem indicação de início de estatina de alta potência, que ajudará tanto na redução dos níveis do LDL colesterol como da lipoproteína (a).
- B) Por ser uma paciente de baixo risco cardiovascular, os níveis elevados da lipoproteína (a) não modificam a conduta neste caso.
- C) Os níveis de lipoproteína (a) desta paciente indicam risco cardiovascular muito alto, com necessidade de início de estatina de alta potência.
- D) Devido aos níveis de lipoproteína (a), esta paciente deve ter um alvo de LDL abaixo de 50 mg/dl e não-HDL < 80 mg/dl.

Questão 30

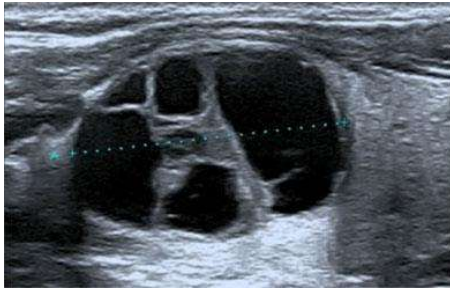
Mulher, 46 anos, com diabetes mellitus desde os 15 anos, usou hipoglicemiantes orais até os 22 anos, atualmente em uso de insulina 3 UI/kg/dia. Apresenta esteatohepatite não alcoólica detectada por elastografia hepática transitória, com esteatose moderada e sem fibrose (S2/3, F0/F1). Ao exame: IMC 25,4 kg/m², presença de *acantosis nigricans* em axilas e região cervical, acúmulo de gordura supraclavicular, duplo queixo e aparência de pseudo-hipertrofia muscular em membros superiores e inferiores.

Exames mostraram glicemia 305 mg/dl, HbA1c 11,2%, colesterol total 329 mg/dl, HDL 31 mg/dl, triglicerídeos 1674 mg/dl, TSH normal. Em relação ao caso clínico, é **CORRETO** afirmar:

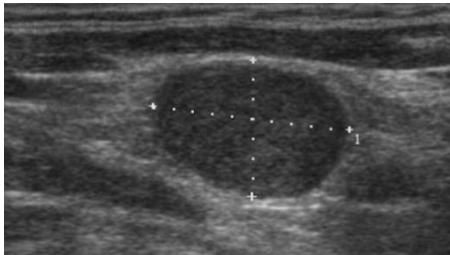
- A) Trata-se de uma Lipodistrofia Familiar Parcial (FPLD) e a principal hipótese diagnóstica é a Síndrome de Barraquer-Simons.
- B) A forma clínica apresentada é associada a mutações do gene PPAR-gama e é também denominada FPLD tipo 5.
- C) O uso de leptina recombinante promove melhora discreta nos achados de esteatohepatite, não alterando achados de inflamação e /ou fibrose na biópsia hepática após o tratamento.
- D) A pesquisa genética da paciente ou dos outros familiares afetados poderia ser útil na investigação diagnóstica, já que se trata de uma doença com herança autossômica dominante.

Questão 31

Mulher, 58 anos, fez exames de rotina, sem queixas. Apresenta exames laboratoriais normais inclusive TSH. US de tireoide mostrou glândula discretamente aumentada de volume às custas de 2 nódulos com imagem abaixo e ausência de linfonodomegalia:



Nódulo lobo direito (LD) medindo 2,3 x 1,8 x 2,0 cm



Nódulo lobo esquerdo (LE) medindo: 1,7 x 1,5 x 2,1 cm

De acordo com o Colégio Americano de Radiologia (ACR TI-RADS) qual a conduta **CORRETA**?

- A) Realizar a PAAF no nódulo em LE.
- B) Realizar a PAAF nos dois nódulos.
- C) Realizar PAAF no nódulo LD por ser o dominante.
- D) Não indicar PAAF em nenhum dos nódulos e manter a paciente em observação.

Questão 32

Paciente de 29 anos, gestação de 7 semanas, com dosagem sérica de TSH 5,5 mUI/l (VR 0,4 a 4,0). Novos exames demonstraram TSH 5,2 mUI/l e anticorpo antitireoperoxidase positivo. De acordo com a diretriz da *American Thyroid Association* (ATA) de tireoide e gestação, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Como um TSH mais elevado pode ser encontrado no primeiro trimestre da gestação, a função tireoidiana deve ser considerada normal e não necessita de tratamento.
- B) O diagnóstico é de hipotireoidismo subclínico na gestação e a positividade do anticorpo antitireoperoxidase reforça a indicação de tratamento com levotiroxina entre 25 e 75 mcg ao dia.
- C) Devido à gravidade do hipotireoidismo na gestação, recomenda-se iniciar terapia com dose de 2 mcg/kg/dia e ajuste da dose em dois meses de acordo com dosagem de TSH e T4 livre.
- D) O tratamento mais adequado seria a combinação de levotiroxina (LT4) e triiodotironina (T3) com o objetivo de simular a reposição hormonal mais semelhante ao que ocorre em uma gestante normal.

Questão 33

Homem, 50 anos, refere o aparecimento de mancha escura em braço direito há 1 ano. Foi submetido à ressecção da lesão com diagnóstico de melanoma. Indicado Pembrolizumabe a cada 3 semanas por um ano (17 aplicações). Após a quarta aplicação, refere mal-estar geral, astenia, sonolência, queda de cabelo e pele seca. Tireoide firme à palpação. US de tireoide com aspecto heterogêneo, volume total 37,2 ml. Exames laboratoriais: T4 livre 0,62 ng/dl (VR 0,8 a 1,9) e TSH 25,0 mUI/l (VR 0,4 a 4,0). Qual o mecanismo fisiopatológico que justifica a alteração tireoidiana do paciente relacionada à medicação?

- A) Indução da atividade da deiodinase tipo 3, aumentando o metabolismo do hormônio tireoidiano.
- B) Indução de doença autoimune da tireoide pela alta concentração de iodo da medicação, além da inibição da liberação de hormônio tireoidiano.
- C) Inibição da proteína CTLA-4 causando redução da resposta imunológica e lesão tireoidiana mediada por autoanticorpos.
- D) Inibição da proteína PD-1 (*"programmed death 1"*) aumentando a resposta imunológica do paciente e causando doença autoimune de tireoide.

Questão 34

Homem, 59 anos, encaminhado pelo cardiologista para avaliar nódulo de tireoide incidentalmente descoberto durante doppler de carótidas. História prévia de irradiação cervical por câncer de laringe. Exame físico: eutrófico, PA 120x80 mmHg, tireoide com nódulo palpável em istmo, com cerca de 1 cm. Exames laboratoriais: TSH 0,6 mUI/l (VR 0,4 a 4,0). US de tireoide com nódulo sólido de 0,8 cm em istmo, hipoeicoico, mais alto que largo, bordas irregulares e microcalcificações. Visualizada também imagem de provável etiologia linfonodal de 1,1 cm, nível III à direita, hipoeicoica, com pontos hipereicoicos de permeio e perda do hilo central. Qual conduta imediata e sua respectiva justificativa?

- A) Acompanhamento ultrassonográfico. Nódulo com menos de 1,0 cm.
- B) Tireoidectomia parcial. Nódulo em homem com mais de 55 anos.
- C) PAAF do nódulo de tireoide e do linfonodo com dosagem de tireoglobulina sérica. Nódulo com imagem suspeita de acometimento regional.
- D) PAAF do nódulo de tireoide e do linfonodo, com tireoglobulina no lavado do linfonodo. Nódulo com imagem suspeita de acometimento regional.

Questão 35

Mulher, 32 anos, refere dor em região cervical anterior de início súbito e de forte intensidade com irradiação para mandíbula. Há 1 semana apresentou-se subfebril e com dor no corpo com melhora espontânea. Exame físico atual: afebril, taquicárdica, pele quente e com tremores. Na palpação tireoidiana apresenta dor intensa principalmente à esquerda sem evidência de nódulos, massas, flutuação ou calor local. Foi prescrito anti-inflamatório não esteroide e solicitados os exames: TSH 0,02 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,6 ng/dl (VR 0,8 a 1,54); T3 1,75 ng/ml (VR 0,7 a 1,8); hemograma normal; VHS 120 mm na 1 hora; anticorpo antitireoperoxidase negativo. Permanece com dor importante cervical atualmente acometendo também o lado direito. A conduta **CORRETA** para o caso é:

- A) Trocar anti-inflamatório por um analgésico de maior potência.
- B) Iniciar beta bloqueadores, analgésico e droga antitireoidiana de preferência, metimazol.
- C) Iniciar beta bloqueadores e prednisona em dose de até 40mg.
- D) Manter anti-inflamatórios não esteroides e iniciar antibióticos de amplo espectro.

Questão 36

O hipotireoidismo consumptivo é uma forma incomum de doença tireoidiana. Leia as assertivas abaixo:

- I - Usualmente está associado a presença de tumores hepáticos de origem vascular.
 - II - É mais comumente visto em crianças do que em adultos.
 - III - É causado pela expressão aumentada da deiodinase tipo 2.
 - IV - São necessárias altas doses de levotiroxina (T4) para compensação do quadro e em alguns casos é necessária a associação com triiodotironina (T3).
- Sobre esta forma rara de hipotireoidismo, marque a alternativa que contém as assertivas **CORRETAS**:

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

Questão 37

Homem, 66 anos, apresentou nódulo em região cervical há 3 meses, sem disfagia, dispneia ou outros sintomas associados. US identificou nódulo de 2 cm em lobo esquerdo de tireoide (TI-RADS 5) e PAAF guiada por US foi classificada como Bethesda V. Foi indicada tireoidectomia total, com o seguinte laudo histopatológico: carcinoma papilífero de tireoide, variante folicular, 2,6 cm em seu maior diâmetro, sem invasão de estruturas adjacentes; 10 linfonodos avaliados e sem metástase identificada. Considerando o estadiamento, qual a conduta recomendada para esse paciente?

- A) Encaminhar para ablação com radioiodo (30 mCi).
- B) Encaminhar para ablação com radioiodo (100 mCi).
- C) Seguir com US cervical e dosagem de tireoglobulina.
- D) Uso de levotiroxina, objetivando TSH 0,1-0,5 mUI/l.

Questão 38

Mulher, 28 anos, no terceiro mês de puerpério, é encaminhada para avaliação. Refere gestação sem intercorrências. Atualmente a criança encontra-se bem, em aleitamento materno exclusivo. Há um mês, a paciente iniciou quadro de tremores, mal-estar e discreta dispneia. Apresenta exames laboratoriais com TSH suprimido e T4 livre aumentado 1,5 vezes o limite superior do método. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à condução do caso.

- A) Na investigação etiológica da tireotoxicose, devem ser solicitados antitireoperoxidase, TRAb e US de tireoide.
- B) Nesse caso, para o tratamento da tireotoxicose, a melhor opção é a cirurgia (tireoidectomia subtotal).
- C) Se TRAb positivo, deve-se iniciar propiltiouracil, pela menor chance de efeitos adversos dessa droga no puerpério.
- D) Devemos realizar diagnóstico diferencial com US de tireoide, VHS e cintilografia com captação de 2 e 24 horas.

Questão 39

Homem, 22 anos, veio encaminhado pelo cirurgião de cabeça e pescoço após tireoidectomia total por carcinoma medular de tireoide. A análise da pesquisa do gene RET evidenciou mutação patogênica no códon 634. Sobre esse tipo de mutação, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Essa mutação do gene RET tem ação ativadora na tireoide e inativadora em neuroblastos entéricos.
- B) A mutação é associada a hiperparatireoidismo, feocromocitoma e líquen amiloidótico cutâneo.
- C) É uma mutação de baixo risco com incidência de feocromocitoma em menos de 5% dos casos.
- D) A mutação é associada à NEM 2B com alto risco de agressividade do carcinoma medular.

Questão 40

Homem, 53 anos, em tratamento medicamentoso para Doença de Graves há 3 meses. Deu entrada no pronto socorro com quadro sugestivo de tempestade tireoidiana após mais de uma semana da suspensão do metimazol por conta própria. Qual das alternativas é a **CORRETA**?

- A) Deve ser iniciado propranolol a fim de inibir a síntese e liberação dos hormônios tireoidianos.
- B) Deve ser iniciado metimazol para bloqueio da síntese hormonal tireoidiana e inibição da deiodinase tipo 2.
- C) Deve ser iniciado glicocorticoide para bloquear a conversão periférica de T4 em T3.
- D) Deve ser usada inicialmente solução de iodeto seguida da droga antitireoidiana 1 hora após.

Questão 41

Com relação a ação do anticorpo antirreceptor do hormônio tireoestimulante (TRAb) nas estruturas retro orbitais, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Os fibroblastos orbitais são particularmente pouco sensíveis a estímulos inflamatórios e pouco estimulados pelo TRAb e por células T.
- B) Induz produção excessiva de matriz extracelular formada de glicosaminoglicanos, principalmente o ácido hialurônico, provocando acúmulo de líquido.
- C) Promove aumento de volume da musculatura ocular intrínseca causando estrabismos e diplopia com acometimento preferencial dos músculos reto superiores.
- D) Estimula a adipogênese, diferenciação de fibroblastos em células adiposas com menor expressão de receptor do TSH, promovendo depósito intraocular de tecido adiposo.

Questão 42

Quanto aos diversos mecanismos adaptativos nos hormônios tireoidianos durante a gestação, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Há maior inativação placentária dos hormônios tireoidianos por ação das deiodinases, pois a placenta humana expressa deiodinases 1 e 2.
- B) Há aumento das frações livres dos hormônios tireoidianos secundário ao aumento da produção hepática de globulina ligadora de tiroxina provocada pela elevação do estrogênio sérico.
- C) Há menor estímulo do eixo hipotalâmico-hipofisário-tireoidiano devido ao bloqueio das gonadotrofinas pelos altos níveis circulantes do hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG)
- D) Há modificações no pool de iodo materno, com significativa transferência transplacentária de iodo devido ao progressivo aumento da demanda fetal.

Questão 43

Mulher, 21 anos, foi encaminhada para avaliar tireoide. Procura ocasionalmente o pronto atendimento por quadros de ansiedade. Ao exame, a tireoide apresentava tamanho discretamente aumentado, textura normal, sem nódulos palpáveis. Seus exames mostravam TSH 3,1 mUI/l (0,4 a 4), T4 livre (FT4) 2,38 ng/dl (VR 0,8 a 1,9), T3 livre (FT3) 6,7 pg/ml (VR 2,7 a 4,5). Refere que essas alterações sempre apareceram em seus exames anteriores tendo feito uso de metimazol irregularmente prescrito por outros endocrinologistas. No momento, não está fazendo uso de qualquer medicamento. Que alternativa correlaciona **CORRETAMENTE** a estratégia diagnóstica mais adequada e o diagnóstico diferencial mais provável para esta paciente?

(Estratégia diagnóstica → Diagnóstico provável)

- A) Documentação de casos familiares → TSHoma.
- B) Níveis elevados de SHBG e/ou CTx → Resistência aos hormônios tireoidianos.
- C) Níveis elevados da subunidade alfa → Resistência aos hormônios tireoidianos.
- D) Redução/normalização de FT4/FT3 com o uso de análogos de somatostatina de longa ação → TSHoma.

Questão 44

Você foi chamado para dar um parecer na UTI cardiológica onde foi admitido um paciente, 62 anos, com síndrome coronariana aguda. No terceiro dia de internação hospitalar, a equipe assistente solicitou testes de função tireoidiana, que mostraram: TSH 0,3 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,0 ng/dl (VR 0,8 a 1,9); T3 0,35 ng/ml (VR 0,7 a 1,8). A respeito da principal hipótese diagnóstica, a recomendação **CORRETA** é:

- A) iniciar imediatamente a reposição de triiodotironina.
- B) iniciar imediatamente a reposição de levotiroxina associada a triiodotironina.
- C) solicitar a ressonância de sela túrcica.
- D) observação e nova dosagem hormonal após a melhora do quadro de base.

Questão 45

Paciente com doença de Graves em tratamento com metimazol (TPZ) há 2 anos (30 mg/dia) descobre que está grávida e retorna ao endocrinologista na 16ª semana de gestação. Exames laboratoriais atuais: TSH 0,01 mUI/l (VR 0,4 a 4,0 para mulheres não gestantes) e T4 livre 1,7 ng/dl (VR 0,7 a 1,8); TRAb 10 U/l (VR <1,75). Paciente sem queixas. Qual a primeira conduta a ser tomada nesse momento?

- A) Aumentar a dose do TPZ para que se obtenha o melhor controle do hipertireoidismo nesse período crítico da gestação.
- B) Trocar o TPZ para propiltiouracil (PTU) na dose de 600 mg/dia, mantendo a relação de 1:20 (TPZ:PTU) pelos riscos do uso do TPZ na gestação.
- C) Manter o metimazol na dose prescrita de 30mg ao dia.
- D) Associar levotiroxina ao metimazol para fazer a terapia “block and replace”.

Questão 46

Estudos recentes têm revelado novos aspectos patogênicos relacionados a quadros de hipofisite autoimune, particularmente com a descrição da hipofisite anti-PIT-1. Sobre esta entidade, é **CORRETO** afirmar que:

- A) a citotoxicidade dos anticorpos anti-PIT-1 desempenham papel causal no desenvolvimento da doença.
- B) anticorpos anti-PIT-1 circulantes têm sido detectados com grande prevalência em pacientes com síndrome poliglandular autoimune tipo 1.
- C) caracteriza-se por deficiências de GH, prolactina e TSH e está associada a tumores ectópicos produtores de PIT-1.
- D) acomete mais pessoas idosas, sexo feminino, e pode ser identificada pela presença de IgG-4 positivo em altos títulos.

Questão 47

Mulher, 24 anos, com vários sinais e sintomas de hipercortisolismo, foi admitida em UTI por emergência hipertensiva e diabetes mellitus descompensado. Ficou em uso de nitroprussiato de sódio e insulina endovenosa contínua por vários dias, sem melhora do quadro. Na avaliação hormonal apresentou cortisol livre urinário em duas dosagens 960 e 875 mcg/24h (VR 21 a 111) e ACTH 124 pg/ml (VR 10 a 45). RM de sela túrcica mostrou adenoma hipofisário de 13 mm em região lateral direita com invasão do seio cavernoso direito. Em relação ao tratamento imediato do hipercortisolismo nesse caso, considerando a gravidade do quadro e a dificuldade de controle clínico, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Cirurgia transesfenoidal deve ser indicada em caráter de urgência, pois é o tratamento com maior potencial de levar à remissão rápida e definitiva do hipercortisolismo.
- B) O etomidato pode ser administrado em doses baixas em infusão endovenosa contínua para diminuição efetiva e rápida dos níveis de cortisol.
- C) A adrenalectomia bilateral deve ser indicada devido à gravidade do caso e ao baixo risco de progressão do tumor corticotrófico (Síndrome de Nelson).
- D) A terapia com pasireotida é a melhor opção farmacológica pois o rápido mecanismo de ação resulta em normalização da cortisolemia em 24-72 horas.

Questão 48

Mulher, 39 anos, teve diagnóstico recente de Síndrome de Sheehan e foi encaminhada para atendimento pelo endocrinologista. Qual dos conceitos abaixo está **CORRETO** neste caso?

- A) A reposição de mineralocorticoide é usada para evitar a perda de sal e hipotensão.
- B) A reposição estrogênica por via oral potencializa o efeito do GH no tratamento combinado.
- C) O início da reposição com GH pode causar insuficiência adrenal e hipotireoidismo por interferir no metabolismo do cortisol e dos hormônios tireoidianos.
- D) A reposição combinada de estrogênio/progestágeno nessa faixa etária deve ser evitada pois se associa com maior morbimortalidade cardiovascular.

Questão 49

Em relação ao diagnóstico e tratamento da deficiência de GH em adultos, é **CORRETO** afirmar:

- A) O teste de estímulo com acetato de macimorelina é mais seguro que o teste de hipoglicemia insulínica ITT, mas sua acurácia diagnóstica é menor.
- B) A dose de reposição de GH deve ser calculada de acordo com o peso do paciente, independentemente da idade.
- C) Um pico de GH menor do que 10 ng/ml após estímulo com clonidina confirma o diagnóstico laboratorial e tem indicação de reposição.
- D) A dose média de reposição de GH em mulheres jovens é maior quando comparada a dose utilizada em homens da mesma idade.

Questão 50

A Organização Mundial de Saúde publicou uma nova classificação de tumores hipofisários em 2017 e, no mesmo ano, a *European Society of Endocrinology* publicou suas diretrizes para abordagem de adenomas hipofisários agressivos e carcinomas de hipófise. Com base nesses dois documentos, assinale a alternativa que contém um conceito atual que caracteriza um adenoma hipofisário agressivo:

- A) Tumor com crescimento rápido ou clinicamente significativo na vigência dos tratamentos padrões (cirurgia, radioterapia ou farmacológica).
- B) Ausência (não expressão) de p53.
- C) Invasão de seios cavernosos.
- D) Adenomas que se caracterizam histologicamente como somatotróficos densamente granulados, lactotróficos silenciosos ou tumores mistos.

Questão 51

Mulher, 52 anos, procurou o serviço de saúde por cefaleia e perda progressiva de campo visual há seis meses. Tem hipertensão arterial e diabetes mellitus de difícil controle há dois anos. Ao exame físico, apresentava aumento de extremidades e macroglossia. Exames laboratoriais mostraram IGF-1 elevado, teste de supressão do GH com 75g de glicose com nadir 8,8 ng/ml, hipogonadismo, hipotireoidismo e hipocortisolismo de origem central. RM de hipófise mostrou macroadenoma com extensão supra e parasselar (KNOSP grau 4). Campimetria visual mostrou hemianopsia bitemporal. Qual o tratamento de escolha para essa paciente?

- A) Um dos ligantes do receptor da somatostatina de primeira geração, octreotida ou lanreotida.
- B) Cirurgia transcraniana seguida de radioterapia estereotáxica, pelo grau de invasão da lesão.
- C) Cirurgia transesfenoidal por técnica microscópica e/ou endoscópica, mas a probabilidade de precisar de terapia adjuvante pós-cirúrgica é alta.
- D) Ligante do receptor da somatostatina de nova geração, pasireotida-LAR, pelas características da paciente e do tumor.

Questão 52

Em relação ao hipotireoidismo central, é **CORRETO** afirmar:

- A) A necessidade de aumento da dose de reposição da levotiroxina durante a gravidez geralmente é menor do que no hipotireoidismo primário.
- B) Níveis discretamente elevados de TSH, associados a níveis baixos de T4 livre, excluem o diagnóstico de hipotireoidismo central.
- C) O teste de estímulo com TRH é mandatório, tanto para o diagnóstico da deficiência de TSH, quanto para diferenciar entre etiologia hipotalâmica e hipofisária.
- D) Quando houver deficiência de GH concomitante, a meta terapêutica deve ser manter os níveis séricos de T4 livre na metade inferior do intervalo de referência.

Questão 53

Vários medicamentos podem interferir no teste de supressão com dexametasona utilizado no diagnóstico da Síndrome de Cushing. Qual das opções abaixo indica uma droga que reduz o metabolismo da dexametasona, podendo induzir um resultado **FALSO-NEGATIVO** neste teste?

- A) Contraceptivo oral.
- B) Amiodarona.
- C) Fenobarbital.
- D) Pioglitazona.

Questão 54

Homem, 47 anos, foi submetido à cirurgia transesfenoidal há 2 anos para remoção de macroadenoma não funcionante de hipófise. Atualmente em uso regular de levotiroxina 100 mcg/dia, prednisona 5 mg/dia e undecanoato de testosterona a cada 90 dias. Queixa-se de fadiga, apatia e dificuldade de realizar suas atividades diárias. IMC 28,2 kg/m², circunferência abdominal 104 cm, PA 140x90 mmHg, FC 80 bpm. Exames atuais: cortisol 3,3 mcg/dl (VR 5 a 25); T4 livre 1,7 ng/dl (VR 0,8 a 1,9); TSH 0,08 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); IGF-1 78 ng/ml (VR 44 a 275), GH 0,8 ng/ml (VR < 3), prolactina 29 ng/ml (VR 3 a 25) e testosterona total 208 ng/dl (VR 175 a 780). RM de hipófise com sela túrcica alargada, parcialmente vazia, com pequena lesão (remanescente tumoral?) em asa esquerda de hipófise medindo 5 mm, estável e inalterada em relação ao exame feito 4 meses após a cirurgia. Com relação a esse paciente, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Apresenta insuficiência adrenal secundária não compensada e a dose da prednisona deve ser aumentada.
- B) As queixas são pelo hipogonadismo causado pela hiperprolactinemia e deve ser iniciado cabergolina e reduzido o intervalo de aplicação da testosterona.
- C) Existe grande probabilidade de deficiência de GH e não há contraindicação para o tratamento de reposição com GH recombinante.
- D) As queixas são causadas pela dose excessiva de levotiroxina e sua dose deve ser reduzida em 25%.

Questão 55

Mulher, 28 anos, parou o uso de contraceptivo oral há 12 meses com o desejo de engravidar. Desde então vem apresentando ciclos menstruais irregulares, com atrasos de mais de 30 dias, além de galactorreia espontânea. Nega uso de quaisquer medicações. Traz os exames: TSH 2,5 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,0 ng/dl (VR 0,8 a 1,9); beta HCG negativo; prolactina 90 ng/ml (VR 3,0 a 25,0); pesquisa de macroprolactinemia negativa. Sobre este caso, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A presença de uma lesão hipofisária com mais de 1cm confirma o diagnóstico de macroprolactinoma.
- B) A irregularidade menstrual e infertilidade desta paciente pode ser decorrente da inibição da secreção de kisspeptina que alteraria os pulsos do GnRH.
- C) Considerando o desejo de gestação, a bromocriptina é a única opção terapêutica recomendada para essa paciente.
- D) Se a paciente tiver um prolactinoma, a probabilidade de gravidez espontânea com a normalização da prolactina é muito baixa.

Questão 56

Homem, 32 anos, vem à consulta com história de uso crônico de prednisona 7,5 mg há 2 anos devido à sinusopatia crônica. Apresenta os seguintes exames: Densitometria óssea (DXA): L1-L4 (Z-score -2,3), colo do fêmur (Z-score -1,8) e fêmur total (Z-score -1,9).

25OHVitamina D 28 ng/ml (VR >20 ng/ml); PTH: 74 pg/ml (VR 12–65); cálcio: 9,1 mg/dl (VR 8,8 a 10,4); albumina 4,0 g/dl (VR 3,5 a 4,5); fósforo 4,1 (VR 2,5 a 4,8); calciúria de 24h 8 mg/kg/24h (VR < 4 mg/Kg).

Com base nas informações acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O risco de fratura começa a aumentar agora, a partir do segundo ano do uso de glicocorticoide.
- B) No algoritmo FRAX, não deve ser considerado o uso crônico de glicocorticoides, uma vez que o paciente utiliza dose de prednisona inferior a 10 mg por dia.
- C) Está indicada a pesquisa de fratura vertebral com radiografia de coluna torácica e lombar.
- D) Terapia antirreabsortiva é a primeira escolha no tratamento, independente da avaliação do risco de fraturas ou da presença de fraturas.

Questão 57

Uma novasubstância foi aprovada recentemente no Brasil para o tratamento mensal da osteoporose. Esse tratamento:

- A) deve ser utilizado por 24 meses e ser seguido por uma terapia antirreabsortiva.
- B) não deve ser utilizado em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.
- C) bloqueia a esclerostina produzida pelos osteoclastos, levando ao aumento de formação óssea.
- D) em mulheres na menopausa com osteoporose reduz o risco de fraturas não-vertebrais, mas não reduz o risco de fraturas vertebrais.

Questão 58

Sobre a doença óssea secundária à cirurgia bariátrica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Cálcio sérico não é um bom marcador de sua absorção intestinal, pois geralmente permanece normal, sugerindo que os níveis se mantêm estáveis às custas do remodelamento ósseo.
- B) Os estudos são concordantes em relação à redução da densidade mineral óssea, mas não documentam redução da espessura cortical e de área trabecular em TC de alta resolução.
- C) Os efeitos negativos sobre a força e microarquitetura ósseas acontecem precocemente após a cirurgia e há estabilização da reabsorção óssea ao atingir o platô da perda de peso.
- D) No pós-operatório de cirurgia bariátrica espera-se uma redução da esclerostina e do telopeptídeo C-terminal do colágeno tipo 1 (CTX1).

Questão 59

Sobre a vitamina D, assinale a opção **CORRETA**.

- A) A exposição solar durante dias seguidos na praia pode provocar intoxicação, pois a melanina compete com o 7-dihidrocolesterol pelos fótons, formando compostos ativos como lumisterol e taquisterol.
- B) Em pacientes com doença renal crônica, insuficiência hepática, neoplasias, sarcopenia e fraturas por fragilidade devem manter níveis de 25OHvitamina D entre 30 e 60 ng/ml.
- C) Pacientes em uso de antirretroviral ou antiepiléticos devem ser investigados para deficiência de vitamina D, pois têm produção inadequada desta vitamina pela ação deficiente da enzima CYP24A1 (24-hidroxilase).
- D) Ensaios clínicos controlados e randomizados têm confirmado que a suplementação de vitamina D é eficaz na prevenção de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Questão 60

Assinale a alternativa **CORRETA** que associa os possíveis diagnósticos e as alterações laboratoriais esperadas:

- A) Deficiência de cálcio: cálcio total baixo, cálcio iônico baixo e PTH baixo.
- B) Hipoalbuminemia: cálcio total baixo, cálcio iônico alto e PTH baixo.
- C) Deficiência de vitamina D: cálcio total baixo, cálcio iônico baixo e PTH alto.
- D) Hipomagnesemia: cálcio total alto, cálcio iônico baixo e PTH alto.

Questão 61

Sobre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da sarcopenia e seu diagnóstico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A medida de preensão manual (*handgrip strenght*) possui boa correlação com a força dos membros inferiores, oferecendo uma boa estimativa da quantidade de massa muscular do paciente.
- B) O diagnóstico de sarcopenia grave deve ser confirmado com exames de imagem que avaliem a função muscular, como TC ou RM.
- C) A dosagem de CPK em indivíduos idosos pode servir para identificar pacientes com menor massa muscular e maior risco de sarcopenia
- D) O teste "Timed Up and Go (TUG)" e o teste da caminhada de 400 metros são instrumentos validados para avaliação de performance física e parecem inclusive serem preditores de mortalidade.

Questão 62

Burosumabe é um anticorpo monoclonal...

- A) produzido contra a molécula de esclerostina para o tratamento da osteoporose.
- B) indicado para tratamento do raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X.
- C) utilizado no tratamento coadjuvante da doença óssea metastática do câncer de mama.
- D) com indicação no tratamento da hipofosfatasia nas formas do neonato e infantil.

Questão 63

Homem, 56 anos, sentiu forte dor lombar ao descer o degrau do meio-fio da calçada enquanto fazia sua corrida diária. RM mostrou fratura aguda em T12 e a densitometria mostrava um T-score em coluna lombar (L1-L4) de -3,1 e em colo de fêmur de -2,4. Baseado no quadro apresentado, é **CORRETO** afirmar:

- A) Em homens com menos de 70 anos, o parâmetro correto para avaliar densitometria óssea seria o Z-score e não o T-score.
- B) O tratamento com risedronato 35 mg via oral, semanal, não apresenta indicação comprovada na proteção de fraturas vertebrais em homens.
- C) Raloxifeno, modulador seletivo de receptor de estrógeno poderia ser usado, pois o estrógeno é fundamental para qualidade óssea também em homens.
- D) A teriparatida, assim como o denosumabe, não estariam indicados antes da investigação laboratorial para afastar causas secundárias.

Questão 64

Homem, 62 anos, foi encaminhado pelo ortopedista por deformidade progressiva em tibia esquerda com início há 3 anos. Há cerca de 1 ano começou a sentir fortes dores no joelho ipsilateral e concomitante a isto, notou dificuldade auditiva à direita. Cintilografia óssea mostrou aumento difuso da captação no crânio, tibia esquerda, vértebra lombar (L1), e asa do ilíaco direito. Radiografias mostraram trabeculado ósseo grosseiro, espessamento cortical e aumento do volume ósseo em tibia esquerda, vértebra (L1), bacia e crânio e a atividade de fosfatase alcalina total era de 760 U/l (VR 40 a 129) com função renal normal. Em relação a este caso, qual a conduta terapêutica **CORRETA**?

- A) Ácido zoledrônico.
- B) Romosozumabe.
- C) Raloxifeno.
- D) Teriparatida.

Questão 65

Criança, 3 anos, é trazida pela mãe para avaliação por baixa estatura. Mãe relata 3 fraturas prévias, todas por queda de própria altura. Ao exame físico, apresenta estatura 2,5 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo. Exames laboratoriais: cálcio 8,9 mg/dl (VR 8,5 a 10,6), 25OHVitamina D 31 ng/ml (VR > 20) e fósforo 1,9 mg/dl (VR 2,5 a 4,5). Com relação ao provável diagnóstico, assinale a afirmativa **CORRETA**:

- A) A sua principal forma hereditária é a autossômica recessiva.
- B) Mutações ativadoras no gene PHEX são a principal causa dessa doença em sua forma hereditária.
- C) O burosumabe é uma medicação recentemente aprovada para uma das suas formas hereditárias.
- D) O FGF23 pode estar aumentado nessa condição promovendo aumento da perda intestinal de fosfato.

Questão 66

Menino, 12 anos, apresenta lúpus eritematoso sistêmico há 1 ano em uso de prednisolona, vitamina D, carbonato de cálcio e cloroquina. Há 2 semanas teve queda da própria altura em casa e desde então com dor importante em dorso. Radiografia de coluna vertebral mostrou fraturas de compressão nas vértebras torácicas T6, T7 e T10. Realizou densitometria óssea que mostrou: Z-score em L1-L4: -1,9 DP e Z-score de corpo total (menos cabeça): -1,6 DP. O diagnóstico final em relação ao quadro osteometabólico apresentado é:

- A) osteopenia.
- B) não apresenta doença osteometabólica.
- C) baixa massa óssea para a idade.
- D) osteoporose.

Questão 67

Menina, 5 anos, chega ao consultório com queixa de sangramento vaginal há 3 dias. A mãe relata que tem observado aumento de volume mamário há 3 meses. Há 1 ano, sofreu uma fratura de tibia sem trauma aparente. Sem outras queixas. Ao exame físico, observa-se peso no percentil 50 e estatura no percentil 75 (estatura alvo no percentil 75), estágio puberal de Tanner M2P1. Exames mostram estradiol elevado, gonadotrofinas em níveis não detectáveis, idade óssea compatível com idade cronológica, entretanto com a presença de um cisto ósseo na porção distal do metacarpo. Qual das alternativas abaixo apresenta exame(s) que deve(m) ser solicitado(s) na avaliação da paciente e a razão correta desta indicação?

- A) TSH e T4 livre para avaliação de resistência ao TSH.
- B) Fósforo para avaliação de possível hipofosfatemia.
- C) Estrona e estríol para avaliação de tumor ovariano embrionário.
- D) ACTH e cortisol basal para avaliação de possível resistência ao cortisol.

Questão 68

Menino, 12 anos, apresenta o seguinte perfil lipídico: colesterol total 270 mg/dl; colesterol HDL 40 mg/dl; triglicerídeos 80 mg/dl. Este exame foi realizado porque seu pai e seu tio paterno apresentaram infarto agudo do miocárdio, não fatal, aos 45 anos de idade. É uma criança com peso e estatura no percentil 50, adequados para o canal familiar. Demais dados de exame físico e laboratoriais normais. Em relação a este caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Se não houver melhora do perfil lipídico após 6 meses de modificação do padrão alimentar e dos hábitos de vida, recomenda-se iniciar o uso de estatina.
- B) Em função da baixa idade do paciente, não há indicação de tratamento farmacológico, mesmo que seja mantido o perfil lipídico após 6 meses de mudanças de alimentação e hábitos de vida.
- C) O alvo do colesterol LDL, para este paciente, é menor de 80 mg/dl, valor considerado mais brando que o indicado para adultos.
- D) Recomenda-se a redução de 5 a 10% do peso corporal, o que seria suficiente para normalização do perfil lipídico do paciente.

Questão 69

Diversas causas congênitas e adquiridas causam puberdade precoce progressiva em ambos os sexos. Assinale a alternativa **CORRETA** quanto aos exames aplicados na investigação etiológica da puberdade precoce periférica no sexo masculino.

- A) Dosagem sérica de hCG, RM da hipófise, dosagem sérica de 17OH progesterona.
- B) Dosagem sérica de S-DHEA, RM da hipófise, dosagem sérica de 17OH progesterona.
- C) Dosagem de hCG no líquido, RM do sistema nervoso central, US abdominal.
- D) Dosagem sérica de hCG, US testicular, dosagem da 17OH progesterona.

Questão 70

Em relação a abordagem do câncer diferenciado de tireoide em crianças e adolescentes de acordo com a diretriz da Associação Americana de Tireoide, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A indicação do tipo de cirurgia depende do tamanho do tumor, sendo indicada lobectomia para tumores intratireoidianos, menores que 4 cm e sem evidência de linfonodomegalia patológica.
- B) Em pacientes pediátricos uma extensão extra tireoidiana mínima do tumor, identificada na patologia, é suficiente para classificar o paciente como de alto risco de recorrência.
- C) Pacientes com baixo risco de recorrência podem ser acompanhados com tireoglobulina, anticorpo antitireoglobulina e US cervical periodicamente sem necessidade imediata de ablação com radioiodo.
- D) O preparo para dose de radioiodo deve ser feito preferencialmente com o TSH recombinante humano para evitar período longo em hipotireoidismo geralmente necessário para elevação do TSH endógeno em crianças.

Questão 71

Menino, 13 anos, vem para consulta com queixa de aumento progressivo das mamas, bilateral, há 9 meses, com mastalgia. Nega doenças crônicas ou uso recente de medicamentos. Em acompanhamento regular com fonoaudiólogo por apraxia da fala. Pai com 172 cm. Mãe com 160 cm e com menarca aos 12 anos. Exame físico: altura 170 cm, envergadura 176 cm, pelos pubianos estágio 3 Tanner, mamas estágio 2 Tanner, testículos 4 ml bilateralmente. Trouxe idade óssea atual de 14 anos. Quais os exames **MAIS ADEQUADOS** para confirmar a principal hipótese diagnóstica?

- A) testosterona total, funções renal e hepática.
- B) beta-hCG quantitativo, CEA e alfa-fetoproteína.
- C) Testosterona total, FSH e cariótipo com banda G.
- D) Testosteronas total e livre e estradiol.

Questão 72

Menina, 5 anos, encaminhada pelo pediatra por baixa estatura. Ao exame físico: altura 95 cm (<P3) e peso 15,2 kg (P3), baixa implantação de cabelos, pescoço alado, cúbito valgo e encurtamento de 4º metacarpo bilateralmente. Exame segmentar sem outras alterações. Cariótipo 45,X + marcador. Quanto a esta paciente, deve-se:

- A) realizar FISH para detecção de fragmentos de cromossomo Y e, se presente, indicar gonadectomia bilateral.
- B) realizar teste de estímulo de GH e dosagem de IGF-1 para avaliação de início de terapia com hormônio de crescimento.
- C) orientar que, mesmo com história familiar positiva, o risco de doenças autoimunes, como diabetes mellitus tipo 1 e tireoidite de Hashimoto, é insignificante.
- D) realizar ecocardiograma transtorácico para avaliação de malformações do lado direito do coração, características da síndrome.

Questão 73

Em relação a avaliação do eixo GHRH-GH-IGF-1, é **CORRETO** afirmar:

- A) No teste de tolerância à insulina, a hipoglicemia promove a secreção do GH por meio do estímulo do tônus da somatostatina.
- B) Pacientes com obesidade tendem a apresentar hiper resposta de liberação de GH aos testes de estímulo de GH com clonidina e insulina.
- C) No teste da clonidina, a droga promove estímulo do GHRH por meio do estímulo de receptor alfa adrenérgico no hipotálamo.
- D) A dosagem do IGF-1 após teste do exercício físico aumenta a sensibilidade para o diagnóstico de deficiência do GH.

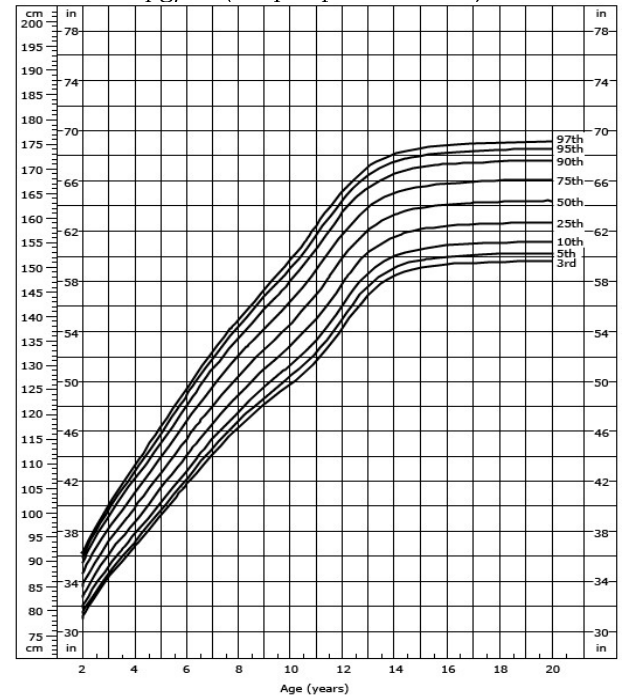
Questão 74

Homem transgênero, 17 anos, em acompanhamento multidisciplinar em serviço de referência, sem intervenção farmacológica até o momento, expressa sua vontade de iniciar tratamento afirmador de gênero e realizar cirurgia para redesignação de sexo. Sobre este paciente e sua saúde osteometabólica, é **CORRETO** afirmar:

- A) É esperado que a terapia de reposição hormonal cruzada com testosterona, quando iniciada, assegure a preservação de sua massa óssea.
- B) Por não ter 21 anos, a idade mínima permitida para iniciar a terapia de reposição hormonal cruzada afirmadora de gênero no Brasil, tem alta probabilidade de desenvolver osteoporose.
- C) É indicado realizar densitometria óssea prévia e periodicamente ao longo da hormonioterapia afirmadora de gênero.
- D) Os procedimentos cirúrgicos afirmadores de gênero e a terapia hormonal cursam com aumento da massa óssea, porém com aumento de fragilidade óssea, aumentando o risco de fraturas.

Questão 75

Menina, 14 anos, vem à consulta para avaliar o desenvolvimento. Nega menarca e notou pubarca há cerca de dois anos. Menarca da mãe foi aos 12 anos, o pai não lembra sobre a puberdade e os pais não são consanguíneos. Exame físico: bom estado geral, palidez +/4+; estatura 144 cm; peso 41kg; envergadura 142 cm. Estágio de Tanner M1P2. Trazia os seguintes exames recentes: idade óssea 11 anos; LH 0,6 mUI/ml (VR pré-púberes < 0,3); FSH 5,2 mUI/ml (VR pré-púberes < 5); estradiol 23 pg/ml (VR pré-púberes < 20).



Caso necessário, utilize o gráfico acima e escolha a conduta **CORRETA** neste momento:

- A) Como houve início da pubarca, observar a evolução clínica e reavaliá-la em 4 meses.
- B) Solicitar exame citogenético (cariótipo) e iniciar estrogênio.
- C) Avaliar a função hipofisária completa e conduzir o tratamento conforme os achados.
- D) Pela idade cronológica, iniciar estrogênio por 6 meses e a seguir, adicionar progesterona.

Questão 76

Vários distúrbios reprodutivos, problemas na ovulação e redução da taxa de concepção associam-se a um sério problema de saúde pública atual, a obesidade. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A fisiopatologia da redução da fertilidade relacionada à obesidade exógena é dependente de alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- B) Altos níveis de leptina na obesidade podem interferir na produção do estradiol, no desenvolvimento do folículo dominante e na maturação do ovócito.
- C) A adiponectina não se relaciona com a regulação da fertilidade embora os seus níveis circulantes se relacionem com o IMC e com a gordura visceral.
- D) O tratamento com indutores de ovulação como o clomifeno e tamoxifeno restaura a fertilidade e auxiliam na perda de peso.

Questão 77

Mulher, 23 anos, nulípara, em amenorreia há 12 meses desde que suspendeu o uso do contraceptivo por desejo de gestar. Menarca aos 12 anos, com ciclos irregulares durante o primeiro ano, seguido de ciclos regulares até os 17 anos quando iniciou contracepção. Nega fraturas prévias. Tem uma dieta equilibrada e uma rotina de exercícios físicos diários intensos na água como parte de preparo para provas de natação. IMC 16,8 kg/m²; PA 90x60 mmHg, mamas bem desenvolvidas, escore de Ferriman-Gallwey 3. Exames: Beta-HCG negativo, estradiol 28 pg/ml (VR 49 a 291), FSH 1,0 mUI/ml (VR 3,8 a 8,7), LH 0,4 mUI/ml (VR 2,4 a 12,6), TSH 2,64 mUI/l (VR 0,4 a 4,0), prolactina 18 ng/ml (VR 5 a 20), testosterona total 20 ng/dl (VR < 75). US transvaginal e RM de sela túrcica sem anormalidades. Densitometria óssea:

	DMO (g/cm ²)	Z-score	T-score
L1-L4	0.593	-4,9	-4,9
Colo femoral	0.465	-4,0	-4,1
Fêmur total	0.482	-4,1	-4,2

Quanto à condução do caso, assinale a alternativa

CORRETA:

- A) Considerando o diagnóstico densitométrico de osteoporose, a paciente tem indicação de iniciar tratamento com bisfosfonatos.
- B) O uso de contraceptivos orais combinados é recomendado em associação ao tratamento com agentes antirreabsortivos devido à baixa massa óssea com o objetivo de restaurar os ciclos menstruais precocemente.
- C) Considerar estradiol transdérmico associado à progesterona se não apresentar restauração espontânea dos ciclos menstruais com medidas comportamentais, acompanhamento nutricional e ajuste da rotina de exercícios.
- D) O uso de denosumabe deve ser considerado para melhoria da densidade mineral óssea em associação às reposições de cálcio e vitamina D.

Questão 78

Homem, 62 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, dislipidemia e hipertensão. Há 2 anos fez angioplastia por angina instável. Queixa-se de sono não reparador, roncos noturnos, sonolência diurna, libido baixa e disfunção erétil. Pai e irmão falecidos por câncer de próstata. Exame físico: PA 126x78 mmHg, IMC 32,7 kg/m². Exames: HbA1c e lipídeos dentro da meta, sem hipoglicemias; PSA 3,12 ng/ml; hematócrito 51%; testosterona total 180 e 172 ng/dl (VR 175 a 780) em dois momentos diferentes. LH, TSH e prolactina dentro do VR. Sobre o caso clínico, é **CORRETO** afirmar:

- A) O paciente parece ter síndrome da apneia obstrutiva do sono, podendo ser esta a responsável pelos sintomas apresentados, inclusive sexuais, sendo indicada a realização de uma polissonografia.
- B) Pode-se iniciar teste terapêutico com reposição de testosterona injetável, já que o mesmo apresenta sintomas condizentes com hipogonadismo, confirmado com as duas medidas da testosterona.
- C) A testosterona apresenta-se na faixa de dúvida diagnóstica e pela presença de condições que alteram a concentração de proteínas ligadoras, deve-se dosar a testosterona livre por radioimunoensaio.
- D) O paciente deve iniciar a terapia com testosterona para melhorar a sua qualidade de sono e disposição física, na forma de gel a fim de evitar a primeira passagem pelo fígado, pelo seu risco cardiovascular.

Questão 79

Com relação à Terapia Hormonal da Menopausa (THM), é **CORRETO** afirmar:

- A) Há comprovada redução da artralgia relacionada à menopausa (nível de evidência B) com a THM, mas esta não deve ser indicação para a sua utilização.
- B) A estrogênioterapia isolada é um fator de risco importante para o desenvolvimento de câncer de cólon, comparável à obesidade.
- C) Proteção endometrial com a adição de progestágeno deve ser feita a toda mulher com útero, independente da via estrogênica utilizada para a THM.
- D) Alívio de sintomas depressivos e artralgia, além da prevenção de fraturas por fragilidade, são atuais indicações para THM.

Questão 80

Mulher trans, 20 anos, procura atendimento para realizar terapia hormonal de afirmação de gênero. O médico, não especialista, desconhecia o posicionamento oficial da SBEM publicado em 2019 e forneceu várias informações sobre este tratamento. Baseado neste posicionamento, qual a única informação **CORRETA**?

- A) A terapia hormonal de afirmação de gênero só pode ser iniciada após os 21 anos com o objetivo de promover o surgimento de características sexuais secundárias do gênero desejado e amenizar as características sexuais secundárias do sexo biológico.
- B) Os estrógenos naturais são preferíveis aos sintéticos por serem mensuráveis e apresentarem menor potencial trombótico, priorizando a via transdérmica em pacientes acima de 40 anos de idade ou com risco elevado de doenças cardiovasculares.
- C) Redução da massa muscular e do volume testicular, desenvolvimento da mama, atrofia prostática e mudanças na frequência vocal são efeitos da terapia estrogênica observados a partir de 3 meses de tratamento.
- D) Com a terapia hormonal de afirmação completa, esta paciente deverá fazer rastreamento oncológico com mamografia anual, dispensando avaliação prostática devido ao aumento estrogênico e redução de andrógenos.

Questão 81

Marque a opção que contém condições clínicas que **AUMENTAM** a SHBG:

- A) Idade avançada, hipertireoidismo, cirrose hepática.
- B) Obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo.
- C) Acromegalia, síndrome nefrótica, síndrome metabólica.
- D) Uso de glicocorticoides, hipotireoidismo, síndrome nefrótica.

Questão 82

Mulher, 39 anos, refere ondas de calor várias vezes ao dia que se intensificam durante a noite, com dificuldade de adormecer e vários despertares por episódios de sudorese. Refere fadiga, adinamia, baixa concentração com prejuízo das atividades cotidianas e ganho de 6kg no último ano. Os sintomas iniciaram após diagnóstico de câncer de mama ductal invasivo no ano passado, tratado com quadrantectomia e radioterapia. Anatomopatológico confirmou que o tumor expressava receptor de estrogênio e progesterona e foi iniciado então o uso de tamoxifeno que deverá ser usado pelos próximos 5 anos. Diante dos sintomas da paciente, além de orientar medidas não farmacológicas, a forma **CORRETA** de conduzir o caso é:

- A) associar paroxetina.
- B) associar desvenlafaxina.
- C) associar estrogênio transdérmico e progesterona micronizada cíclica.
- D) associar isoflavona.

Questão 83

Homem, 58 anos, é portador do vírus HIV e vem em uso de terapia antirretroviral, com carga viral indetectável. Após o último ajuste da medicação, vem evoluindo com perda progressiva e importante de peso e diminuição da libido. Exames atuais: testosterona total 117 ng/dl e 98 ng/dl (VR 175 a 780). Considerando que foram excluídas outras causas para a perda de peso e para o hipogonadismo, marque a alternativa **CORRETA** com relação a este paciente:

- A) A testosterona total não é suficiente para indicar a reposição de testosterona e faz-se necessário o cálculo da testosterona livre.
- B) O uso da terapia antirretroviral interfere significativamente na SHBG e pode ter causado um pseudo-hipogonadismo.
- C) A reposição intramuscular de testosterona deve ser feita com cautela, já que pode aumentar o potencial de hepatotoxicidade dos inibidores de protease.
- D) A reposição de testosterona pode ser considerada também com o objetivo de manutenção do peso e da massa magra.

Questão 84

Sobre a dosagem e reposição de testosterona em mulheres com disfunção sexual, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Os dados de segurança da reposição de testosterona em mulheres concentram-se, basicamente, em estudos com seguimento inferior a 12 meses.
- B) A dosagem de testosterona ou outros androgênios está diretamente relacionada à disfunção sexual em mulheres.
- C) Os estudos sobre dosagem e suplementação de testosterona em mulheres envolveram principalmente mulheres na pré-menopausa.
- D) Mulheres na menacme devem ter sua dosagem de testosterona realizada de rotina e, caso indetectável, devem receber reposição de testosterona.

Questão 85

Sobre o uso de esteroides androgênicos anabólicos (EAA), marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Promove a supressão do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, acarretando hipogonadismo hipergonadotrófico.
- B) 17alfa-derivados da testosterona, como oxandrolona, metiltestosterona e estanozolol, não têm metabolismo hepático, são ativos por via oral e sem risco de hepatotoxicidade.
- C) Estudos com animais sugerem que o uso dos EAA não causa toxicidade testicular, mas apenas toxicidade hipofisária.
- D) A suspensão do uso dos EAA pode ser suficiente para restaurar a função espermática em alguns casos, o que ocorre geralmente entre 4 e 12 meses.

Questão 86

Mulher, 20 anos, procura endocrinologista para investigação de hipertensão arterial diagnosticada aos 17 anos. Refere ainda amenorreia primária, estando atualmente em reposição estrogênica. Investigação hormonal para hipertensão secundária mostrou aldosterona <3 ng/dl, renina <4 uUI/ml, K 3,2 mEq/l (VR 3,5 a 5,0). Em relação ao diagnóstico e manejo dessa paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) A paciente possui pseudo-hipoaldosteronismo e o diagnóstico mais provável é deficiência da 11-beta-hidroxilase.
- B) Como a paciente apresenta hipertensão e não tem sintomas de insuficiência adrenal, podemos excluir o diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita.
- C) A dosagem de progesterona basal nessa paciente será fundamental para definir o diagnóstico.
- D) O diagnóstico mais provável é deficiência da 11-beta-hidroxiesteroide-desidrogenase.

Questão 87

Mulher, 65 anos, é internada por inapetência, náuseas e vômitos há 24h. Foi atendida em vários serviços médicos nos últimos 6 meses por fadiga e mal-estar que melhoravam após alimentação. Refere perda de peso de 8kg nesse período. Na admissão, estava sonolenta, desidratada 2+/4+, com manchas hipercrômicas em mucosa oral e palmas das mãos. PA deitada 60x40 mmHg. Exames: glicose 42 mg/dl; ureia 72 mg/dl (VR 10 a 40); creatinina 1,4 mg/dl (VR 0,6 a 1,3); sódio 131 mEq/l (VR 136 a 145); potássio 6,2 mEq/l (VR 3,5 a 5,3); hemoglobina 9,7 g/dl; leucograma com eosinofilia. Não foi conseguido de imediato informações sobre uso de medicações ou doenças prévias. Em relação à principal suspeita clínica e manejo do caso, é **CORRETO** afirmar:

- A) Mediante a principal suspeita clínica, a terapia deve aguardar até que o diagnóstico preciso seja realizado, com resultados de exames mais específicos disponíveis.
- B) A reposição de glicocorticoide e mineralocorticoide deve ser por toda a vida e qualquer alteração das doses utilizadas só podem ser feitas em consultas médicas.
- C) O uso de drogas que reduzam a metabolização do cortisol como levotiroxina, rifampicina ou fenitoína, pode levar à redução da dose de glicocorticoide.
- D) Apesar de menos prevalente que causas exógenas, a causa endógena de insuficiência glandular é a principal suspeita e precisa reconhecimento e terapia imediatos.

Utilize o caso clínico abaixo para as **questões 88 e 89**:
 Homem, 29 anos, hipertenso desde os 24 anos (sem ter sido investigado para causas secundárias), em uso de enalapril 20 mg de 12/12h, fez Uro-TC por uma suspeita não confirmada de nefrolitíase, que mostrou nódulo em adrenal direita. Exame físico: bom estado geral, eupneico, fâcies atípica, sem gibosidade, estrias abdominais ou edema em membros inferiores. IMC 30,3 kg/m² PA 150x90mmHg. Resto do exame físico normal. Exames laboratoriais:
 Glicose 104 mg/dl; HbA1c 5,9%; creatinina 0,9 mg/dl (VR 0,7 a 1,3); Na 144 mEq/l (VR 136 a 145); K 2,8 mEq/l (VR 3,5 a 5,0); colesterol 210 mg/dl; HDL 31 mg/dl; triglicerídeos 242 mg/dl.
 TSH 1,5 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); ACTH 6 pg/ml (VR 6 a 45); aldosterona 33,5 ng/dl (VR 4 a 15); atividade de renina plasmática 0,2 ng/ml.h (VR 0,6 a 4,1); cortisol após 1mg de dexametasona 5,2 mcg/dl; cortisol salivar à meia-noite: 0,7 mcg/dl (VR <0,274); cortisol livre urinário (VR 9,5 a 136) em 2 amostras: 115 mcg/24h (vol 1350ml) e 128 mcg/24h (vol 1400 ml).
 Metanefrinas e catecolaminas urinárias normais.
 TC de Adrenais: nódulo em adrenal direita, homogêneo, medindo 1,9 cm, com 5 UH na fase pré-contraste e *washout* absoluto do contraste de 70%.

Questão 88

Sobre o quadro clínico e investigação diagnóstica do paciente acima, é **CORRETO** afirmar:

- A) As alterações metabólicas e o excesso de peso provavelmente estão relacionados com o padrão secretório do nódulo adrenal.
- B) A realização de cateterismo de veias adrenais é mandatória para a definição do diagnóstico e do tratamento do paciente.
- C) O diagnóstico provavelmente é de doença adrenocortical nodular pigmentada primária, em virtude do resultado do cortisol pós-dexametasona.
- D) A alteração dos exames da linha glicocorticoide provavelmente se dá por reação cruzada com o ensaio da aldosterona.

Questão 89

Sobre o tratamento do paciente, é **CORRETO** afirmar:

- A) O paciente tem um significativo risco de insuficiência adrenal no pós-operatório e pode precisar de reposição de glicocorticoides.
- B) A utilização de espironolactona no pré-operatório é recomendada e deve ser mantida até 3 meses após cirurgia.
- C) A adrenalectomia provavelmente corrigirá as alterações mineralocorticoides, mas não as alterações glicocorticoides.
- D) O paciente tem alto risco de permanecer com hipertensão arterial considerando a idade de surgimento do quadro clínico.

Questão 90

Mulher, 50 anos, procura atendimento médico queixando-se de astenia intensa, náuseas e hiporexia há cerca de duas semanas. Há 2 anos vinha usando frequentemente uma injeção intramuscular que não sabe o nome para o “tratamento” de hérnia de disco. Devido a ganho progressivo de peso, decidiu suspender a medicação há 2 meses. Ao exame: fâcies de lua cheia, pletora facial e estrias violáceas em abdome. PA 90x60 mmHg. IMC 27,0 kg/m². Exames: glicemia 85 mg/dl; duas dosagens de cortisol basal sérico: 0,9 e 1,1 mcg/dl (VR 5,0 a 25); cortisol pós-1mg de dexametasona <0,6 mcg/dl; duas dosagens de cortisol livre urinário: 20 e 18 mcg/24h (VR 21 a 111); duas dosagens de ACTH ambas <5,0 pg/ml (VR 5,0 a 46). TC de abdome mostrou massa sólida na adrenal esquerda, homogênea, contornos regulares e limites precisos, índice de atenuação de -5 UH, medindo 2,0 x 1,2 cm; adrenal contralateral normal. Em relação ao caso, deve-se:

- A) iniciar cetoconazol 200 mg/dia.
- B) realizar adrenalectomia esquerda por via laparoscópica.
- C) iniciar prednisona 5mg/dia.
- D) iniciar dexametasona 0,5mg/dia e fludrocortisona 0,1mg/dia.

Questão 91

Mulher, 70 anos, sem comorbidades prévias, realizou uma TC de abdome solicitada por seu clínico devido à queixa de dor abdominal pouco característica. O laudo evidenciou lesão de 2,5 cm em adrenal direita com densidade de -3UH. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao caso:

- A) A possibilidade de a lesão ser metástase de carcinoma de mama ou pulmão deve ser considerada.
- B) O tamanho e as características da lesão se associam com elevado risco de malignidade.
- C) A biópsia aspirativa por agulha fina deve ser realizada para diferenciar carcinoma e adenoma adrenal.
- D) Deve ser investigado hipercortisolismo subclínico com o exame de maior sensibilidade: cortisol basal.

Questão 92

Homem, 33 anos, com hiperplasia adrenal congênita clássica, forma perdedora de sal, em uso de prednisona 5mg/dia e fludrocortisona 0,1mg/dia, vem à consulta queixando-se de dor e aumento de volume testicular. Traz US revelando lesões hipoeoicas bilaterais nos hilos testiculares. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre o caso:

- A) Deve-se tentar suspender a fludrocortisona para reduzir o volume testicular.
- B) Aumentar a dose de glicocorticoide pode promover a regressão das lesões.
- C) A fertilidade está preservada uma vez que as lesões estão localizadas nos hilos testiculares.
- D) A orquiectomia é necessária pela suspeita de tumor testicular maligno.

Questão 93

Mulher, 28 anos, evolui com ganho de peso, estrias violáceas, hirsutismo e hipertensão arterial há 6 meses. Exames laboratoriais: cortisol basal 12 mcg/dl (VR 5 a 25), cortisol livre urinário livre 150 mcg/24h (VR 3 a 43), cortisol salivar à meia-noite 0,9 mcg/dl (VR <0,274), testosterona total 250 ng/dl (VR <48), ACTH <5 pg/ml (VR 10 a 45). TC de abdome mostrou massa tumoral heterogênea com necrose medindo 8 cm em topografia de adrenal esquerda. TC de tórax sem alterações. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao caso acima.

- A) Após a confirmação anatomopatológica de carcinoma adrenal, a presença de critérios de maior agressividade (necrose, índice mitótico elevado e Ki67 > 10%) favorece o uso adjuvante de mitotano.
- B) A presença de secreção hormonal mista (cortisol e andrógenos) não se correlaciona com o diagnóstico de carcinoma adrenal, podendo ocorrer com frequência em adenomas.
- C) Como a paciente foi diagnosticada em idade adulta, não há indicação de investigar mutação germinativa do gene TP53.
- D) Como a paciente não apresenta lesões metastáticas, não há indicação de tratamento adjuvante com mitotano independente do anatomopatológico.

Questão 94

Homem, 32 anos, tem hipertensão arterial em uso de losartana 100 mg/d, anlodipino 10 mg/dia, clortalidona 25 mg. Há 1 ano com episódios paroxísticos de cefaleia, sudorese e palpitação. Nega história familiar de feocromocitoma. Ao exame: PA 170x110 mmHg, FC 108 bpm, sem outras alterações. A dosagem de metanefrinas plasmáticas mostrou metanefrinas 1,9 nmol/l (VR <0,6) e normetanefrinas 8,5 nmol/l (VR <0,9). TC de abdome mostrou uma lesão tumoral heterogênea com componente cístico, medindo 4 cm, em topografia de adrenal direita. O cálculo do clareamento (*washout* absoluto) após 15 min da injeção de contraste demonstrou queda da densidade >60%. Em relação ao caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Para confirmar o diagnóstico de feocromocitoma é necessária a realização de cintilografia com MIBG.
- B) A ausência de história familiar de feocromocitoma classifica esse paciente como um caso esporádico (sem mutação germinativa).
- C) O *washout* absoluto >60% na TC classifica esse feocromocitoma como benigno, assim como nos tumores de córtex adrenal.
- D) Tratamento com doxazosina em doses progressivas deve ser iniciado, associado com orientação de aumento da ingestão hídrica e dieta hipersódica (3-5 g/dia).

Questão 95

Homem, 20 anos, evolui com ganho de peso, estrias violáceas em abdome, giba e fácies em lua cheia há 5 anos. Tem lentiginose em face. A investigação hormonal mostrou cortisol após 1 mg de dexametasona 14,2 mcg/dl, cortisol livre urinário em duas amostras: 360 mcg/24h e 420 mcg/24h (VR 21-111) e cortisol salivar elevado 3 vezes o limite superior da normalidade. ACTH <5 pg/ml (VR 10 a 45). TC de abdome mostrou adrenais espessadas bilateralmente. Qual o próximo passo da investigação?

- A) Excluir uso exógeno de corticoide pela história clínica e indicar adrenalectomia bilateral.
- B) Realizar ressonância magnética de hipófise já que não foram encontrados tumores adrenais.
- C) Realizar teste do DDAVP ou CRH para investigar Síndrome de Cushing.
- D) Realizar RM de adrenais para melhor definição do diagnóstico etiológico.

Questão 96

Os hormônios lipofílicos atravessam a membrana celular e modulam a expressão gênica pela ligação direta do complexo receptor-hormônio ao DNA. Qual das endocrinopatias abaixo é causada por defeito em um receptor de hormônio deste tipo?

- A) Síndrome de Laron.
- B) Síndrome de McCune Albright.
- C) Raquitismo hereditário resistente à vitamina D.
- D) Pseudohipoparatiroidismo.

Questão 97

As mudanças epigenéticas impactam a expressão gênica sem alterações na sequência codificadora do DNA. Elas representam as bases genéticas de várias condições endócrinas herdáveis. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Processos epigenéticos são alterações altamente coordenados e estão restritos a uma fase específica da vida.
- B) Mudanças epigenéticas são divididas em: metilação do DNA; modificação nas histonas e expressão de RNAs não codificantes.
- C) Modificações epigenéticas ocorrem desde a fecundação e sofrem interrupção no período pós-natal.
- D) Modificações epigenéticas impactam o desenvolvimento humano e sofrem influências exclusivas de fatores internos.

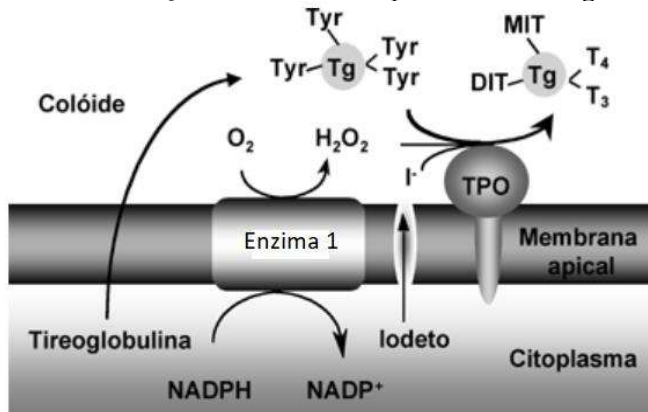
Questão 98

Além dos efeitos da insulina no músculo regulando o metabolismo da glicose, ela também tem importantes efeitos no metabolismo lipídico. Sobre estes efeitos, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Em condições de jejum, a insulina promove a ativação da Lipase Lipoproteica (LPL), promovendo a quebra do tecido adiposo.
- B) Em condições de jejum, a insulina aumenta o aporte de Ácidos Graxos Livres (AGL) para o fígado para serem utilizados na síntese de glicose (gliconeogênese).
- C) Em períodos pós-prandiais, a insulina ativa seus receptores hepáticos, aumentando a captação de quilomícrons e estimulando a gliconeogênese.
- D) Em períodos pós-prandiais, a insulina promove a inibição da enzima Lipase Hormônio Sensível (LHS) no adipócito.

Questão 99

A figura abaixo ilustra a síntese dos hormônios tireoidianos. Qual a **ENZIMA 1** apresentada na figura?



- A) Oxidase Tireoidiana (ThOx)
- B) NADP+ Sintase Tireoidiana
- C) O2-Redutase Tireoidiana
- D) Peroxidase tireoidiana.

Questão 100

O transporte da glicose e outros carboidratos para o meio intracelular é feito através de uma família de transportadores chamados GLUT (*Glucose Transporter*). Sobre estes transportadores, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O GLUT-5 está presente no intestino e é essencial para a captação da glicose pelos enterócitos.
- B) O GLUT-4 está presente no tecido adiposo e é um dos responsáveis pela captação de glicose pelos adipócitos.
- C) O GLUT-1 está presente no pâncreas e é o principal responsável pela captação de glicose pelas células beta pancreáticas.
- D) O GLUT-3 está presente no fígado e é o principal responsável pela captação de glicose pelos hepatócitos.

BOA SORTE

(Sorte é o encontro do preparo com a oportunidade)