

CASO 1

1) Qual a principal hipótese diagnóstica?

Macroadenoma não funcionante ou Pseudoprolactinoma (0,2)

Respostas parciais:

Adenoma ou tumor Hipofisário (0,05) ou Macroadenoma Hipofisário (0,1)

Adenoma não funcionante (0,1)

2) Qual seria a classificação radiológica Knosp? Justifique.

Knosp 4 (0,1). Envolvimento completo da carótida (0,2)

Após avaliação da imagem, o médico solicita o exame abaixo.

3) A imagem acima foi obtida em qual exame? Qual o laudo do exame?

Campimetria visual (0,1)

Hemianopsia temporal em Olho Esquerdo (0,1) e quadrantopsia em Olho direito (0,1)

4) Qual a conduta terapêutica?

Cirurgia (0,1) Transesfenoidal (0,1)

CASO 2

1) Qual é o diagnóstico neste caso, considerando os resultados apresentados até o momento?

Puberdade precoce periférica (0,2)

Aceitável: Cistos Ovarianos Autônomos

2) Qual a provável origem da hipersecreção hormonal?

Ovários (0,1)

3) Qual exame de imagem poderia contribuir no diagnóstico etiológico definitivo? Justifique.

Cintilografia Óssea ou Radiografia de Ossos Longos (0,15)

para identificação da displasia óssea ou Síndrome de McCune Albright (0,15).

4) Como explicar o caráter intermitente do desenvolvimento mamário neste caso?

Oscilação da função ovariana/dos valores de estradiol (0,2)

5) Cite 2 medicações recomendadas para o tratamento da principal hipótese diagnóstica, caso confirmada. (0,1 para cada um; 0,2 no total)

Tamoxifeno

Cetoconazol

Antiandrogênicos (acetato de ciproterona)

Inibidores de aromatase (letrozol, anastrozol),

Progestogênicos (acetato de medroxiprogesterona)

CASO 3

1) Qual a principal hipótese diagnóstica para o quadro clínico e laboratorial dessa paciente?

Doença de Graves ou BDT (0,1)

2) Qual exame laboratorial adicional deve ser solicitado visando a avaliação do risco de desenvolvimento de disfunção tireoidiana fetal neste caso? Justifique.

TRAb (0,1)

Os títulos de TRAb podem sugerir um risco de hipertireoidismo fetal pela passagem transplacentária. (0,2)

3) Cite 4 possíveis complicações fetais associadas à alteração tireoidiana materna. (0,05 para cada um; máximo de 0,2)

Óbito fetal, prematuridade, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento intrauterino, hipertireoidismo fetal, bócio fetal, taquicardia fetal, maturação óssea avançada, mal formações.

4) Faça uma prescrição para o tratamento desta paciente.

PTU (0,1)

100 a 600 mg (0,1)

Entre 2 ou 3 tomadas dias (0,1)

Aceitável também se complementar com propranolol de 40 a 120 mg

5) Qual a meta terapêutica laboratorial para o tratamento desta paciente durante a gestação?

Colocar o T4 livre no limite superior da normalidade (0,1)

Aceitável: Deixar o T4 total até 50% acima do limite superior do valor de referência.

CASO 4

1) Qual a classificação TI-RADS do nódulo baseada na classificação da *American College of Radiology* de 2017?

TI-RADS 3 (0,2)

2) Cite 2 possíveis diagnósticos dessa lesão tireoidiana baseado nos dados da citologia descrita?

(0,1 para cada uma, máximo de 0,2)

Bócio adenomatoso, adenoma folicular, variante folicular do carcinoma papilífero, carcinoma folicular, NIFTP, Neoplasia Folicular (ou Bethesda IV)

Não aceito: Atipia de significado de indeterminado ou Lesão Folicular de significado indeterminado

3) Estaria indicado repetir a PAAF nessa situação? (0,2)

Não

4) Quais os exames podem ser solicitados para definição de diagnóstico? (0,2)

Teste molecular.

Aceitável: Nomes dos testes

5) Como esse paciente deve ser manejado? (0,2)

Sem teste molecular, lobectomia esquerda

Se teste molecular positivo, tireoidectomia total

Aceitável: Lobectomia esquerda sem justificativa (0,2)
Cirurgia (0,1)

Não aceitável: Tireoidectomia Total sem justificativa

CASO 5

1) Qual o diagnóstico da doença óssea desta paciente?

Osteoporose (0,2)

2) Considerando os recentes consensos publicados sobre o tratamento desta doença óssea na menopausa, qual é o risco de fratura desta paciente? Justifique.

Muito alto risco (0,15)

Fratura nos últimos 12 meses (0,15)

3) Qual a recomendação da ingestão diária de cálcio nesta paciente?

Cálcio: ingestão > 1200 mg/dia. (0,15)

Não aceito: 1000 – 1200 mg ou abaixo de 1200 mg

4) De acordo com as diretrizes da SBEM, em qual intervalo devem ser mantidos os níveis plasmáticos de 25 (OH) Vitamina D na paciente?

Entre 30 e 60 ng/mL (0,15)

5) Realize a prescrição de uma opção farmacológica da doença óssea recomendada para esta paciente.

Como a paciente é de muito alto risco:

- preferível, terapia anabólica: romosozumabe (210 mg SC, mensal) ou teriparatida (20 mcg SC, à noite)

- alternativa, terapia antirreabsortiva: denosumabe (60 mg SC, semestral) ou ácido zoledrônico (5 mg IV, anual)

Medicação: 0,05

Dose: 0,05

Via de administração: 0,05

Posologia: 0,05

CASO 6

1) Qual a principal hipótese diagnóstica? (0,2)

Síndrome de Prader-Willi

2) Qual o resultado esperado da biópsia muscular? (0,1)

Normal.

3) Cite 1 achado da fâcies típica dos pacientes com essa doença. (0,1)

Fendas palpebrais inclinadas para cima

Estreitamento do diâmetro bifrontal

Lábio superior fino

Comissura labial voltada para baixo

Dolicocefalia (aceitar)

4) Cite o defeito genético mais comum que pode ser responsável pelo quadro?

(0,2)

Deleção na região 15q11.2-q13 paterna

Aceito: deleção parcial do cromossomo 15 paterno

5) Qual recomendação percentual de cada macronutriente foi feita pela nutricionista?

(0,1 x 3=0,3)

Carboidratos: qualquer valor entre 45 e 65%

Gorduras: qualquer valor entre 20 e 35%

Proteínas: qualquer valor entre 10 e 35%

6) O uso de GH nesses pacientes pode melhorar a estatura e a composição corporal, mas alguns casos de morte súbita foram descritos especialmente nos primeiros meses de uso do GH. Considerando esse aspecto, que exame deve ser realizado antes do início do tratamento com GH?

(0,1)

Polissonografia

CASO 7

1) Qual é o diagnóstico da disfunção do eixo gonadal a partir dos resultados dos exames laboratoriais e qual é o resultado do cariótipo deste paciente?

(0,2 = 0,1 por item descrito)

Hipogonadismo Hipergonadotrófico
Cariótipo 46 XY

2) Cite as 3 variáveis necessárias para a realização do cálculo da testosterona livre segundo a Fórmula de Vermeulen:

(0,15 = 0,05 por item descrito)

Testosterona total, SHBG e albumina

3) De acordo com a OMS, o espermograma deste paciente pode ser considerado normal? Justifique

Não (0,05).

Espermograma com oligospermia e/ou alteração de motilidade (0,1)

4) Faça uma prescrição de terapia de reposição de testosterona (TRT) para este paciente (que contenha apenas formulações aprovadas pela ANVISA), NÃO manipulado, descrevendo: a VIA de administração, NOME da formulação (princípio ativo), DOSE e INTERVALO de uso:

(0,2 = 0,05 por item descrito)

-Uso transdérmico; Testosterona gel 10 mg/g; 50 mg/sachê; 1 sachê 1 vez ao dia.

-Uso Intramuscular; Cipionato de Testosterona 100 mg/mL; 200 mg; 1 ampola IM a cada 15, 21 ou 30 dias

-Uso Intramuscular; 4 Ésteres de testosterona (Propionato [30mg], Fempropionato [60mg], Isocaproato [90mg] e Decanoato [100mg] de Testosterona 250 mg/mL); 250 mg; 1 ampola IM a cada 15, 21 ou 30 dias

-Uso Intramuscular: Undecilato de Testosterona 250mg/ml; 1000mg; 1 ampola IM a cada 10 a 14 semanas (dose inicial em 6 semanas)

Aceito: Nomes comerciais

5) Cite 2 condições de saúde que estão associadas ao aumento de risco de eventos adversos e que, segundo as diretrizes para terapia com testosterona em homens da Endocrine Society de 2018, são apontadas como recomendações contra o início da TRT:

(0,3 = 0,15 por item descrito)

- Câncer de próstata metastático

- Câncer de mama

- Nodulação prostática ou alterações na glândula não avaliadas

- Elevação de PSA > 4 ng/mL (ou > 3 ng/mL em indivíduos com alto risco de câncer de próstata como os afro-americanos ou homens com história de familiar de primeiro grau com câncer de próstata

- Hematócrito > 48% (ou > 50% em homens que vivem em elevadas altitudes)

- Sintomas prostáticos graves (LUTS) associados a HPB indicado como AUA/IPSS >19

- IC não compensada

- Desejo de fertilidade
- Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

CASO 8

1) Há necessidade de repetição do perfil lipídico em jejum? Justifique.

Não. (0,1)

Há necessidade de repetição apenas quando triglicérides são maiores que 440 mg/dL. (0,2)

2) O paciente encontra-se nas metas de tratamento propostas pela Atualização da Diretriz de 2019? Justifique.

Não. (0,1)

Ele encontra-se na meta de LDL Colesterol (< 100 mg/dL) (0,1) mas não na meta do Colesterol Não-HDL (<130 mg/dL) (0,1)

Aceitável: Não está na meta Colesterol Não-HDL (<130 mg/dL) (0,2)

3) Este paciente tem indicação de tratamento farmacológico com estatina?

Sim. (0,1 – devido ao Colesterol Não-HDL fora da meta)

4) Cite 03 exames laboratoriais ou de imagem, assim como seus resultados, que poderiam reclassificar este paciente como Alto Risco Cardiovascular segundo a Atualização da Diretriz de 2019.

(0,05 para cada um e 0,05 para o resultado – máximo de 0,3)

Escore de Cálcio Coronário > 100 A

Doppler de Carótida com Placa

Angiotomografia de Coronárias com Placa Aterosclerótica

Taxa de Filtração Glomerular < 60 ml/min

Índice Tornozelo/Braquial <0,9

Aneurisma de Aorta Abdominal

CASO 9

1) Qual é o mais provável tipo de diabetes deste paciente?

MODY 3 (0,15)

Aceitável: MODY 1 (0,1)
Diabetes Monogênico (0,1)

2) Qual o provável gene afetado deste paciente?

HNF1A (0,15)

Aceitável: HNF4A (0,1)

3) Qual o tipo de transmissão desta doença?

Autossômica Dominante (0,1)

4) Faça a prescrição do tratamento. (0,2)

Sulfonilureia em baixa dose ou Análogo do GLP-1

Medicação (0,1) + dose (0,1)

Aceitável: Sulfonilureia em dose máxima (0,1)

CASO 9.2)

5) Qual o diagnóstico etiológico? Justifique

Síndrome de Lawrence ou Lipodistrofia generalizada adquirida (0,1).

Aceitável: Lipodistrofia generalizada (0,05); lipodistrofia adquirida (0,05);
Lipodistrofia (0,0)

A perda de gordura corporal se iniciando aos 8 anos (0,05) e a associação com autoimunidade.(0,05)

6) Faça a prescrição do tratamento:

Qualquer insulina basal qualquer dose (0,2).

Aceitável se associar com hipoglicemiante oral ou injetável exceto pioglitazona.

Se associar pioglitazona, perder 0,1.

CASO 10

1) Faça a prescrição da paciente após a coleta dos exames. (0,2)

Soro Fisiológico 0,9% 1000 ml EV em 1 hora ou 20-30 ml/Kg em 01 hora ou qualquer reposição volêmica aguda (0,05)

+

Hidrocortisona 100 a 500 mg EV (0,05 + 0,05 + 0,05)

2) O quadro agudo da paciente é caracterizado por algumas alterações laboratoriais típicas. Cite 04 exames laboratoriais (exceto hormônios) e suas alterações que poderiam ser encontrados na paciente e causados pela doença de base.

(0,05 para cada com a alteração correta – máximo de 0,2)

Glicose – Reduzida

Sódio – Reduzido

Potássio – Aumentado

Cálcio = Aumentado

Leucócitos – Aumentado

Linfócitos - Aumentado

Eosinófilos – Aumentados

Gasometria – Acidose metabólica

Não serão aceitos exames isoladamente ou com a alteração incorreta

3) Qual a explicação para a hiperpigmentação cutânea difusa e da mucosa oral da paciente?

Aumento do POMC levando a aumento da liberação do alfa MSH. (0,2)

Aceitável: Aumento da POMC (0,1) ou aumento do ACTH (0,2)

4) Faça a prescrição de alta para a paciente. (0,4)

Prednisona 5 a 7,5 mg VO 1 ou 2 x ao dia ou Prednisolona 3 a 5 mg 1 ou 2 x ao dia

+

Fludocortisona (Florinef) 0,1 mg VO 1x ao dia

Glicocorticoide: Medicação (0,05) Dose (0,05) Posologia (0,1)

Mineralocorticoide: Medicação (0,05) Dose (0,05) Posologia (0,1)

Não aceitável: Dexametasona