

EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - 2022



1º Dia – 14/05/2022

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

Homem com Diabetes Mellitus tipo 2 em uso de metformina e gliclazida MR com controle glicêmico insatisfatório (HbA1c 9,1%) traz um mapeamento de retina com retinopatia diabética não proliferativa moderada com edema macular. Além de ser encaminhado para o oftalmologista, você decide iniciar uma nova medicação para melhorar o controle glicêmico. Sobre a abordagem deste paciente, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Análogos do GLP-1 são contraindicados pois esta classe está associada a piora da retinopatia diabética pela presença de receptores de GLP-1 na retina.
 B) Inibidores da SGLT-2 são contraindicados pois a queda brusca de volume causa extravasamento de líquido na retina e piora do edema macular.
 C) Pioglitazona deve ser considerada com cautela neste paciente devido à possibilidade de piora do edema macular.
 D) Insulina basal deve ser considerada pois a queda rápida da glicemia é importante para evitar a progressão da retinopatia.

Questão 2

Homem vem para consulta por excesso de peso e "gordura no fígado". Traz uma US mostrando esteatose moderada e exames recentes com glicose 105 mg/dl (VR 70 a 99); HbA1c 6,3%; glicose 2 horas após TOTG 178 mg/dl; AST 47 U/l (VR até 40) e ALT 62 U/l (VR até 58). Foram descartadas outras causas para a esteatose e aumento das transaminases. Sobre esse caso, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Há indicação de uso de metformina tanto para o tratamento da intolerância à glicose como para melhora da esteatose hepática.
 B) Há indicação de uso de pioglitazona tanto para o tratamento da intolerância à glicose como para melhora da esteatose hepática.
 C) Há indicação de realizar elastografia com fibroscan para quantificação do grau de esteatose e definição do tratamento.
 D) Há indicação de realização de escores clínicos para avaliação do risco de fibrose (como FIB-4) e definição de necessidade de biópsia hepática.

Questão 3

Mulher, 30 anos, com diabetes gestacional vem à consulta com 30 semanas de gestação trazendo US obstétrica com feto abaixo do percentil 50 e o seguinte diário de glicemia (mg/dl) após 3 semanas de orientação nutricional:

	Jejum	1h após	Pré almoço	1h após	Pré jantar	1h após
Dia 1	101	145	99	123	88	125
Dia 2	94	132	103	118	89	131
Dia 3	90	155	98	130	102	127

Baseado nesse diário e história clínica, qual seria a conduta **CORRETA**?

- A) Otimizar a dieta, orientando a paciente a restringir a ingesta de carboidratos simples e aumentar a ingestão de proteínas.
 B) Associar metformina, aumentando a dose progressivamente até a dose máxima de 1500 mg/dia.
 C) Iniciar tratamento com insulina basal (levemir) associado a ultrarrápida (insulina aspart).
 D) Manter tratamento, uma vez que os níveis de glicose tanto em jejum como no período pós-prandial estão dentro das metas terapêuticas.

Questão 4

Paciente, 11 anos, com Diabetes Mellitus tipo 1 comparece à primeira consulta após seu diagnóstico. Com relação ao rastreamento de comorbidades autoimunes nesse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O rastreamento de doença tireoidiana autoimune deve ser realizado apenas se apresentar quadro clínico sugestivo de hipotireoidismo ou hipertireoidismo.
 B) O rastreamento de doença celíaca deve ser realizado apenas se apresentar sintomas gastrointestinais ou baixa estatura com redução da velocidade de crescimento.
 C) O rastreamento de insuficiência adrenal autoimune deve ser considerado com dosagem de anticorpo independentemente da presença de sintomas clínicos.
 D) O rastreamento de gastrite autoimune com autoanticorpos de células parietais deve ser considerado se anemia obscura ou sintomas gastrointestinais.

Questão 5

Homem, 57 anos, procura o endocrinologista por alteração nos seus exames laboratoriais. Vinha apresentando episódios de mal-estar e sudorese em diversos momentos do dia, principalmente na madrugada. Exames solicitados pelo clínico mostraram glicose em jejum 51 mg/dl (VR 70 a 99); insulina 22 mUI/ml (VR 3 a 20) e HbA1c 4,3%. Qual o próximo passo na investigação do paciente?

- A) Solicitar dosagem de peptídeo C em vigência de hipoglicemia para investigar a causa da hiperinsulinemia.
 B) Solicitar curva glicoinsulínica para investigar hipoglicemia reativa.
 C) Solicitar TC de abdômen para investigação de insulinoma.
 D) Solicitar pesquisa de sulfonilureia na urina em vigência de hipoglicemia para investigar possível causa iatrogênica.

Questão 6

Recentemente, chegou ao Brasil um novo Sistema de Infusão Contínuo de Insulina – ou Bomba de Insulina – chamada MiniMed™ 780G e divulgado na mídia como “pâncreas artificial”. Sobre esse sistema, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Ajusta automaticamente a administração de insulina e corrige a elevação de glicose de forma permanente a cada 5 minutos.
 B) Utiliza para o seu funcionamento análogos de insulinas de ação rápida e de ação longa promovendo maior similaridade à fisiologia pancreática.
 C) Torna dispensável a necessidade de informar a quantidade de carboidratos em cada refeição, independentemente da quantidade ingerida.
 D) Corrige automaticamente as elevações de glicose, mas não consegue ajustar a infusão de insulina nos momentos de hipoglicemia.

Questão 7

Sobre as características da semaglutida oral, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O comprimido apresenta uma tecnologia inovadora que permite uma elevada taxa de solubilidade em meio básico e favorece a absorção da semaglutida no duodeno e porção inicial do jejuno.
- B) O comprimido apresenta a semaglutida junto com uma substância chamada SNAC, que protege a substância da degradação pela pepsina e permite sua absorção no duodeno e porção inicial do jejuno.
- C) O comprimido apresenta a semaglutida junto com uma substância chamada SNAC, que modifica a permeabilidade da parede do estômago e facilita a absorção da medicação.
- D) A dissolução rápida do comprimido no meio ácido permite que mais de 75% da semaglutida presente no comprimido seja absorvida, atingindo rapidamente elevadas concentrações plasmáticas.

Questão 8

Sobre o manejo da hipertensão arterial em pacientes com Diabetes Mellitus (DM), assinale a alternativa **CORRETA** que contenha as metas de tratamento para pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2022:

- A) Pacientes com DM tipo 2 e sem doença coronariana clínica, o alvo a ser considerado no tratamento é a PAS < 120 mmHg e PAD < 70 mmHg.
- B) Pacientes com DM tipo 2 e com doença coronariana clínica, o alvo a ser considerado no tratamento é a PAS < 120 mmHg e PAD < 70 mmHg.
- C) Pacientes com DM tipo 2 e hipertensão estágio III, o alvo recomendado é PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg.
- D) Pacientes com DM tipo 2 e albuminúria superior a 30 mg/g, o alvo recomendado é PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg.

Questão 9

Assinale a alternativa que relaciona parâmetros clínicos e laboratoriais que permitem estratificar os pacientes com Diabetes Mellitus (DM) como MUITO ALTO RISCO cardiovascular segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2022:

- A) Tempo de diagnóstico de DM tipo 2 acima de 20 anos, independente da presença de complicações da doença.
- B) HbA1C > 9% nos escores de avaliação de risco, independente da presença de complicações da doença.
- C) Albuminúria superior a 30 mg/g, independente da taxa de filtração glomerular estimada.
- D) Retinopatia diabética não proliferativa grave, mesmo em pacientes sem história de evento cardiovascular.

Questão 10

Homem, com Diabetes Mellitus tipo 2 e IMC 38 kg/m², recebeu uma prescrição de insulina NPH 20 UI antes do café da manhã e 16 UI antes de dormir além de insulina regular 8 UI antes do café da manhã. O paciente quer saber como misturar as insulinas antes do café da manhã na mesma seringa e qual agulha ele pode utilizar. Assinale a alternativa **CORRETA** para ser respondida ao paciente:

- A) O paciente deverá primeiro puxar a insulina regular e só depois a insulina NPH. Devido ao IMC acima de 35 kg/m², é recomendada a utilização de agulhas acima de 8 mm.
- B) O paciente deverá primeiro puxar a insulina regular e só depois a insulina NPH. Mesmo com IMC acima de 35 kg/m², o paciente poderia utilizar Agulhas de 4 mm.
- C) O paciente deverá primeiro puxar a insulina NPH e só depois a insulina regular. Devido ao IMC acima de 35 kg/m², é recomendada a utilização de agulhas acima de 8 mm.
- D) O paciente deverá primeiro puxar a insulina NPH e só depois a insulina regular. Mesmo com IMC acima de 35 kg/m², o paciente poderia utilizar agulhas de 4 mm.

Questão 11

Sobre as diferentes alternativas para o rastreio e diagnóstico da polineuropatia diabética ou neuropatia diabética periférica segundo as recomendações da diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2022, assinale a recomendação **CORRETA**:

- A) O rastreio da polineuropatia diabética deve ser feito com o monofilamento de 10 g devido a sua alta sensibilidade para a identificação da neuropatia de fibras finas e do risco de ulceração.
- B) O rastreio de polineuropatia diabética deve ser realizado com exame complementar (microscopia corneana confocal ou eletroneuromiografia) em todos os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 ao diagnóstico.
- C) A eletroneuromiografia deve ser realizada para o rastreio e para a confirmação do diagnóstico de polineuropatia diabética.
- D) O diagnóstico de polineuropatia diabética deve ser realizado pelo exame clínico e pelo escore de comprometimento neuropático.

Questão 12

Um médico resolve iniciar um Inibidor do SGLT-2 para um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 mas não tinha muita experiência com a classe. Resolveu então solicitar um exame 30 dias após o início da medicação e notou algumas mudanças nos marcadores de função renal. Quais as mais prováveis alterações observadas pelo médico?

- A) Aumento da creatinina plasmática e aumento da taxa de filtração glomerular estimada
- B) Aumento da creatinina plasmática e redução da taxa de filtração glomerular estimada
- C) Redução da creatinina plasmática e aumento da taxa de filtração glomerular estimada
- D) Redução da creatinina plasmática e redução da taxa de filtração glomerular estimada

Questão 13

Após vivenciar pela primeira vez uma hipoglicemia grave e ser levada de ambulância para uma emergência, uma paciente com Diabetes Mellitus tipo 1 pergunta ao endocrinologista o que seus familiares podem fazer no caso de um novo episódio. O médico orienta a paciente ter em casa um kit com uma ampola de glucagon. Qual recomendação adicional foi **CORRETAMENTE** fornecida pelo médico?

- A) Caso a hipoglicemia seja causada por uma ingestão excessiva de álcool, a utilização do glucagon pode não ser efetiva.
 B) A administração da ampola deve ser feita por via endovenosa pela equipe de emergência tão logo a mesma confirme a hipoglicemia da paciente.
 C) Após a realização da medicação e recuperação da paciente, ela não deve comer nada por 60 minutos pelo risco de nova hipoglicemia e broncoaspiração.
 D) Caso a paciente engravide, o uso do glucagon estaria contraindicado e a infusão de glicose endovenosa seria a terapia de escolha.

Questão 14

Homem, 16 anos, com Diabetes Mellitus tipo 1, dá entrada no Pronto Socorro com quadro de dor abdominal iniciada há 14 horas. Ao exame, estava desidratado e taquipneico. Exames laboratoriais: gasometria com pH 7,1; hemograma: leucócitos 14.500/mm³ com desvio à esquerda; glicose 327 mg/dl (VR 70 a 99); potássio 3,1 mEq/l (VR 3,5 a 5,0) e cetonúria positiva. Considerando a mais provável hipótese diagnóstica, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A redução dos níveis de potássio pode ser explicada pela entrada de potássio nas células em resposta a elevação dos níveis de hidrogênio plasmático.
 B) A utilização de insulina de ação rápida deve ser iniciada somente após a reposição adequada de potássio.
 C) A piora da cetonúria nas primeiras horas do tratamento indica necessidade de intensificação do controle glicêmico.
 D) A infusão de soro glicosado 5% deve ser realizada sempre que a glicemia cair abaixo de 150 mg/dl para evitar hipoglicemia.

Questão 15

Após a revolução dos análogos de GLP-1, uma nova medicação que atua no sistema incretínico poderá ser utilizada pelos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2: a tirzepatida. Sobre esta medicação, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) É um agonista duplo de receptores GLP-1 (*glucagon-like peptide*) e GIP (*glucose-dependent insulinotropic polypeptide*).
 B) A taxa de descontinuação do tratamento nos estudos clínicos foi muito elevada (acima de 20% no grupo Tirzepatida) devido a náuseas e vômitos.
 C) Embora promova uma grande redução da HbA1c e melhora do perfil lipídico, a perda de peso foi considerada discreta.
 D) O estudo SURPASS-CVOT demonstrou uma redução significativa de desfechos cardiovasculares, comparável aos análogos do GLP-1.

Questão 16

Menino, 5 anos, é encaminhado por obesidade. O peso ao nascimento foi normal, com muita dificuldade para amamentar nos primeiros meses, época em que se movimentava pouco e tinha sucção fraca. O aleitamento materno não foi possível e, aos 2 meses, necessitou de alimentação enteral. No segundo ano de vida, o apetite foi aumentando de forma exagerada, com ganho de peso progressivo. Andou aos 2 anos e ronca muito durante o sono.

Ao exame IMC 25 kg/m²; Z-IMC > +3, estatura no percentil 10, com dolicocefalia, diâmetro bifrontal reduzido, fendas palpebrais inclinadas para cima, lábio superior fino e comissura labial voltada para baixo. As mãos e os pés são pequenos e tem sinais de automutilação nos membros. Exame da genitália é normal. Diante do quadro do paciente, como devem estar as dosagens dos peptídeos abaixo?

- A) Grelina baixa e leptina elevada.
 B) Grelina elevada e leptina baixa.
 C) Grelina baixa e leptina baixa.
 D) Grelina elevada e leptina elevada.

Questão 17

Defeitos de gene único podem resultar em formas graves de obesidade humana, com alterações do balanço energético sem comprometimento cognitivo. Algumas dessas doenças monogênicas possuem tratamentos específicos (não necessariamente aprovados e disponíveis no Brasil). Sobre o tratamento da obesidade monogênica, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O uso de leptina pode ser utilizado para o tratamento da deficiência de leptina e da deficiência do receptor de melanocortina tipo 4.
 B) O uso de setmelanotida pode ser utilizado para o tratamento do defeito do receptor da leptina e da deficiência da pró-opiomelanocortina.
 C) O uso de setmelanotida pode ser utilizado para o tratamento da deficiência da pró-opiomelanocortina e da deficiência do receptor de melanocortina tipo 4.
 D) O uso da leptina pode ser utilizado para o tratamento da deficiência de leptina e da deficiência da pró-opiomelanocortina.

Questão 18

Homem, 55 anos, com fraqueza progressiva em membros inferiores e superiores de início há 11 meses, e parestesia nos mesmos locais. Antecedente de by-pass gástrico em Y de Roux há 8 anos, em uso regular diário desde a cirurgia de polivitamínico (contendo as doses recomendadas de micronutrientes para uso após by-pass gástrico), colecalciferol 4.000 UI ao dia, citrato de cálcio 1.000 mg e de vitamina B1 (100mg) + B6 (100 mg) + B12 (5000mcg) intramuscular a cada 30 dias. Além disso, há cerca de 18 meses iniciou uso diário de cápsulas de zinco 30 mg duas vezes ao dia por achar que poderia melhorar a sua imunidade contra a COVID-19. Ao exame físico: hipocorado, com redução da sensibilidade e da força muscular em membros e hiperreflexia, sem outras alterações. Trazia exames recentes com anemia normocítica e normocrômica e neutropenia. Qual a causa **MAIS PROVÁVEL** para o quadro clínico?

- A) Deficiência de cobre.
 B) Deficiência de vitamina B12.
 C) Deficiência de vitamina E.
 D) Toxicidade pelo zinco.

Questão 19

Paciente com obesidade grau II, após anamnese detalhada, recebe o diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar (TCA) moderada. Sobre a única medicação que tem aprovação em bula no Brasil para este transtorno alimentar, é **CORRETO** afirmar:

- A) É inibidor seletivo de recaptção de serotonina com alta afinidade para receptores do hipotálamo nos centros de saciedade e recompensa.
- B) É metabolizada pelo citocromo P450 e é contraindicada em pacientes com hipercolesterolemia em uso de estatinas metabolizadas por esta via.
- C) É contraindicada em pacientes com doença cardiovascular sintomática, hipertensão arterial moderada a grave e doença aterosclerótica avançada
- D) É uma medicação com múltiplas indicações e pode ser utilizada como coadjuvante no tratamento de pacientes com transtorno bipolar.

Questão 20

A obesidade na infância está associada a antecipação da puberdade, especialmente em meninas. A leptina é uma adipocitocina que sinaliza a suficiência energética corporal e exerce efeitos no controle metabólico, puberdade e fertilidade. Sobre a influência da leptina no eixo gonadotrófico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A leptina age diretamente nos neurônios de GnRH, estimulando a liberação hipofisária de LH e FSH.
- B) Neurônios de kisspeptina, localizados na adenohipófise, expressam LEPR e medeiam a ação da leptina no eixo gonadotrófico.
- C) A influência da leptina na secreção de GnRH é mediada indiretamente por meio da kisspeptina e outros moduladores metabólicos como o NPY.
- D) A inibição da secreção de gonadotrofinas pela leptina na obesidade está associada à infertilidade.

Questão 21

Mulher, 46 anos, procura assistência para tratamento de excesso de peso. Refere aumento progressivo de peso nos últimos 10 anos. Não faz acompanhamento nutricional. Dieta irregular com padrão alimentar beliscador. Apresenta doença celíaca. Sedentária. Etilista social. Queixa-se ainda de desinteresse sexual. Tem diagnóstico de epilepsia e faz uso crônico de anticonvulsivantes. Ciclos menstruais regulares sem uso de anticoncepcionais hormonais. Ao exame: IMC 34,8 kg/m²; FC 84 bpm; PA 132 x 88 mmHg; tireoide sem alterações. A associação bupropiona com naltrexona não foi recomendada neste caso por qual razão?

- A) Epilepsia.
- B) Redução da libido.
- C) Doença Celíaca.
- D) Padrão alimentar beliscador.

Questão 22

Sobre o uso da liraglutida para o tratamento da obesidade e seus potenciais efeitos adversos, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A perda de peso é diretamente determinada pela incidência de náuseas e vômitos, sendo maior nos indivíduos com mais efeitos colaterais.
- B) Pode ocorrer um discreto aumento da frequência cardíaca, aparentemente não relacionado a hiperativação do sistema nervoso simpático.
- C) Devido ao risco de pancreatite, a monitorização de amilase e lipase é recomendada para pacientes com aumento de risco para esta complicação.
- D) A medida de calcitonina deve ser realizada em todo paciente com bócio nodular em uso de liraglutida devido ao potencial aumento de risco de carcinoma medular.

Questão 23

Homem, 65 anos, com obesidade desde a infância e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 há 35 anos, foi submetido a duas cirurgias bariátricas. A primeira foi em 1991, aos 24 anos de idade e pesava 120 kg (IMC 41 kg/m²), uma cirurgia gástrica junto à pequena curvatura com um anel de contenção acima da boca de saída com o intuito de retardar o esvaziamento gástrico. Teve uma boa evolução nos primeiros anos, com perda de peso até 80 kg e melhora do DM. Em 1997, havia recuperado todo o peso perdido e estava com o diabetes descontrolado. Em 2002, aos 35 anos, foi realizada uma derivação intestinal com uma alça alimentar, uma alça biliopancreática curta e uma alça comum longa. O anel de contenção foi retirado. Houve uma perda de peso progressiva e uma melhora do controle glicêmico, mantida no longo prazo. Atualmente, o peso é 85 kg (IMC 29,4 kg/m²) e a HbA1c 6,9%, em uso de antidiabéticos orais. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre qual foi a primeira e a segunda cirurgia realizada, respectivamente:

- A) Gastrectomia vertical e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux.
- B) Gastroplastia vertical e derivação biliopancreática (Scopinaro).
- C) Gastrectomia vertical e derivação jejunoileal.
- D) Gastroplastia vertical e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux.

Questão 24

Em relação a fisiologia e morfologia do tecido adiposo humano, assinale a **CORRETA**:

- A) O grande marcador da diferenciação terminal do adipócito marrom maduro é a presença da proteína desacopladora mitocondrial 1.
- B) O processo de diferenciação de um adipócito depende da ativação de proteínas que estimulam a adipogênese, entre as quais se destacam WNT e beta-catenina.
- C) Nas situações de lipodistrofia, como a congênita e a relacionada a AIDS, existe uma redução da produção de leptina e aumento da adiponectina.
- D) O maior gasto energético basal observado em homens está relacionado aos maiores depósitos de tecido adiposo marrom em comparação às mulheres.

Questão 25

Com relação a cirurgia de gastrectomia vertical laparoscópica (*Sleeve Gastrectomy*), assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apresenta complicações nutricionais, tais como deficiência de ferro, vitaminas B1, B6 e B12, de forma mais intensa e frequente que o by-pass gástrico em Y de Roux.
 B) A parte excluída do estômago (grande curvatura) permanece no trato digestório, podendo ser revertida caso haja necessidade.
 C) O surgimento de refluxo gastroesofágico no pós-operatório de gastrectomia vertical é uma alteração frequente.
 D) Apresenta boa redução de peso no longo prazo, porém ainda inferior ao da banda gástrica ajustável e da gastroplastia endoscópica.

Questão 26

Homem, 65 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 5 anos com bom controle da glicemia, vem para consulta preocupado com seu perfil lipídico. Nega hipertensão, tabagismo ou eventos cardiovasculares prévios. Sem qualquer evidência de complicação microvascular. Seus exames mais recentes, em uso de rosuvastatina 20 mg/dia, mostram colesterol total 145 mg/dl; HDL 35 mg/dl e triglicérides 215 mg/dl. Sobre o tratamento da dislipidemia neste caso, é **CORRETO** afirmar:

- A) O paciente está na meta do LDL colesterol e do colesterol não-HDL e não necessita de ajuste na sua terapia.
 B) O paciente está na meta do LDL colesterol, mas não do colesterol não-HDL e deveria ser associado ezetimibe 10 mg ou aumentada a dose da estatina.
 C) O paciente não está na meta nem do LDL colesterol nem do colesterol não-HDL e deveria ser associado ezetimibe 10 mg ou aumentada a dose da estatina.
 D) O paciente está na meta do LDL colesterol e do colesterol não-HDL, mas não dos triglicérides, e deveria ser associado um fibrato.

Questão 27

Sobre os diferentes tipos de lipodistrofias parciais familiares, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O tipo 1 tem provável origem poligênica e apresenta diagnóstico diferencial com acromegalia.
 B) O tipo 2 tem início gradual, sendo mais evidente após a puberdade e tem história familiar positiva.
 C) O tipo 3 está associado à mutação autossômica recessiva no PPAR alfa e tem diagnóstico diferencial com síndrome de Cushing.
 D) O tipo 4 tem início progressivo na primeira infância e tem o perfil metabólico mais brando dentre as lipodistrofias parciais.

Questão 28

Homem, 64 anos, sem hipertensão, tabagismo ou doença cardiovascular prévia, realizou os seguintes exames, sem uso de medicações: colesterol total 175 mg/dl; HDL 55 mg/dl e triglicérides 135 mg/dl. O médico que o atende calcula o risco cardiovascular como intermediário e decide solicitar exames complementares que possam ajudar na re-estratificação do paciente. Segundo a atualização da diretriz de prevenção cardiovascular de 2019, marque a alternativa que aponta o exame e o resultado que mudariam a categoria de risco para ALTO RISCO.

- A) Escore de cálcio coronário = 45 U Agatston.
 B) Doppler de carótida com espessura íntima média = 1,1 mm.
 C) Taxa de filtração glomerular estimada = 55 ml/min.
 D) Índice tornozelo/braquial = 1,0.

Questão 29

Homem, 34 anos, veio encaminhado por diagnóstico recente de dislipidemia grave. Assintomático, nega doenças prévias e não faz uso de medicações regularmente. Nega tabagismo ou etilismo. Praticava exercícios físicos regularmente. Seu pai faleceu de infarto do miocárdio aos 50 anos de idade e seu irmão de 45 anos realizou cirurgia de revascularização miocárdica. Estudo genético mostrou mutação com ganho de função do gene codificador da PCSK9 (pró-proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9). Ao exame físico: IMC e PA normais e não apresenta xantomas ou xantelasmas. Assinale abaixo o mais provável perfil lipídico encontrado nesse indivíduo:

- A) LDL-c normal, Apo B elevada, VLDL-c elevado, Apo AI baixo.
 B) LDL-c elevado, Apo B elevada, VLDL-c normal, Apo AI normal.
 C) LDL-c elevado, Apo B normal, VLDL-c elevado, Apo AI baixo.
 D) LDL-c normal, Apo B normal, VLDL-c normal, Apo AI normal.

Questão 30

A dosagem da lipoproteína (a) é uma ferramenta que auxilia na estratificação do risco cardiovascular. Entretanto, poucas são as medicações que promovem a redução significativa deste marcador. Marque a alternativa que indica uma classe terapêutica ou medicação que promove redução significativa da lipoproteína (a).

- A) Estatinas.
 B) Fibratos.
 C) Ezetimibe.
 D) Inibidores da PCSK-9.

Questão 31

Agranulocitose é uma complicação grave do tratamento do hipertireoidismo com drogas antitireoidianas. De acordo com a diretriz da *American Thyroid Association* para tratamento do hipertireoidismo, qual a orientação **CORRETA** para a monitorização do leucograma em pacientes tratados com drogas antitireoidianas?

- A) Solicitar antes do tratamento e durante o tratamento a cada 3 meses no primeiro ano.
 B) Solicitar antes do tratamento e durante o tratamento em caso de doença febril ou faringite.
 C) Solicitar apenas durante o tratamento a cada 3 meses para pacientes usando propiltiouracil.
 D) Solicitar apenas durante o tratamento com benefício máximo após os primeiros 3 meses de tratamento.

Questão 32

Mulher, 63 anos, assintomática, realizou US de tireoide que mostrou um nódulo sólido, hipocogênico, de limites parcialmente definidos, no 1/3 médio e posterior do lobo esquerdo, sem plano de clivagem com a traqueia, medindo 10 x 8 x 8 mm, com fluxo periférico e central ao doppler colorido. Não foram identificados linfonodos de aspecto patológico. Optou-se por realizar uma PAAF cujo laudo foi “sugestivo de carcinoma papilar – categoria V de Bethesda”. O paciente e você tem à disposição colegas com experiência em US de tireoide. Qual a conduta mais apropriada?

- A) Tireoidectomia total com esvaziamento cervical total.
- B) Vigilância ativa.
- C) Repetir a biópsia com lavado para tireoglobulina.
- D) Lobectomia esquerda.

Questão 33

Mulher, 68 anos, com história de bócio multinodular de longa data procurou atendimento por aumento cervical importante nas últimas semanas. A punção desta massa cervical veio sugestiva de carcinoma anaplásico de tireoide. Considerando as opções terapêuticas, marque a resposta **CORRETA**:

- A) Carcinoma anaplásico tem 100% de mortalidade e, por esse motivo, a cirurgia não está indicada.
- B) Está indicada quimioterapia neoadjuvante com doxarrubicina, devido aos bons resultados de citorredução, seguida de tratamento cirúrgico.
- C) Não está indicada a análise molecular do tumor devido a resposta pobre ao tratamento com terapia alvo dirigida.
- D) A cirurgia deve ser indicada o mais rápido possível para tumores ressecáveis, independente da presença de metástases à distância.

Questão 34

Mulher, 38 anos, com sobrepeso, teve duas gestações sem intercorrências há 3 e 5 anos. Atualmente sem uso de medicações, é encaminhada para avaliação devido a exames alterados da função tireoidiana: TSH 0,27 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 1,6 ng/dl (VR 0,8 a 1,9), Antitireoperoxidase e TRAb negativos. Hemograma e função hepática sem alterações.

US de tireoide: glândula homogênea, sem nódulos, volume tireoidiano 8,7 ml.

Qual a conduta **CORRETA** para o caso acima?

- A) Devemos repetir os exames da função tireoidiana e excluir causas de supressão transitória do TSH.
- B) Não devemos repetir os exames, esta alteração é frequente em mulheres e não traz repercussões clínicas.
- C) Devemos iniciar tratamento com drogas antitireoidianas, devido ao aumento do risco cardiovascular.
- D) Solicitar cintilografia de tireoide para programação de tratamento com dose terapêutica de radioiodo.

Questão 35

De acordo com as recomendações da *American Thyroid Association* (ATA) 2017 a respeito de doença tireoidiana na gestação, é **CORRETO** afirmar que:

- A) A dosagem de iodo urinário é recomendada para definição do status nutricional individual e definição de suplementação de iodo.
- B) É recomendado que gestantes tenham uma suplementação diária de 500 mcg/dia de iodo, independente da dosagem de iodo urinário.
- C) Em pacientes com hipotireoidismo pré-gestacional, é recomendado aumento da dose da levotiroxina em 20-30%.
- D) É recomendado que a titulação da dose da levotiroxina seja realizada conforme níveis de T4 livre e T4 total.

Questão 36

Com relação ao uso de testes moleculares para nódulos de tireoide, assinale a opção **CORRETA**.

- A) Os testes moleculares atuais possuem papel diagnóstico e prognóstico, sendo o papel diagnóstico principalmente aplicado nas classes de Bethesda III, IV e V.
- B) A presença de mutação RAS tem elevada especificidade para carcinoma folicular de tireoide, sendo recomendada a tireoidectomia total quando positiva.
- C) O principal papel de um teste molecular é diagnóstico sendo que a função “rule-out” é capaz de excluir malignidade dos nódulos e com isso evitar cirurgias desnecessárias, possibilitando o acompanhamento clínico desse nódulo.
- D) A presença das duas mutações combinadas BRAF e TERT é um excelente marcador diagnóstico e, na sua ausência, podemos excluir malignidade do nódulo indeterminado, recomendando-se apenas acompanhamento clínico.

Questão 37

Mulher, 40 anos, há 3 semanas vem apresentando palpitações, com sensação de taquicardia, dispneia eventual, tremores e agitação psicomotora. Nega comorbidades ou internações recentes. Refere que teve diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 há 1 mês, com sintomas gripais leves, sem necessidade de internação hospitalar. Antecedentes familiares: mãe com doença de Graves e irmã com tireoidite de Hashimoto. Ao exame físico: FC 98 bpm, FR 22 irpm, PA 150x80 mmHg. Apresenta dor à palpação de tireoide, que se mostra levemente aumentada e com consistência fibroelástica. Traz exames laboratoriais: hemoglobina 12, leucograma 10.902 sem desvios, plaquetas 250.000, PCR 20, VHS 50 mm, TSH 0,01 mUI/l (VR 0,4 a 4,0), T4L 1,8 ng/dl (VR 0,8 a 1,9), anti-Tg, anti-TPO e TRAb não reagentes. Sobre o caso clínico, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Iniciar tionamida para esta paciente, uma vez que a história familiar e a prova de função tireoidiana apontam para doença de Graves.
- B) Encaminhar para tratamento com iodo radioativo, uma vez que a história familiar e a prova de função tireoidiana apontam para doença de Graves.
- C) A tireoidite subaguda dolorosa é a hipótese mais provável, e deve ser indicada terapia com prednisona e tionamida.
- D) A tireoidite subaguda dolorosa é a hipótese mais provável e devem ser indicados terapia com propranolol, antiinflamatório e seguimento clínico.

Questão 38

Mulher, 32 anos, foi submetida a lobectomia direita para tratamento de nódulo tireoidiano sólido, hipocóico, cuja citopatologia veio Bethesda IV. A histopatologia confirmou o diagnóstico de carcinoma papilífero, variante clássica, medindo 2,6 cm, sem sinais de extensão extratireoidiana ou invasão angiolinfática. Para este caso, a recomendação **CORRETA** é:

- A) Deve ser realizada monitorização clínica e manutenção do TSH entre 0,5 e 2,0 mUI/l.
- B) Deve ser realizada reabordagem cirúrgica para realização de tireoidectomia total com esvaziamento cervical
- C) Deve ser realizada cintilografia de tireoide e posterior ablação com radioiodo.
- D) Deve ser realizada pesquisa de corpo inteiro (PCI) com radioiodo para busca de metástases e estadiamento da doença.

Questão 39

Mulher, 27 anos, deu entrada no Pronto Socorro com dor abdominal, febre, taquicardia e confusão mental há 4 dias. Sua mãe referiu que há 20 dias a paciente cessou o uso, por conta própria, de medicação para tireoide (metimazol) que tinha sido iniciada há 3 meses. Ao exame, apresentava-se com confusão mental, temperatura 39,6°C, PA 150x70 mmHg, FC 142bpm, tremores de extremidades, edema em membros inferiores. Tireoide estava endurecida, aumentada 3 vezes de volume. Trazia exames prévios, antes do início do metimazol, com TSH < 0,01 mUI/l (VR 0,4 a 4,0), T4L > 7,7 ng/dl (VR 0,8 a 1,9), TRAb 22 UI/l (VR < 1,75). Após a avaliação inicial foi feito diagnóstico e iniciado medicações, dentre elas a solução de iodo. Qual orientação **CORRETA** para o uso do iodo nesse caso e qual o seu mecanismo de ação:

- A) Usar 1 hora após a primeira dose da tionamida; atua bloqueando a liberação do hormônio tireoidiano.
- B) Usar 1 hora antes da primeira dose da tionamida; atua diminuindo a vascularização da glândula tireoide.
- C) Usar 1 hora após a primeira dose da tionamida; atua nos tecidos periféricos bloqueando a deiodase tipo 1.
- D) Usar 1 hora antes da primeira dose da tionamida; atua diminuindo a conversão periférica de T4 em T3.

Questão 40

Com relação à estratificação de risco de recorrência dos carcinomas papilíferos de tireoide (CPT) proposta pela *American Thyroid Association* (ATA), assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O CPT sem invasão local ou à distância e com diâmetro inferior a 1cm é classificado como baixo risco de recorrência mesmo que apresente uma histologia mais agressiva (como as variantes colunar e células altas).
- B) A presença de metástases linfonodais com <2mm e em número pequeno (até 5 linfonodos acometidos) não está associada a um maior risco de recorrência do CPT e não é um dos critérios para classificar os tumores como de risco intermediário ou alto risco de recorrência.
- C) A presença de invasão vascular só é considerada como critério para classificar um CPT como risco intermediário se houver mais de 4 focos de invasão detectados.
- D) Um tumor classificado logo após a cirurgia como alto risco de recorrência pode ser reclassificado como baixo risco de recorrência se não houver mais evidência de doença nos primeiros dois anos de seguimento.

Questão 41

Homem, 68 anos, com insuficiência cardíaca compensada com a utilização de várias medicações, apresenta dois exames de dosagem de TSH, com cinco meses de intervalo entre eles, com resultados de 6,6 mUI/l e 6,1 mUI/l, respectivamente (VR de 0,45 a 4,5). Assinale a alternativa que contenha a conduta inicial **CORRETA** para o caso em relação à alteração tireoidiana:

- A) Solicitar dosagem sérica de triiodotironina reversa (rT3).
- B) Introduzir associação de levotiroxina com triiodotironina.
- C) Começar tratamento com levotiroxina com doses baixas.
- D) Não indicar tratamento e acompanhar clínica e laboratorialmente.

Questão 42

Mulher, 55 anos, ao realizar US de vasos do pescoço como triagem identificou um nódulo em lobo esquerdo de tireoide, medindo 1,1 cm no maior diâmetro, sólido, isoecoico, bem delimitado, mais largo do que alto e sem pontos ecogênicos. A dosagem de TSH foi normal. De acordo com as recomendações do Colégio Americano de Radiologia, qual a recomendação **CORRETA** de conduta para esse nódulo?

- A) Não é necessário seguimento para esse nódulo.
- B) Seguimento com ecografia a cada 1 ou 2 anos.
- C) Recomenda-se biópsia de tireoide guiada por US.
- D) Recomenda-se cintilografia de tireoide com radioiodo.

Questão 43

Mulher, 63 anos, com hipertireoidismo por doença de Graves há 2 anos, na ocasião apresentava TSH suprimido e T4 livre 3 vezes o limite superior da referência, quando foi iniciado metimazol. Durante os últimos 24 meses ela vem fazendo uso de dosagens decrescentes de metimazol, atualmente em uso de 5 mg/dia. Em uso de losartan 100mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. Tabagista (38 anos/maço).

Ao exame: eupneica, FC 78 bpm, PA 120 x 80 mmHg. Tireoide: bócio difuso, aumentado duas vezes o normal. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Olhos: *Clinical activity score* (CAS) igual 2 bilateralmente, com proptose bilateral.

Exames recentes mostram função tireoidiana normal e TRAb 5,9 UI/l (VR < 1,75).

Qual é a melhor conduta para esta paciente em relação à droga antitireoidiana?

- A) Manter a atual dose e reavaliar a paciente em 3-4 meses com novos exames de função tireoidiana.
- B) Aumentar a dose do Metimazol com o objetivo de promover redução dos títulos do TRAb.
- C) Suspender o Metimazol devido à alta probabilidade de evoluir com remissão da doença de Graves.
- D) Suspender o Metimazol devido ao tempo prolongado de uso e indicar a terapia definitiva com radioiodo.

Questão 44

Homem, 59 anos, submetido há 3 anos a tireoidectomia total e iodoterapia por carcinoma diferenciado de tireoide. Vem em consulta médica, após mais de 2 anos sem acompanhamento, encaminhado pelo cardiologista por alterações laboratoriais. Possui, de comorbidades, hipertensão e fibrilação atrial. Traz exames coletados há 1 semana: TSH < 0,01 mUI/l (VR 0,4 a 4,0), tireoglobulina 5 ng/dl, anti-tireoglobulina negativa. US cervical sem evidência de doença estrutural.

Com os dados dessa consulta, considerando a estratificação dinâmica de risco da *American Thyroid Association (ATA)* de 2015, qual a meta atual de TSH:

- A) < 0,1 mUI/l.
- B) 0,1 a 0,5 mUI/l.
- C) 0,5 a 2,0 mUI/l.
- D) Não tem dados suficientes para estabelecer uma meta para TSH.

Questão 45

Os inibidores de tirosina quinase podem ser usados no manejo dos pacientes com carcinoma diferenciado de tireoide refratários à iodoterapia. Leia as assertivas abaixo:

I - Tecido metastático sem captação de iodo.
II - Progressão da doença metastática apesar da radioiodoterapia.

III - Elevação progressiva da tireoglobulina.

Qual das opções acima indicam refratariedade ao iodo radioativo?

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

Questão 46

Mulher, 27 anos, apresenta-se com sintomas de poliúria e polidipsia de início abrupto acompanhado de nictúria. A coleta de urina de 24 horas mostrou um volume urinário de 83 ml/kg/24 horas e uma osmolaridade urinária de 287 mOsm/kg. O sódio sérico 149 mEq/l (VR 136 a 145) e a glicemia de jejum estava normal. Em relação ao caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A paciente apresenta uma poliúria hipotônica e deve realizar o teste de privação hídrica para diferenciação entre polidipsia primária e diabetes insípido central/nefrogênico.
- B) A paciente apresenta um quadro clínico de poliúria hipotônica por diabetes insípido e deve realizar administração de desmopressina IV 2mg para diferenciar entre central e nefrogênico.
- C) A paciente apresenta um quadro clínico de poliúria por polidipsia primária e necessita encaminhamento a um serviço de psiquiatria.
- D) A paciente não apresenta poliúria pela urina de 24 horas e deve ser encaminhada para investigação de outras causas de nictúria e hipernatremia.

Questão 47

Em relação ao tratamento do hipopituitarismo e as interações entre as diferentes reposições, indique a opção **CORRETA**:

- A) Em pacientes com deficiência de ACTH, a redução da diurese associada ao Diabetes Insípido após o início do corticoide se deve ao efeito desta reposição na liberação de ADH.
- B) A reposição de GH em pacientes deficientes de GH pode elevar os níveis de cortisol, por isso o status corticotrófico deve ser reavaliado após o início da reposição de GH.
- C) A reposição com levotiroxina aumenta a produção de IGF-1, por isso a reposição com GH deve ser reavaliada após início ou ajuste da dose de levotiroxina.
- D) A reposição com estrógeno oral geralmente aumenta os níveis de IGF-1, por isso a reposição de GH deve ser reavaliada após início da reposição estrogênica.

Questão 48

Mulher, 30 anos, portadora de macroprolactinoma, em uso de cabergolina com aumento progressivo da dose, em uso de 3,5mg/semana há 3 anos, com prolactina de 550 mg/dl (VR 3 a 25) e sem redução significativa da massa tumoral (4x3x3,5cm). Em relação a esse caso é **CORRETO** afirmar:

- A) Apesar da cabergolina ser mais bem tolerada e mais específica para o receptor D2, a sua eficácia quanto à redução de volume tumoral e normalização de prolactina é inferior à da bromocriptina, devendo ser trocada a medicação.
- B) A temozolamida é a terapêutica medicamentosa de escolha para prolactinomas agressivos resistentes a agonista dopaminérgico e não responsivos à cirurgia e à radioterapia.
- C) A maioria dos pacientes com resistência a agonistas dopaminérgicos apresenta redução da absorção intestinal da droga.
- D) Caso a paciente apresente hipopituitarismo, a radioterapia é uma boa opção terapêutica, pois macroprolactinomas resistentes são especialmente sensíveis à radiação.

Questão 49

Dentre as causas de hipopituitarismo, qual das alternativas abaixo associa **CORRETAMENTE** o defeito em fatores de transcrição e todas as deficiências hormonais hipofisárias que estão descritas a ele?

- A) HESX1 - ACTH, LH, FSH.
- B) PROP1 - GH, PRL, TSH, LH, FSH, ACTH.
- C) SOX2/3 - GH, TSH.
- D) POU1F1 - GH, LH, FSH.

Questão 50

Menino, 12 anos, com atraso no crescimento, excesso de peso e hemianopsia temporal esquerda procura atendimento especializado. Na investigação é confirmada a deficiência de GH sem apresentar outras deficiências hipofisárias. RM de sela túrcica revelou uma lesão selar e supra selar acometendo terceiro ventrículo, acima do quiasma óptico e anterior aos corpos mamilares, com alto sinal em T1, realce marginal pelo contraste, com componente sólido e cístico medindo 3 cm no maior diâmetro. Sobre o tratamento desse tumor assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Ressecção subtotal por via transcraniana seguido de radioterapia.
- B) Ressecção cirúrgica completa por via transesfenoidal (via endonasal).
- C) Radioterapia isolada.
- D) Terapia intracística com alfainterferona.

Questão 51

Em relação ao tratamento medicamentoso da Doença de Cushing, indique a opção **CORRETA**:

- A) Octreotida e Lanreotida estão indicados, porém em doses maiores do que na acromegalia.
- B) A mifepristona tem ação periférica, não tumoral, e a monitorização do seu efeito deve ser clínico e com a dosagem de cortisol livre urinário.
- C) O cetoconazol está associado a maior risco de hipogonadismo em pacientes do sexo masculino.
- D) Pasireotida está indicada, porém está frequentemente associada com a indução de episódios de hipoglicemia.

Questão 52

Homem, 56 anos, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tipo 2 desde os 41 anos, relata turvação visual, artralgia e parestesias em mãos há 6 meses, com piora progressiva. Ao exame físico, identifica-se diastema e sinais de Tinel e Phalen positivos. Frente à suspeita diagnóstica, qual a conduta **CORRETA**?

- A) Está indicada a dosagem de GH basal pela manhã para confirmação diagnóstica.
- B) A avaliação por meio de RM de sela túrcica está indicada.
- C) GH < 4 ng/ml e IGF-I normal para idade excluem o diagnóstico.
- D) O TOTG com dosagem de GH está indicado se GH > 0,4 ng/ml e/ou IGF-I aumentado.

Questão 53

Em relação ao diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo central indique a opção **CORRETA**:

- A) Mulheres com hipotireoidismo central geralmente precisam de maiores aumentos na dose de reposição durante a gravidez do que mulheres com hipotireoidismo primário.
- B) Níveis de TSH levemente aumentados, em geral até cerca de 10 mUI/l, podem ocorrer nesses pacientes com hipotireoidismo central.
- C) O teste de estímulo com TRH para dosagem de TSH é útil para o diagnóstico na maioria dos pacientes com suspeita de hipotireoidismo central.
- D) Níveis baixos ou suprimidos de TSH durante o tratamento com levotiroxina são indicativos de superdosagem (tireotoxicose) na maioria dos pacientes com hipotireoidismo central.

Questão 54

Em relação à Síndrome de Sheehan, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A incidência da Síndrome de Sheehan parece estar crescendo em todo o mundo em decorrência de maior taxa de complicações nos partos.
- B) A síndrome pode estar associada a alterações em exames de imagem como sela túrcica vazia ou parcialmente vazia.
- C) A apresentação crônica da síndrome pode incluir agalactia e amenorreia primária.
- D) A apresentação aguda da síndrome pode ser caracterizada por hipernatremia e hiperglicemia.

Questão 55

Mulher, 35 anos, apresenta ganho de peso de 10 kg em 5 meses, com irregularidade menstrual, hirsutismo, acne e surgimento de estrias violáceas em abdômen. Foi diagnosticada com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus em uso de losartana 10 mg/dia, anlodipina 10mg, metformina 1500 mg/dia e insulina NPH 30 unidades pela manhã e 14 unidades *bed time*. Glicose jejum 240 mg/dl (VR 70 a 99); HbA1c 12,0%. Com relação à principal suspeita diagnóstica, assinale a afirmativa **CORRETA**:

- A) O teste de supressão do cortisol sérico após 1mg de dexametasona deve ser realizado por apresentar elevada especificidade e baixa sensibilidade.
- B) Deve-se realizar cortisol basal e ACTH e curva glicêmica e insulínica para confirmar a resistência insulínica e ajustar a dose da metformina.
- C) O cortisol salivar deve ser coletado entre 6-8 horas da manhã junto com ACTH, com pelo menos duas amostras em dias consecutivos ou alternados.
- D) O cortisol sérico noturno é um exame considerado de segunda linha, pois necessita internação do paciente por pelo menos 48 horas para sua realização.

Questão 56

Mulher, 42 anos, em tratamento para lúpus eritematoso sistêmico, usuária crônica de glicocorticoides orais, com história recente de múltiplas fraturas vertebrais. Seus exames mais recentes: 25 (OH) vitamina D 26 ng/ml (VR > 20); PTH 59 pg/ml (VR 12 a 65); cálcio 9,2 mg/dl (VR 8,5 a 10,5); albumina 3,8 g/dl (VR 3,5 a 4,5); fósforo: 3,8 (VR 2,5 a 4,8); calciúria de 24 horas: 24 mg/24h (VR < 300).

Densitometria óssea (DXA): lombar (Z-score = -2,0), colo do fêmur (Z-score = -1,4) e fêmur total (Z-score = -1,7). Fraturas vertebrais grau 2 de Genant (VFA) T10 a L1.

Sobre o caso acima, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Durante o seguimento, a densitometria óssea é dispensável, já que a medida da densidade óssea não se associa ao risco de fraturas nesses pacientes.
- B) Devido ao diagnóstico de osteoporose induzida por glicocorticoide e alto risco de fratura, a teriparatida é a medicação preferível neste caso.
- C) Devido ao diagnóstico de osteopenia na densitometria óssea, é recomendada a utilização do FRAX para cálculo do risco de fratura e definição do tratamento.
- D) Considera-se uso crônico de glicocorticoide dose média ≥ 10 mg/dia de prednisona ou equivalente por mais de 3 meses.

Questão 57

Apesar de ser um evento adverso raro, a terapia antirreabsortiva para osteoporose pode estar associada à osteonecrose de mandíbula. De acordo com posicionamento recém-publicado pela SBEM, ABRASSO e Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral (SOBEP), assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A prevalência de osteonecrose de mandíbula não está relacionada à dose cumulativa ou à duração do tratamento.
- B) A radioterapia local é um dos principais fatores de risco para a osteonecrose de mandíbula relacionada à terapia antirreabsortiva.
- C) Os marcadores de reabsorção (CTX) e formação (PINP) óssea podem ser usados para prever o risco de osteonecrose de mandíbula.
- D) Não há benefício da interrupção da terapia antirreabsortiva para realização de procedimento dentário.

Questão 58

Durante a terapia com bisfosfonatos para tratamento da osteoporose, pode ser realizada a interrupção da terapia durante o seguimento, chamada de *drug holiday*. Em quais pacientes abaixo está indicado o *drug holiday*?

- A) Pacientes que reduziram o risco de fraturas para leve a moderado após 3 a 5 anos de tratamento com ácido zoledrônico ou alendronato.
- B) Em todos os pacientes após 3 a 5 anos de terapia com todos os bisfosfonatos.
- C) Pacientes que reduziram o risco de fraturas para leve ou moderado após 10 anos de tratamento com todos os bisfosfonatos.
- D) Em todos os pacientes após 5 anos de tratamento com risedronato ou 10 anos com alendronato.

Questão 59

Mulher, 66 anos, em acompanhamento para osteopenia, consome diariamente 1 copo de leite e vem à consulta questionando sobre a suplementação de cálcio. Nega fraturas ou litíase renal. Exames laboratoriais complementares normais, incluindo calcemia e calciúria. Quanto a esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Não há indicação da suplementação de cálcio, uma vez que os exames laboratoriais vieram dentro da normalidade.
- B) A suplementação de cálcio está indicada apenas em pacientes com osteoporose devido ao maior risco de fraturas.
- C) Essa paciente tem indicação de aumentar sua ingestão de laticínios ou suplementar cálcio, buscando a ingestão total diária de 1.200 mg/dia de cálcio.
- D) A suplementação de cálcio está indicada, sendo preferível o uso de citrato de cálcio em detrimento do carbonato de cálcio.

Questão 60

Sobre a relação entre a obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2 e a saúde óssea, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Mulheres pós menopausa com IMC ≥ 30 kg/m² tem menor risco de fraturas que aquelas com IMC < 25 kg/m² devido ao efeito protetor do estrógeno aromatizado no tecido gorduroso.
- B) A densitometria óssea (DXA) pode subestimar o risco de fratura em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, estando indicado o tratamento farmacológico para pacientes com T-score $< -2,0$ desvios-padrão.
- C) No seguimento pós menopausa de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica, a realização de DXA é dispensável, já que a perda de peso reduz significativamente o risco de fraturas.
- D) Em pacientes pós menopausa e Diabetes Mellitus tipo 2, o diagnóstico de osteopenia e osteoporose difere dos critérios diagnósticos da população sem diabetes.

Questão 61

Mulher, 67 anos, hígida, encaminhada para avaliação endocrinológica por achado fortuito de PTH de 88 pg/ml (VR: 12 a 65). Negava nefrolitíase, fraturas prévias ou uso de medicamentos. Demais exames revelavam cálcio total de 9,2 mg/dl (VR 8,5 a 10,5), albumina 4,0 g/dl, creatinina 0,7 mg/dl (VR 0,7 a 1,3), 25 (OH) vitamina D 41 ng/dl (VR < 20), fósforo 3,0 mg/dl (VR 2,5 a 4,5) e cálcio urinário 170 mg/24h (VR < 300). Exames repetidos após 3 meses confirmaram PTH de 92 pg/ml e cálcio sérico total de 9,1 mg/dl. De acordo com o caso apresentado, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Está indicada a dosagem do cálcio sérico iônico para a confirmação do diagnóstico de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico.
- B) Se confirmado o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico, o tratamento com calcimimético estaria indicado nesta paciente.
- C) A não localização de uma ou mais paratireoides anômalas em exames de imagem afasta o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário normocalcêmico.
- D) Caso fosse encontrada osteoporose à densitometria óssea, o uso de alendronato seria uma boa opção para aumento da massa óssea e redução do PTH.

Questão 62

Quanto ao diagnóstico diferencial de hipercalcemias, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Metástases ósseas fazem parte do diagnóstico diferencial da hipercalcemia, principalmente quando associadas a níveis elevados de PTH.
- B) O uso de medicações, como diuréticos tiazídicos e carbonato de lítio, pode promover hipercalcemia, assim como intoxicação por vitamina A ou D.
- C) Tumores produtores de PTHrP podem cursar com hipercalcemia com quadro laboratorial semelhante ao hiperparatireoidismo primário.
- D) A solicitação de medida de cálcio sérico em familiares não deve ser utilizada para auxiliar no diagnóstico da hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna.

Questão 63

Mulher, 63 anos, com hipotireoidismo por Tireoidite de Hashimoto e osteoporose, em uso de levotiroxina, carbonato de cálcio, vitamina D e alendronato 70 mg/semana há 5 anos. Apresentou ganho significativo de massa óssea em coluna e fêmur no primeiro ano; porém após 5 anos de seguimento, evoluiu com perda de 9,6% de massa óssea em coluna lombar e 7,3% em fêmur total, além de emagrecimento, diarreia intermitente e anemia. Cálcio e fósforo séricos normais, 25 (OH) vitamina D 8 ng/ml (VR > 20); PTH 283 pg/ml (VR 12 a 65); TSH 0,4 mUI/l (VR 0,4 a 4,0), CTX elevado e P1NP diminuído. Sobre este caso, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Hiperparatireoidismo primário normocalcêmico é o diagnóstico mais provável e pode explicar a má resposta terapêutica no tratamento da osteoporose.
 B) Os marcadores de remodelação óssea neste caso são compatíveis com o diagnóstico de deficiência de Vitamina D com hiperparatireoidismo secundário.
 C) Doença celíaca deve ser investigada pela dosagem de anticorpos anti-endomísio e anti-transglutaminase e, se necessário, biópsia endoscópica de intestino delgado.
 D) O hipertireoidismo iatrogênico justifica a perda de massa óssea, apesar da terapia anti-osteoporótica estar adequada.

Questão 64

A respeito do hiperparatireoidismo primário, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Paciente com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário e que tenha menos de 50 anos de idade deve ser considerado para conduta cirúrgica, mesmo que assintomático.
 B) A Cintilografia não deve ser realizada para localizar o adenoma de paratireoide em paciente com nódulo tireoidiano, já que pode haver falso negativo.
 C) A ausência de localização de paratireoide hipercaptante em paciente com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário contraindica o tratamento cirúrgico.
 D) Níveis de PTH > 200 pg/ml (VR 12 a 65) ou aumentos superiores a 50% em 02 anos são considerados como indicação para tratamento cirúrgico.

Questão 65

Mulher 67 anos, submetida à tireoidectomia total há 48 horas por bócio multinodular atóxico. Nas últimas 12 horas, passou a apresentar parestesia perioral e câimbras esparsas. Exames laboratoriais: cálcio 7,4 mg/dl (VR 8,5 a 10,5), albumina 4,4 g/dl (VR 3,5 a 5,5), fósforo 4,4 mg/dl (VR 2,5 a 4,5), PTH 15 pg/ml (VR 12 a 65). Sobre o provável diagnóstico da paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O diagnóstico só pode ser confirmado após dosagem do cálcio iônico a ser realizada em, no mínimo, 2 semanas.
 B) O diagnóstico só pode ser confirmado após nova avaliação laboratorial demonstrar redução da calcemia (corrigida pela albumina) a ser realizada em, no mínimo, 2 semanas.
 C) O diagnóstico só pode ser confirmado após nova avaliação laboratorial a ser realizada em, no mínimo, 2 semanas, demonstrar redução do PTH sérico, sendo que níveis normais excluem o diagnóstico.
 D) O diagnóstico só pode ser confirmado após nova avaliação laboratorial a ser realizada em, no mínimo, 2 semanas, demonstrar aumento dos níveis de fósforo, sendo que níveis normais excluem o diagnóstico.

Questão 66

Menino, 5 anos e 8 meses, há 6 meses, apresenta ereções frequentes e aparecimento de pelos pubianos, irritabilidade e sono agitado. Cresceu muito nos últimos meses. Não usa medicamentos orais ou tópicos. Traz idade óssea com laudo de 7 anos e 10 meses. É o primeiro filho do casal, nasceu de parto normal, a termo, com peso 3.430g e 50 cm de comprimento, gestação sem intercorrências. História familiar: menarca da mãe aos 12 anos, pai teve desenvolvimento puberal normal. Estatura alvo: 176 cm (DP: +0,1). Exame físico: bom estado geral, hipertrofia muscular, sem estigmas sindrômicos. Estatura 125 cm (DP: +2,4); peso 26 Kg; Z- IMC: 0,4. Pele sem lesões, PA 86 x 62 mmHg. Genitália externa masculina, pelos em P3, pênis tracionado medindo 8 cm, testículo direito com 6 ml e testículo esquerdo com 8 ml sem evidência de nódulos. Quais dos exames abaixo mais provavelmente esclarecerão o diagnóstico?

- A) 17-OH progesterona, androstenediona, testosterona e DHEAS.
 B) LH, FSH, hCG e testosterona.
 C) Testosterona, IGF-1 e hCG.
 D) LH, FSH e Dihidrotestosterona

Questão 67

Menino, 9 anos, teve o diagnóstico de feocromocitoma bilateral (3,5 cm à esquerda e 5,0 cm à direita). Pais negam história familiar de feocromocitomas e paragangliomas. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Como não há história familiar de feocromocitomas e paragangliomas, está descartada a possibilidade de doença de von Hippel Lindau.
 B) O gene mais provavelmente acometido é o SDHD (*Succinate Dehydrogenase Complex Subunit D*), associado a herança ligada ao X.
 C) A causa mais frequente de feocromocitoma na infância é mutação missense no gene VHL (von Hippel Lindau).
 D) O diagnóstico mais provável é neoplasia endócrina múltipla do tipo 2A, estando indicado a dosagem de calcitonina para rastreamento de carcinoma medular de tireoide.

Questão 68

Um recém-nascido nascido a termo com 14 dias de vida, sem intercorrências neonatais realizou exame de triagem neonatal biológica expandido no quarto dia de vida. A avaliação da função tireoidiana revelou TSH 4,3 mUI/l (VR < 7) e T4 total 3,1 mcg/dl (VR 8,2 a 17). Exames confirmatórios foram coletados no 15º dia de vida, com resultados TSH 4,1 mUI/l (VR < 5,5), T4 Total 2,7 mcg/dl (VR 8,2 a 17) e T4 livre 1,6 ng/dl (VR 0,8 a 1,9). A conduta mais indicada para esta criança é:

- A) Iniciar tratamento com levotiroxina.
 B) Realizar US ou cintilografia de tireoide e iniciar tratamento com levotiroxina.
 C) Solicitar exames para avaliar a função hipofisária e RM da sela túrcica e do encéfalo.
 D) Tranquilizar os pais e indicar apenas observação clínica.

Questão 69

Menina, 4 anos e 6 meses, apresenta telarca há 2 meses, sem pubarca ou menarca. Apresentou episódio semelhante há um ano, com melhora espontânea. Sem antecedentes familiares de puberdade precoce não tem outras comorbidades, nem faz uso de medicamentos. Ao exame: estatura e peso no percentil 50 e não tem lesões cutâneas. Genitais femininos típicos e seu estadiamento puberal de Tanner é M3P1.

Exames: idade óssea 5 anos; LH 0,1 mUI/ml (VR < 0,3); FSH 3,1 mUI/ml (VR < 2,5); Estradiol 96 pg/ml (LC-MS; VR < 8). O pico de LH após estímulo endovenoso com GnRH foi de 2,3 mUI/ml. US pélvica: útero tópico em AVF, endométrio com 3mm, ovário direito com 1,8 cm³ e esquerdo com 5 cm³ com imagem compatível com lesão cística de 4 cm³. Cintilografia óssea sem alterações. A conduta mais indicada para esta paciente neste momento é:

- A) Observação clínica.
- B) Tratamento cirúrgico da lesão no ovário esquerdo.
- C) Indicar tratamento com leuprorrelina.
- D) Indicar tratamento com letrozol.

Questão 70

Assinale a alternativa que corresponde às características clínicas e laboratoriais encontradas em meninos com atraso puberal devido a retardo constitucional de crescimento e puberdade.

- A) Gonadotrofinas elevadas, estatura aumentada para idade cronológica, idade óssea atrasada.
- B) Gonadotrofinas baixas, estatura reduzida para idade cronológica, idade óssea atrasada.
- C) Gonadotrofinas normais, estatura normal sem estirão puberal, hormônio anti-mulleriano reduzido.
- D) Gonadotrofinas baixas, início tardio do estirão de crescimento, inibina B muito reduzida.

Questão 71

Menina com 11 anos de idade, escore de Z estatura em -2,5 DP e de Z-IMC em +3,1. Procura avaliação por crescimento reduzido desde os primeiros anos de vida. Apresenta discreto a moderado atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, face levemente arredondada, sem pletora, sem lesões cutâneas. Realizou exame radiológico para avaliar a idade óssea cuja imagem é apresentada abaixo:



Os exames laboratoriais iniciais mais indicados para avaliar esta paciente e que podem esclarecer o diagnóstico são:

- A) Dosagem de IGF1 e teste de estímulo de GH.
- B) TSH, T4livre, cálcio, fósforo e PTH.
- C) Teste de supressão com 1 mg de dexametasona às 23 horas.
- D) Ressonância magnética de sela túrcica.

Questão 72

O tratamento da puberdade precoce periférica depende da etiologia, podendo em alguns casos exigir tratamento cirúrgico. As opções terapêuticas incluem drogas que bloqueiam a síntese ou a ação dos esteroides sexuais. Sobre estas medicações, assinale a alternativa

CORRETA:

- A) Agentes progestacionais são as medicações de escolha atualmente e os análogos do GnRH devem ser associados quando ocorrer ativação secundária do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.
- B) Antiandrogênicos (espironolactona e acetato de ciproterona) são contraindicados para o tratamento da puberdade precoce periférica.
- C) Derivados imidazólicos (cetoconazol) são contraindicados na infância e, portanto, não podem ser utilizados para tratamento de puberdade precoce periférica.
- D) Moduladores seletivos do receptor de estrógeno (tamoxifeno) e inibidores da aromatase (anastrozol e letrozol) são as medicações preferenciais em meninas.

Questão 73

Menino, 2 anos, encaminhado para avaliação de fragilidade óssea. Apresenta escleras azuladas, face triangular, deformidades em membros superiores e inferiores e baixa velocidade de crescimento. Começou a andar com 1 ano e 8 meses. Encontra-se no Z-escore -2,2 desvios-padrão de peso e -2,3 desvios-padrão de comprimento. Filho de pais saudáveis, não consanguíneos. Dois irmãos mais velhos sem queixas quanto à saúde global. O paciente teve cinco fraturas de ossos longos desde os 6 meses de idade, sem traumas com intensidade que as justificassem. Sequenciamento de nova geração descreveu mutação patogênica com perda de função no gene COL1A1. Qual das alternativas abaixo apresenta o perfil bioquímico esperado neste paciente?

- A) Normocalcemia, normofosfatemia, PTH normal.
- B) Hipocalcemia, hipofosfatemia, aumento do calcidiol e diminuição do calcitriol.
- C) Hipofosfatemia, cálcio e fósforo no limite superior.
- D) Normocalcemia, hipofosfatemia, PTH no limite superior, hiperfosfatúria e normocalciúria.

Questão 74

Em relação ao diagnóstico e tratamento da deficiência de GH em crianças e adolescentes, indique a opção

CORRETA:

- A) Doses iniciais mais altas de GH estão indicadas na puberdade em meninos comparados às meninas.
- B) As doses utilizadas de GH são calculadas de acordo com o peso, níveis de IGF-1 e a idade óssea.
- C) Pacientes com deficiência de GH isolada idiopática na infância devem ser retestados antes de manter o tratamento na fase adulta.
- D) Níveis normais de IGF-1 em pacientes com suspeita de deficiência de GH isolado idiopático excluem o diagnóstico de deficiência.

Questão 75

Sobre a síndrome de Turner, a causa mais frequente de falência gonadal primária no sexo feminino, com uma incidência de 1:2.500 nascidos vivos, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O diagnóstico é confirmado apenas pela demonstração de perda total do segundo cromossomo sexual.
- B) Aproximadamente 95% das meninas com síndrome de Turner apresentam cariótipo 45,X, enquanto as demais apresentam mosaicismos ou deleções parciais do cromossomo X.
- C) A constituição cromossômica é altamente variável e está associada a anomalias numéricas dos cromossomos sexuais (X e/ou Y).
- D) Em meninas com puberdade atrasada e US pélvica demonstrando “ovários em fita”, o diagnóstico pode ser confirmado sem a necessidade de análise genética.

Questão 76

Com relação ao diagnóstico e tratamento de ginecomastia, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Recomenda-se que o exame físico das mamas seja acrescido de RM mamária para diferenciar a lipomastia e descartar a tumor mamário maligno uma vez que a mamografia e a US são pouco sensíveis.
- B) Recomenda-se que o exame da genitália masculina seja auxiliado por uma US testicular pois a detecção de um tumor testicular por palpação tem baixa sensibilidade.
- C) Recomenda-se como primeira linha de tratamento os moduladores seletivos de receptores de estrogênio (SERMs) ou inibidores da aromatase para pacientes com ginecomastia de etiologia medicamentosa.
- D) Recomenda-se o tratamento cirúrgico, associado ou não a lipoaspiração local, de forma precoce, uma vez que a regressão espontânea da ginecomastia é baixa e os tratamentos medicamentosos são pouco efetivos.

Questão 77

Mulher, 22 anos, atendida com queixa de aumento de pelos corporais. Refere pubarca aos 7 anos e menarca em idade habitual, mas ciclos posteriormente sempre irregulares, chegando a passar mais de 3 meses sem menstruar. Dos 19 aos 20 anos fez uso de contraceptivo com etinilestradiol 35 mcg + ciproterona, referindo melhora dos pelos naquela ocasião. Ao exame, tem escala de Ferriman-Gallwey modificada de 16 e IMC de 33 kg/m². Em relação ao caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O caso é típico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e a paciente apresenta dois critérios clínicos pelo consenso de Rotterdam, sendo dispensados exames adicionais.
- B) A dosagem da androstenediona é mandatória pois a paciente pode apresentar diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita forma não clássica.
- C) Confirmado o diagnóstico da SOP, considerando as queixas da paciente, a mesma deve retornar ao uso de contraceptivo combinado, preferencialmente com uma pílula diferente da que fez uso.
- D) Como a paciente é portadora de SOP fenótipo A deve ter uma avaliação metabólica, diferentemente dos demais fenótipos (B, C e D) que não necessitariam de tal investigação.

Questão 78

Considerando os tratamentos envolvidos no atendimento aos indivíduos transgêneros, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A realização da cirurgia de afirmação de gênero reduz o risco associado à terapia hormonal em mulheres trans porque possibilita a suspensão do tratamento com estradiol e drogas antiandrogênicas.
- B) Em mulheres trans que realizam cirurgia de afirmação de gênero é recomendado rastreamento oncológico para carcinoma de próstata com avaliação urológica e dosagem de PSA, uma vez que a próstata é mantida.
- C) É recomendado exame de densitometria óssea a cada 2 anos em homens e mulheres trans a partir do início do tratamento hormonal, devendo ser anual na presença de fatores de risco.
- D) O rastreamento de câncer de mama em homens trans deve ser mais frequente que o preconizado para mulheres cisgênero até a realização de mastectomia bilateral e após o procedimento não há necessidade de monitorização.

Questão 79

Homem, 32 anos, história de uso de esteroides anabolizantes há 2 anos, vem à consulta por redução de libido e infertilidade. Nega outros sintomas de hipogonadismo no momento. Ao exame físico: testículos com 12ml bilateralmente. Laboratório: Testosterona total 158 ng/dl (1^a amostra) e 179 ng/dl (2^a amostra); LH 1,3 mUI/ml (VR 1,5 a 9,3) e FSH 0,8 mUI/ml (VR 1,4 a 18). Espermograma com oligozoospermia. Assinale a alternativa **CORRETA** com relação a abordagem mais adequada para este caso:

- A) Iniciar citrato de clomifeno associado ou não a HCG e não iniciar testosterona gel.
- B) Iniciar FSH recombinante associado a citrato de clomifeno e testosterona gel.
- C) Iniciar FSH recombinante associado a HCG, citrato de clomifeno e testosterona gel.
- D) Iniciar citrato de clomifeno associado a FSH recombinante e não iniciar testosterona gel.

Questão 80

Formulações parenterais ou transdérmicas de testosterona são o tratamento de escolha para induzir virilização em homens trans. Em relação aos efeitos esperados com a terapia androgênica nestes indivíduos, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Clitoromegalia e queda de cabelo com padrão masculino são efeitos tardios do tratamento e são perceptíveis após a exposição androgênica prolongada.
- B) A redução na frequência fundamental da voz é observada entre os 6 e 12 meses de terapia hormonal e é reversível após a interrupção do tratamento.
- C) A terapia androgênica está associada à aumento significativo da massa muscular e a redução da gordura, sendo as maiores mudanças observadas na região androide para ambos os compartimentos.
- D) A associação de progestágenos à terapia com testosterona pode ser considerada em homens trans que apresentem sangramento menstrual persistente e níveis séricos adequados de testosterona.

Questão 81

Assinale a alternativa **CORRETA** que contenha apenas condições associadas com **AUMENTO** das concentrações da proteína ligadora de hormônios sexuais (SHBG):

- A) Uso de estrogênio, cirrose, hipertireoidismo, doença pelo HIV.
- B) Uso de estrogênio, obesidade, hipotireoidismo, síndrome nefrótica.
- C) Uso de glicocorticoides, cirrose, hipotireoidismo, doença pelo HIV.
- D) Uso de glicocorticoides, obesidade, hipertireoidismo, síndrome nefrótica.

Questão 82

Adolescente do sexo masculino, 15 anos e 7 meses, foi encaminhado por obesidade. Não apresentava outras queixas, mas, ao ser questionado, referiu não ter ereções ou libido. Ao exame físico: peso 82,7 kg, altura 1,75m; envergadura 1,78 m; Tanner P2G1 testículos 2,5 cm³ bilateralmente, consistência fibrosa. Ginecomastia indolor à esquerda. Exames: testosterona 150 ng/dl (VR 175 a 780); LH 15 UI/l (VR 1,5 a 9,3); FSH 20 (VR 1,4 a 18), glicemia 97 mg/dl. Diante dos achados, foi solicitado cariótipo que revelou 46,XY/47,XXY. Sobre o caso é **CORRETO** afirmar:

- A) A presença de mosaïcismo implica em azoospermia e infertilidade, excluindo a necessidade de realização de espermograma.
- B) A alteração cromossômica identificada neste caso implica em risco aumentado de câncer de mama e necessidade de monitorização.
- C) Deve ser iniciada, de imediato, a reposição de testosterona para que estimule o desenvolvimento testicular adequado.
- D) Deve ser iniciada, de imediato, a terapia com citrato de clomifeno para que estimule o aumento testicular e a preservação da fertilidade

Questão 83

Mulher, 34 anos, recebe o diagnóstico de insuficiência ovariana prematura após um longo período de amenorreia e 02 dosagens de FSH acima de 35 UI/l (VR 3,85 a 8,8) repetidas após 4 semanas. Sobre este caso, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) O uso de contraceptivo não é necessário, uma vez que o risco de gravidez é praticamente nulo.
- B) A densidade mineral óssea deve ser considerada 5 anos após a confirmação do diagnóstico e, posteriormente, anualmente.
- C) Esta paciente tem uma possível redução da expectativa de vida, principalmente pelo aumento do risco de câncer de ovário.
- D) O uso de terapia com estrogênio vaginal é efetivo no tratamento de sintomas geniturinários, mesmo em paciente já recebendo terapia hormonal sistêmica.

Questão 84

Mulher, 45 anos, procura endocrinologista com o relato de ondas de calor de forte intensidade e frequência, insônia, irritabilidade, choro fácil e cansaço. O quadro começou há cerca de 6 meses quando foi submetida a histerectomia total + ooforectomia total bilateral.

Traz exames: mamografia BI-RADS 1, predomínio de tecido fibroglandular; US mamária BI-RADS 2; US de abdômen total com colelitíase; US pélvica ausência de útero e anexos. Densitometria óssea T-score (L1-L4: -1,2 DP e colo de fêmur: -1,4 DP).

Laboratório: FSH 101 mUI/ml (VR 3,85 a 8,8); Estradiol 5 pg/ml (VR 27 a 125); HDL 38 mg/dl; LDL 110 mg/dl; triglicerídeos 260 mg/dl; glicemia de jejum 92 mg/dl; HbA1c 5,4 %.

Qual a melhor forma de fazer a terapia hormonal nessa paciente?

- A) Estradiol 1 mg + dihidrogesterona 5 mg (via oral)
- B) Estradiol 2 mg + noretisterona 1 mg (via oral)
- C) Estradiol gel percutâneo 1,5 mg (gel percutâneo)
- D) Estradiol 2 mg (via oral)

Questão 85

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e o Conselho Federal de Medicina condenam o uso estético de hormônios. Sobre os implantes de gestrinona, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A gestrinona é um derivado 19-norsteróide originalmente concebido como um contraceptivo oral mensal que bloqueia o desenvolvimento folicular e estimula a produção de estradiol e derivados androgênicos.
- B) A gestrinona possui um efeito quimérico, agindo como antagonista no receptor de andrógeno e agonista no receptor de progesterona.
- C) A gestrinona, na forma oral, demonstrou ser eficaz para o tratamento da dor na endometriose, mas o seu uso ficou limitado pela baixa tolerabilidade e efeitos adversos como alterações de lipídeos, ganho de peso, hirsutismo e acne.
- D) A gestrinona, assim como a testosterona, é uma das 28 substâncias descritas como anabolizante na lista C5 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas o seu uso não é reconhecido como *doping* pela Agência Mundial Antidopagem.

Questão 86

Mulher, 30 anos, com insuficiência adrenal primária desde os 22 anos, em uso regular de hidrocortisona 15 mg/dia e fludrocortisona 100 mcg/dia, chega ao pronto-socorro com quadro agudo de taquicardia, hipotensão, vômitos, desidratação, febre, hipercalemia e hiponatremia. Está em tratamento para tuberculose pulmonar três meses com rifampicina e isoniazida e, recentemente, foi diagnosticada com doença de Graves, passando a utilizar também tiamazol 20 mg/dia, há uma semana. Em relação ao manejo do quadro agudo atual da paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O diagnóstico diferencial entre crise tireotóxica e crise adrenal aguda é fundamental para o manejo clínico inicial. Recomenda-se aguardar o resultado da função tireoidiana para a definição da dose correta de hidrocortisona intravenosa a ser administrada.
 B) Recomenda-se triplicar a dose do glicocorticoide e do mineralocorticoide por via oral até que os resultados dos demais exames estejam disponíveis e a dose correta de hidrocortisona intravenosa possa ser administrada.
 C) A maior metabolização do glicocorticoide, induzida pela tireotoxicose e pelos tuberculostáticos, contribuiu para o quadro atual. Recomenda-se a infusão imediata de 100 a 300 mg de hidrocortisona intravenosa antes dos resultados laboratoriais.
 D) Diante da gravidade da crise adrenal aguda e da possibilidade de adrenalite tuberculosa, recomenda-se a infusão imediata de 100 a 300 mg de hidrocortisona intravenosa e a dose de fludrocortisona deverá ser triplicada por via oral até a resolução do quadro.

Questão 87

Além da hipocalemia espontânea em paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS), qual condição abaixo também estaria indicada a investigação de hiperaldosteronismo primário?

- A) HAS sem controle apesar do uso de dose plena de duas classes de drogas anti-hipertensivas.
 B) HAS em paciente com apneia obstrutiva do sono.
 C) HAS do “jaleco branco”.
 D) Pressão arterial sustentada acima de 140 x 90 mmHg em 2 medidas em dias diferentes.

Questão 88

Homem 72 anos, encaminhado para avaliação de nódulo adrenal identificado em TC realizada por dor lombar. Sem outras queixas e em uso apenas de sinvastatina para dislipidemia. Avaliação laboratorial descartou feocromocitoma e síndrome de Cushing. TC com contraste venoso: nódulo 3,2 cm em adrenal direita, 34 UH e com *washout* de 30%. Sobre este caso, assinale a alternativa **CORRETA**?

- A) Por se tratar de uma lesão com características benignas e não funcionante, não há necessidade de seguimento do paciente.
 B) Por se tratar de uma lesão com características benignas e não funcionante, deve ser repetido exame de imagem e avaliação funcional em 12 meses.
 C) Em virtude do tamanho do nódulo, está indicada adrenalectomia direita.
 D) A TC contrastada indica possibilidade de lesão não-adenomatosa, com hipóteses de doenças infecciosas ou granulomatosas, carcinoma adrenal e metástase.

Questão 89

Homem, 35 anos, realizou TC de abdome por dor abdominal, sendo encontrada uma lesão com 5 cm de diâmetro, heterogênea, com áreas de necrose e hemorragia. Realizou exames: DHEA-S 290 mcg/dl (VR 89 a 427), cortisol após 1 mg dexametasona overnight 1,3 mcg/dl; Na 136 mEq/l (VR 136 a 145); K 4,1 mEq/l (VR 3,5 a 5). Metanefrinas urinárias, aldosterona e renina: em andamento (laboratório externo). Refere episódios de palidez e sudorese nos últimos meses. PA 160 x 100 mmHg; FC 100 bpm. Tem história na família de tumor renal, adrenal e em sistema nervoso central (angioma). Optado por cirurgia, mesmo antes do resultado de todos os resultados laboratoriais. Quanto ao pré-operatório, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A espironolactona está indicada para o controle pressórico por pelo menos 4 semanas antes do procedimento.
 B) Deve-se iniciar um betabloqueador, como o atenolol, para controle da frequência cardíaca e pressão arterial primeiramente.
 C) Deve-se fazer alfa-bloqueio com a doxazosina e orientar dieta rica em sódio e fluidos por um tempo mínimo de 7-14 dias.
 D) Deve-se iniciar antagonista do canal de cálcio, como o anlodipino, em monoterapia e orientar dieta pobre em sódio por um tempo mínimo de 7-14 dias.

Questão 90

Homem, 63 anos, hipertenso desde os 48 anos, em uso de valsartan 320 mg + hidroclorotiazida 25 mg + anlodipino 10 mg. Nos últimos 3 anos vem evoluindo com PA mais elevada, mesmo após ajuste e uso correto dos medicamentos. Nega outras queixas, diabetes ou doença cardiovascular prévia. Esposa refere que o paciente não ronca diariamente, mas ronca “quando bebe”, esporadicamente. PA 148 x 92 mmHg em pé e sentado. Avaliação cardiovascular e pulmonar normais, sem edema de membros inferiores. IMC 30,1 kg/m².

Exames: hemograma normal. glicemia 101 mg/dl, HbA1c 5,8%, creatinina 1,0 mg/dl (VR 0,6 a 1,2), Na 136 mEq/l (VR 135 a 145), K 3,8 mEq/l (VR 3,5 a 5). Aldosterona 22 ng/dl (VR 5 a 30). Atividade de renina plasmática 0,5 ng/ml.h (VR <3,4 sentado). Cortisol após 1 mg dexametasona overnight 0,7 mcg/dl. Metanefrinas urinárias (urina 24h): metanefrinas totais 497 mcg/24h (VR até 1000); metanefrina 129mcg/24h (VR até 320); normetanefrina 213 mcg/24h (VR até 390).

Após teste de infusão salina, com 2000 ml de SF 0,9%, os níveis de aldosterona reduziram para 12 ng/dl. TC de adrenais mostrou nódulo em adrenal direita com 1,8 cm com características de adenoma. O paciente foi submetido a cateterismo de veias adrenais, com estímulo de ACTH sintético, cujo resultado foi o seguinte:

Veia	Aldosterona (A) (ng/dl)	Cortisol (C) (mcg/dl)	Relação A/C
Adrenal direita	1723	1824	0,94
Adrenal esquerda	986	1578	0,63
Cava inferior	15	23	0,65

Diante dos achados, a conduta **CORRETA** é:

- A) Tratamento farmacológico com espironolactona.
 B) Adrenalectomia direita por via laparoscópica.
 C) Adrenalectomia bilateral por via laparoscópica.
 D) Repetição do cateterismo de veias adrenais.

Questão 91

Mulher, 27 anos, apresenta hirsutismo desde a adolescência, tendo usado anticoncepcional oral dos 13 aos 25 anos, parou para tentar engravidar há 2 anos. Apresenta irregularidade menstrual, com até 3 meses de amenorria. Peso 60 kg, estatura 160 cm. PA 120x80 mmHg. Glicemia 85 mg/dl; lipídeos normais. Testosterona total 85 ng/dl (VR 14 a 76); DHEA-S 483 mcg/dl (VR 99 a 407); 17hidroxiprogesterona (17OHP) 356 ng/dl (VR <110 fase folicular). US pélvica transvaginal mostrou ovários com vários folículos, ovário direito 11 ml e ovário esquerdo 9 ml. Quanto à fertilidade e gestação, neste caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O uso de letrozol ou citrato de clomifeno é recomendado por se tratar de Síndrome de Ovários Policísticos.
 B) O uso de dexametasona está indicado se no teste do ACTH sintético a 17OHP for maior que 1000 ng/dl.
 C) O uso de metformina é recomendado para promover a regularização dos ciclos menstruais e fertilidade por se tratar de síndrome de ovários policísticos.
 D) O uso de prednisolona ou prednisona está indicado se for confirmada a hiperplasia adrenal não clássica.

Questão 92

Mulher, 30 anos, há 3 meses com episódios de cefaleia intensa, palpitações e sensação eminente de morte, acompanhado de PA elevada (PA sistólica entre 180–240mmHg e PA diastólica entre 110-150mmHg), sendo levada diversas vezes ao Pronto Socorro para tratamento. Refere que há 2 anos apresenta alteração em glândula do pescoço “que roubava cálcio do osso”, mas perdeu seguimento médico. Na investigação foi realizada RM de abdome, que mostrou massa de 5 cm em adrenal esquerda com hipersinal nas imagens pesadas em T2. Sobre a provável hipótese diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O hipersinal em T2 na RM pode ser observado em pacientes com este diagnóstico, mas também pode ser encontrado em hemorragias, carcinomas e metástases.
 B) A dosagem de ácido vanilmandélico na urina de 24 horas fornece alta sensibilidade diagnóstica.
 C) A retirada da massa em topografia de adrenal esquerda deve ser imediata após o diagnóstico, pois as crises hipertensivas oferecem risco de vida a paciente.
 D) Devido ao caráter genético dessas lesões serem raras, não há benefício em realizar o diagnóstico molecular.

Questão 93

Mulher, 68 anos, diagnosticada de forma incidental com lesões adrenais bilaterais e secreção autônoma de cortisol, vem ao seu consultório para avaliação diagnóstica. Na TC, evidencia-se na fase pré-contraste: adrenal esquerda difusamente espessada, com três nódulos homogêneos de 15 mm, com densidades entre 4 e 15 UH e margens regulares; adrenal direita também espessada, com nódulo único de 20 mm na asa lateral, homogêneo, com densidade de 12 UH e margens regulares. Fundamentado nos aspectos clínicos e achados radiológicos supracitados, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A paciente demonstra carcinomas adrenais bilaterais. Recomenda-se a pesquisa de variantes patogênicas germinativas do gene *TP53* e a investigação de sarcomas de tecidos moles e câncer de mama.
 B) O diagnóstico correto da paciente é a síndrome de McCune-Albright. Recomenda-se a pesquisa de variantes patogênicas pós-zigóticas do gene *GNAS* e a investigação de adenomas hipofisários secretores de hormônio de crescimento (acromegalia).
 C) A paciente apresenta doença adrenal nodular pigmentosa primária (PPNAD). Recomenda-se a pesquisa de variantes patogênicas germinativas do gene *PRKARIA* e a investigação de mixomas cutâneos, mucosos e cardíacos.
 D) O diagnóstico da paciente é hiperplasia adrenal macronodular primária (PMAH). Recomenda-se a pesquisa de variantes patogênicas germinativas do gene *ARMC5* e a investigação de meningiomas no sistema nervoso central.

Questão 94

A secreção autônoma de cortisol (SAC) é a anormalidade mais comum encontrada nos pacientes com incidentaloma adrenal. Sobre a investigação diagnóstica da SAC, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A dosagem do cortisol livre urinário tem elevada sensibilidade para detectar as alterações da produção de cortisol na SAC e pode auxiliar na definição diagnóstica.
 B) A dosagem de cortisol salivar apresenta elevada acurácia na identificação de indivíduos com SAC e pode auxiliar na definição diagnóstica.
 C) Em pacientes com cortisol > 1,8 mcg/dl após o teste de supressão com 1 mg de dexametasona, a combinação da dosagem de ACTH e S-DHEA pode auxiliar na definição diagnóstica.
 D) Em pacientes com cortisol > 5,0 mcg/dl após o teste de supressão com 1 mg de dexametasona, a realização do teste de Liddle II (supressão 8 mg de dexametasona) pode auxiliar na definição diagnóstica.

Questão 95

O carcinoma adrenal no adulto, embora raro, normalmente é identificado por meio das suas manifestações clínicas. Qual a manifestação clínica mais comum do carcinoma adrenal?

- A) Síndrome de Cushing com ou sem hiperandrogenismo e/ou virilização.
 B) Síndrome de Cushing associado a hipertensão arterial refratária por hiperaldosteronismo.
 C) Hipertensão arterial refratária por hiperaldosteronismo associado a hiperandrogenismo e/ou virilização.
 D) Hiperandrogenismo e/ou virilização isolada.

Questão 96

O teste genético é um exame laboratorial que analisa cromossomos, DNA ou RNA, com o objetivo de detectar alterações patológicas ou variações no genoma relacionadas a condições genéticas. Uma etapa fundamental na solicitação de um teste genético-molecular inclui a escolha da amostra que será estudada. Sobre este teste, assinale a alternativa

CORRETA:

- A) Nas doenças com herança Mendeliana, o defeito genético está presente nas células somáticas, levando a presença do defeito em todas as células do indivíduo.
 B) Apenas as amostras de DNA obtidos do sangue podem ser utilizadas nas doenças com herança Mendeliana.
 C) Defeitos genéticos podem ocorrer após a fertilização (defeito pós-zigótico) e, assim, estarem presentes em todos os tecidos do paciente.
 D) A ocorrência do mosaicismos depende do período embrionário do evento mutacional (mutação somática), sendo encontrada em tecidos específicos.

Questão 97

Complete **CORRETAMENTE** os espaços:

“Os hormônios esteroides têm várias etapas da síntese em comum, a começar pela captação e clivagem do _____ seguidas de diversas reações enzimáticas, predominantemente hidroxilações. A estrutura básica (ciclopentanoperidrofenantreno) é modificada de acordo com o tecido: a zona glomerulosa adrenal, por exemplo, sintetiza _____, enquanto as células granulosas dos folículos ovarianos só são capazes de sintetizar _____ após o folículo chegar ao estágio terciário.”

- A) Colesterol, Aldosterona, Progesterona.
 B) Colesterol, Cortisol, Estradiol.
 C) Colesterol LDL, Aldosterona, Progesterona.
 D) Colesterol LDL, Dehidroepiandrosterona, Estradiol.

Questão 98

Menina, 6 anos, é encaminhada para investigação de um quadro de atraso no crescimento, displasia esquelética associada a desproporção corpórea com encurtamento de membros inferiores, atraso na erupção dentária, constipação intestinal importante e bradicardia. Avaliação laboratorial mostrou TSH 1,3 mUI/l (VR 0,4 a 4,0); T4 livre 0,6 ng/dl (VR 0,8 a 1,9); T3 total 180 ng/dl (VR 130 a 221); T3 reverso 0,07 ng/ml (VR 0,21 a 0,37). Qual o diagnóstico provável?

- A) Resistência ao hormônio tireoidiano devido a mutação no receptor beta.
 B) Mutação no transportador de hormônios tireoidianos MCT8.
 C) Mutação no gene SBP2 cujo produto está envolvido na síntese de selenoproteínas.
 D) Resistência ao hormônio tireoidiano devido a mutação no receptor alfa.

Questão 99

Menina, com baixa estatura e diagnóstico de deficiência do hormônio de crescimento (DGH) isolado aos 5 anos, tendo feito reposição de GH e atingido a altura final dentro do potencial genético. O pai da paciente apresentava baixa estatura e o irmão da paciente foi diagnosticado com DGH isolado aos 4 anos de idade. A paciente teve 2 filhos de pais diferentes e seus filhos, um do sexo masculino e outra do sexo feminino, apresentaram DGH isolado. RM de hipófise com haste íntegra, adenohipófise normal e neurohipófise tópica. Qual o padrão de herança da deficiência de GH nesta família?

- A) Padrão de herança autossômica recessiva.
 B) Padrão de herança ligada ao X.
 C) Padrão de herança autossômica dominante.
 D) Padrão de herança mitocondrial.

Questão 100

Homem, 45 anos, vem à consulta com queixa de “falta de energia”. Esteve recentemente em consulta com outro profissional que recomendou o uso de “ativadores de fatores de transcrição” para melhorar a ação hormonal. Embora você explique ao paciente que não existe um tipo de medicação para este fim, ele te pergunta o que são os fatores de transcrição. Assinale a resposta **CORRETA** a ser dada ao paciente:

- A) Fatores de transcrição são regiões do DNA ao qual se ligam hormônios esteroides, resultando na modulação da expressão gênica.
 B) Fatores de transcrição são hormônios proteicos que agem em receptores de membrana para modular a atividade e resposta celular.
 C) Fatores de transcrição são modificadores pós-traducionais que promovem alterações físico-químicas nas proteínas a fim de otimizar seu papel biológico.
 D) Fatores de transcrição são proteínas que regulam a expressão gênica, sendo que os receptores de alguns hormônios são fatores de transcrição.

BOA SORTE

(Sorte é o encontro do preparo com a oportunidade)