

# EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - 2023



## Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

1º Dia – 20/05/2023

### LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTES

1. Este CADERNO DE QUESTÕES contém cem 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 quatro opções identificadas com as letras A, B, C e D. Apenas uma responde corretamente à questão.
6. No CARTÃO-RESPOSTA, preencha todo o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para a resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.

7. O tempo disponível para estas provas é de 4 (quatro) horas. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados na avaliação. Não haverá tolerância para tempo adicional depois de decorridas as 4 horas.
8. Quando terminar as provas, acene para chamar o aplicador e entregue este CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA.
9. Você poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES se sair definitivamente da sala nos 30 minutos que antecedem o término das provas.

Abreviações:

bpm – batimentos por minuto

FC – frequência cardíaca

PA – pressão arterial

PAAF – punção aspirativa com agulha fina

RM – ressonância magnética

TC – tomografia computadorizada

TOTG – teste oral de tolerância à glicose

TFG – taxa de filtração glomerular

US – ultrassonografia

VR: – valor de referência

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**Questão 1**

Mulher, 32 anos de idade, em uso de glicocorticoide via oral por mais de três meses (7,5 mg/dia de prednisona) em razão de doença reumatológica. Nega fraturas prévias, ausência de outros fatores de risco para osteoporose. Além de medidas não farmacológicas e reposição de cálcio e de vitamina D, qual a conduta **CORRETA** para a prevenção de osteoporose nessa paciente?

- A) Sem recomendação de tratamento específico.
- B) Bisfosfonato intravenoso.
- C) Denosumabe.
- D) Bisfosfonato oral.

**Questão 2**

O FRAX é uma ferramenta importante para estimar o risco de fratura e, em algumas situações, seu resultado define se o paciente deve receber intervenção farmacológica para o tratamento da perda óssea. Em qual das situações abaixo o cálculo do FRAX seria fundamental para decidir se há ou não necessidade de tratamento farmacológico para reduzir risco de fratura?

- A) Mulher, 55 anos de idade, com menor T-score de -2,1 DP em colo do fêmur, sem fraturas prévias, uso de medicamentos ou comorbidades, cuja mãe teve fratura de fêmur proximal aos 80 anos de idade.
- B) Homem, 35 anos de idade, com menor Z-score de -2,3 DP em coluna lombar, sem fraturas prévias e sem outras comorbidades ou uso de medicações.
- C) Mulher, 73 anos de idade, com menor T-score de -2,3 DP em colo do fêmur e história de fratura de fêmur após queda da própria altura.
- D) Homem, 65 anos de idade, com menor T-score de -2,7 DP em coluna lombar, sem fraturas prévias e sem outras comorbidades ou uso de medicações.

**Questão 3**

Mulher, 72 anos de idade, apresenta dor em região de metatarso esquerdo há quatro meses sem história de trauma ou queda. Foi solicitada uma RM que identificou uma fratura na região. Adicionalmente, queixa-se de dor generalizada e fraqueza muscular há dois meses. A fraqueza apresenta um caráter progressivo, levando a paciente a uma dificuldade importante para deambular. O endocrinologista solicitou radiografia de pelve que evidenciou pseudofraturas e, com base neste achado, suspeitou de causa tumoral. Sobre este quadro, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) É caracterizada por níveis reduzidos de FGF-23 e aumentados de osteoprotegerina (OPG).
- B) A localização do tumor é difícil, já que pode estar localizado em qualquer parte do corpo.
- C) Hiperfosfatemia associada a hipocalcemia é um achado extremamente comum nestes casos.
- D) A exérese do tumor não promove qualquer melhora na massa óssea, sendo necessário uso de bisfosfonato.

**Questão 4**

Mulher, 75 anos de idade, realizou densitometria óssea há três anos que revelou T-score de -2,9 DP em coluna lombar, -3,1 DP no colo do fêmur e -3,5 DP no fêmur total. Desde então, vem em tratamento regular com denosumabe. Após o terceiro ano de tratamento, paciente evoluiu com perda de densidade mineral óssea (DMO) na coluna lombar, seguida de fratura intertrocântica direita após queda da própria altura.

A investigação laboratorial para causas secundárias foi normal. Sobre as possíveis condutas neste momento, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A substituição do denosumabe pelo ácido zoledrônico deverá resultar em maior ganho de DMO na coluna e redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais.
- B) Mesmo a paciente apresentando uma fratura femoral atípica, a manutenção do denosumabe estaria indicada pelo benefício na redução de fraturas subsequentes.
- C) A substituição do denosumabe pela teriparatida deverá resultar em maior ganho de DMO no fêmur e redução do risco de fraturas vertebrais.
- D) A substituição do denosumabe por romosozumabe deverá resultar em ganho da DMO na coluna e sua manutenção no quadril.

**Questão 5**

Mulher, 39 anos de idade, apresenta cálcio sérico e PTH levemente elevados em várias medidas, com cálcio corrigido variando entre 10,3 e 10,7 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5) e PTH variando entre 66 e 70 pg/mL (VR: 12 a 65). Apresenta 25(OH)vitamina D de 41 ng/mL (VR: > 20). Relação *clearance* de cálcio/*clearance* de creatinina <0,01. Nega nefrolitíase e a densidade mineral óssea está preservada. Qual é o próximo passo na investigação desta paciente?

- A) Indicar acompanhamento anual.
- B) Indicar paratireoidectomia.
- C) Solicitar cintilografia com sestamibi.
- D) Solicitar TC cervical com protocolo 4D.

**Questão 6**

Paciente de 46 anos procura o endocrinologista para avaliação de seus exames laboratoriais. Trouxe duas medidas de cálcio sérico corrigido de 11,2 e 10,9 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5) e duas medidas de PTH de 99 e 78 pg/mL (VR: 12 a 65). Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Caso não tenha alteração de massa óssea na densitometria, fraturas, nefrolitíase ou hipercalcúria, não há indicação de tratamento cirúrgico.
- B) A ingestão/suplementação de cálcio deve seguir as mesmas recomendações nutricionais diárias para idade e sexo de pessoas sem a doença.
- C) A ausência de localização de paratireoide hipercaptante contraindica o tratamento cirúrgico, devendo ser realizado outro exame de imagem.
- D) O uso de calcimimético está associado a controle da hipercalcemia e melhora da massa óssea na coluna lombar e no fêmur.

**Questão 7**

Mulher, 40 anos de idade, com história de mais de 30 fraturas durante a vida, sendo a primeira poucos dias após o nascimento. Apresenta escoliose e cifose importante, encurvamento de ossos longos, baixa estatura e dentes com coloração amarelo-amarronzado. Exames laboratoriais sem alterações. Densidade mineral óssea (DMO) com Z-score de coluna lombar -2,4 DP. Qual é o exame **MAIS ADEQUADO** para confirmar o diagnóstico?

- A) Sequenciamento do gene da ALPL.
- B) Sequenciamento do gene da esclerostina.
- C) Sequenciamento do gene *AIRE*.
- D) Sequenciamento dos genes *COL1A1* e *COL1A2*.

**Questão 8**

Homem, 25 anos de idade, atendido em unidade de emergência por sonolência e desidratação. Exames iniciais mostraram: cálcio 15,8 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5) e fósforo 3,8 mg/dL (VR: 2,5 a 4,5). Após hidratação, ele apresentou melhora do nível de consciência e referiu que, há dois anos, tem queixas de disfunção erétil e que há um ano lhe prescreveram testosterona por apresentar baixas concentrações séricas de testosterona. O irmão do paciente faz uso das seguintes medicações: rifampicina, dapsona e clofazimina. A segunda avaliação laboratorial mostrou cálcio 12,3 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5), fósforo 3,1 mg/dL (VR: 2,5 a 4,5); PTH 13 pg/mL (VR: 12 a 65); 25(OH) Vitamina D 24 ng/mL (VR: > 20); 1,25(OH)<sub>2</sub>Vitamina D 68 pg/mL (VR: 22 a 67), PTHrp: <0,7 pmol/L (VR: <1,3). Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?

- A) Intoxicação por calcifediol.
- B) Hanseníase.
- C) Pseudohipoparatiroidismo.
- D) Síndrome paraneoplásica.

**Questão 9**

Mulher, 27 anos de idade, com história de tireoidite de Hashimoto foi submetida à tireoidectomia total devido nódulos tireoidianos com citologia Bethesda IV. No segundo dia de pós-operatório, evoluiu com parestesias de membros inferiores e superiores, fadiga e lentificação do raciocínio. Sinais de Chvostek e Trousseau positivos. Exames laboratoriais:

25(OH)Vitamina D 32 ng/mL (VR: > 20); PTH 8 pg/mL (VR: 12 a 65); Cálcio 8,0 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5); Mg 1,0 mg/dL (VR: 1,6 a 2,6); albumina 4,7 g/dL (VR: 3,5 a 4,8); Fósforo 4,3 mg/dL (VR: 2,5 a 4,5); Na 141 mEq/L (VR: 136 a 145); K 4,2 mEq/L (VR: 3,5 a 5,1).

Sobre esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Com os dados clínicos e laboratoriais acima é possível estabelecer o diagnóstico de hipoparatiroidismo pós-cirúrgico.
- B) No tratamento do hipoparatiroidismo persistente, o objetivo principal deve ser corrigir a calcemia e fosfatemia para que seus níveis se estabilizem no limite superior da normalidade.
- C) No tratamento do hipoparatiroidismo persistente, faz-se mandatório, a suplementação de vitamina D na forma de colecalciferol para manter níveis séricos de 25OHVitamina D acima de 50 ng/mL.
- D) No tratamento do hipoparatiroidismo persistente, a necessidade de cálcio elementar é de 1,5 a 3,0 g/dia.

**Questão 10**

O tecido adiposo é considerado um importante determinante da biodisponibilidade e necessidade diárias de vitamina D. Sobre a deficiência de vitamina D secundária à obesidade, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Quanto maior o IMC e a gordura visceral, menores são os níveis séricos de vitamina D e de PTH, e maiores são os níveis de marcadores inflamatórios e de remodelamento ósseo.
- B) Metanálises de estudos observacionais e de intervenção confirmaram que a suplementação de vitamina D pode ser uma terapia adjuvante para perda de peso.
- C) Pessoas com obesidade devem ser consideradas de risco para deficiência de vitamina D e devem receber

doses mais altas de colecalciferol, tanto nas doses de ataque como nas doses de manutenção.

D) Existe uma associação positiva entre perda de peso e aumento da concentração sérica de 25(OH)Vitamina D, o que frequentemente leva a sua normalização após a perda de peso pela cirurgia bariátrica.

**Questão 11**

A obesidade humana pode ocorrer em síndromes genéticas, como na síndrome de Prader-Willi (SPW). Com relação à SPW, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) O peso ao nascimento situa-se dentro da faixa de normalidade acompanhado de hipertonia muscular e reflexo de sucção inadequado.
- B) Apresentam retardo mental grave e comportamento agressivo quando lhes é negada comida.
- C) A genética molecular revela que 75% dos afetados apresentam deleção no cromossomo 15 paterno.
- D) O uso de GH está contraindicado e estes pacientes tendem a não responder aos tratamentos farmacológicos.

**Questão 12**

Nos últimos anos, grande atenção vem sendo dada ao Tecido Adiposo Marrom (TAM) e seu papel no corpo humano. Sobre o TAM, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Sua principal ativação é por via noradrenérgica e o frio é o seu principal fator estimulador.
- B) A captação do TAM no exame de PET-FDG é diretamente proporcional ao IMC e glicemia de jejum.
- C) Adipócitos beges tem origem na mesma linhagem celular que adipócitos marrons, enquanto adipócitos brancos vem da mesma linhagem de miócitos.
- D) Adipócitos beges são capazes de gerar termogênese independente da presença da proteína desacopladora-1 (UCP-1).

**Questão 13**

Mulher, 32 anos de idade, realizou cirurgia bariátrica pela técnica de derivação gástrica em Y-de-Roux há dois anos e quatro meses. Há três meses, começou a apresentar mal-estar com sudorese e tremores nas mãos uma a duas horas após a refeição. Refere que os sintomas melhoram quando ingere uma bala ou chocolate. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre esta complicação.

- A) Os níveis séricos de glicose e insulina em jejum são normais.
- B) É principalmente associada à técnica de gastrectomia vertical.
- C) Os sintomas costumam aparecer nos primeiros meses após a cirurgia.
- D) O teste oral de tolerância à glicose é indicado para a confirmação diagnóstica.

**Questão 14**

Mulher, 31 anos de idade, submetida à cirurgia bariátrica pela técnica de derivação gástrica em Y-de-Roux. Após três anos, comparece a consulta com IMC de 28,7 kg/m<sup>2</sup> e informa estar grávida de 24 semanas. Em relação a história clínica da paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) O tempo desde a cirurgia até a gestação coloca a paciente em alto risco para complicações materno-fetais.

B) O ganho de peso recomendado nesta paciente é de 5 a 9 kg (0,2 kg/semana), independente do IMC pré-gestacional.

C) O rastreamento de diabetes gestacional deve ser feito na paciente com o teste oral de tolerância à glicose entre 24 e 28 semanas de gestação.

D) O risco de diabetes gestacional e GIG é reduzido, porém há aumento do risco de PIG após a cirurgia bariátrica.

#### Questão 15

Sobre o tratamento farmacológico dos pacientes com obesidade monogênica, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A tirzepatida, um agonista do receptor de peptídeo semelhante ao glucagon-1 e de polipeptídeo insulínico dependente de glicose, está indicada para tratamento de pacientes com deficiência de proproteína convertase tipo 1.

B) A setmelanotida, um agonista do receptor de melanocortina tipo 4, está indicada para tratamento de pacientes com deficiência de pró-opiomelanocortina ou de pacientes que apresentam mutações no receptor da leptina.

C) A semaglutida, um análogo do peptídeo semelhante ao glucagon-1, está indicada para tratamento de pacientes com deficiência de leptina ou mutações ativadoras do NPY e CART.

D) A metreleptina, um análogo da leptina, está indicada para tratamento de pacientes com deficiência de leptina, com deficiência de pró-opiomelanocortina ou com mutações no receptor da leptina.

#### Questão 16

Menino, 10 anos de idade, encaminhado pela pediatra por piora progressiva da obesidade. Tem excesso de peso desde o primeiro ano de vida, acompanhado por nutricionista e psicóloga há três anos. Sem intercorrências na gestação, nascido a termo, AIG, com desenvolvimento neuropsicomotor normal. Faz atividade física duas vezes por semana na escola. Pais com obesidade. Ao exame: altura 130 cm (Z-altura = -1,28), ZIMC = +2,87, predomínio de gordura em tronco. Sobre o paciente e obesidade nessa faixa etária, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A redução média de ZIMC em pacientes com obesidade com mudança de estilo de vida é de 0,3 pontos, o que leva à melhora das comorbidades.

B) A obesidade está interferindo no crescimento devido ao aumento da aromatase no tecido adiposo, determinando a baixa estatura atual.

C) O paciente apresenta obesidade grave, e o quadro tem recomendação de rastreamento para obesidade monogênica.

D) Paciente tem indicação para uso de liraglutida em associação com dieta saudável e exercício físico regular.

#### Questão 17

Em 2022, foi publicado o posicionamento sobre tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade do Departamento de Nutrição da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). Assinale a alternativa que apresenta uma recomendação com evidências favoráveis para perda de peso, comprovadas por estudos clínicos randomizados.

A) Utilização de adoçantes artificiais.

B) Consumo de alimentos com baixo índice glicêmico.

C) Aumento de frutas, verduras e legumes.

D) Introdução de probióticos.

#### Questão 18

Homem, 28 anos de idade, com diagnóstico de obesidade. Após iniciar reeducação alimentar e atividade física, foi introduzida a sibutramina 10 mg e, após duas semanas, aumentada a dose para 15 mg. Após quatro semanas, o paciente retorna sem efeitos colaterais da medicação e com perda ponderal documentada de 1 kg. Qual a conduta **CORRETA** com relação a terapia farmacológica e justificativa?

A) Manter a sibutramina 15 mg devido ao resultado alcançado.

B) Associar outro medicamento devido à resposta parcial com a sibutramina.

C) Aumentar a sibutramina para 20 mg devido à resposta parcial.

D) Trocar a sibutramina por outro medicamento devido à falha terapêutica.

#### Questão 19

O orlistate é um agente antiobesidade com ação não sistêmica. Sobre esta medicação, marque a alternativa **CORRETA**.

A) Apresenta semelhança estrutural com os triglicerídeos, impedindo a sua quebra pelas enzimas digestivas.

B) Atua em diversas enzimas do trato gastrointestinal e, por isso, interfere na absorção de nutrientes como ferro, vitamina D e betacaroteno.

C) Devido ao seu efeito na redução da absorção de vitaminas lipossolúveis, a reposição de vitaminas D, E, K e A está indicada no início do uso da medicação.

D) O uso de contraceptivos orais deve ser evitado em associação ao orlistate devido a redução da absorção do estrogênio oral e maior eliminação fecal.

#### Questão 20

O gasto energético é um componente fundamental da homeostase do peso corporal. Sobre esse tema, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A maior parte do gasto energético (60%) refere-se ao gasto relacionado às atividades físicas diárias.

B) O efeito térmico dos alimentos corresponde a aproximadamente 10% do gasto energético total e deve-se a ações como mastigação, digestão e absorção.

C) O gasto energético é regulado principalmente pelo sistema nervoso simpático e, em menor grau, pela tiroxina e pelo GH.

D) A composição corporal não influencia o gasto energético no período pré-puberal e na senescência.

#### Questão 21

O tratamento da obesidade é baseado em mudanças de estilo de vida, mas muitos pacientes vão precisar de medicamentos e/ou cirurgia. Menos utilizadas, as terapias endoscópicas também podem ser úteis. Sobre essas terapias, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O balão intragástrico é aprovado no Brasil apenas para pacientes com obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) e leva a redução média de 15% do peso.

B) A utilização de plasma de argônio em pacientes com recidiva de peso após cirurgia bariátrica aumenta a saciedade e reduz peso.



C) A utilização de plasma de argônio é indicada em pacientes com estenose de anastomose do *pouch* gástrico, para dilatação e melhora de vômitos.

D) O balão intragástrico normalmente é colocado por via endoscópica e sua remoção é simples, podendo ser realizada com o paciente sem sedação.

#### Questão 22

Mulher, 45 anos de idade, tem história de obesidade (IMC no passado 39 kg/m<sup>2</sup>) e foi submetida a derivação gástrico em Y-de-Roux há 14 meses. Procura atendimento de urgência por dor em hipocôndrio direito. A US foi compatível com colecistite litiásica e a paciente foi encaminhada para colecistectomia. Sobre os mecanismos entre obesidade e colecistopatia, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Os cálculos mais frequentes em paciente pós cirurgia bariátrica são de bilirrubina e decorrem do aumento da sua concentração biliar.

B) A maior frequência de colelitíase nas mulheres decorre da estimulação da síntese hepática e secreção de colesterol e redução dos sais biliares pelos estrogênios.

C) A recomendação da redução de ingestão de lipídios é importante para redução do risco de colelitíase e ainda auxilia na perda ponderal.

D) O maior afluxo do colesterol da periferia para o fígado durante o ganho de peso é um fator importante para o desenvolvimento de colelitíase.

#### Questão 23

Mulher com diagnóstico de carcinoma medular de tireoide e identificação de uma mutação germinativa (C630R) no gene *RET*. Ela tem dois filhos de 1 e 3 anos. Qual seria a conduta **CORRETA** indicada para os filhos caso os eles apresentem o teste genético positivo para essa mutação?

A) Encaminhamento para o cirurgião para tireoidectomia profilática imediata.

B) Avaliação com calcitonina e ecografia até os 5 anos de idade e, após, tireoidectomia profilática.

C) Avaliação com calcitonina e ecografia de tireoide e tireoidectomia postergada enquanto calcitonina negativa e ecografia sem nódulos.

D) Não há necessidade de rastreamento genético para os filhos, pois a mutação é germinativa e não somática.

#### Questão 24

Mulher, 35 anos de idade, gestante com cinco semanas, apresenta um TSH 3,0 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0) em sua primeira consulta pré-natal. Refere história de uma perda fetal anterior. Nega bócio, hipotireoidismo, hipertireoidismo ou outras comorbidades. Qual é a conduta atual **CORRETA** nesta paciente recomendada pela FEBRASGO/SBEM?

A) Se Anti-TPO não puder ser solicitado, a dosagem do TSH deve ser repetida e o tratamento com levotiroxina (LT4) estabelecido com 1 mcg/kg/dia apenas quando o TSH > 4,0 mUI/L.

B) Em locais com condições técnicas e financeiras plenas, recomenda-se dosar o Anti-TPO e, se positivo, iniciar tratamento com LT4 2 mcg/kg/dia.

C) Em locais com condições técnicas e financeiras plenas, recomenda-se dosar o Anti-TPO e, mesmo se negativo, iniciar tratamento com LT4 50 mcg/dia.

D) Se o Anti-TPO não puder ser solicitado, a dosagem do TSH deve ser repetida e o tratamento com LT4 estabelecido com 1 mcg/kg/dia quando TSH > 2,5 mUI/L.

#### Questão 25

Menino, 10 anos de idade, é avaliado pelo pediatra em consulta de rotina. Sua mãe queixa-se de dificuldade de aprendizagem e relata que o pai da criança apresenta alteração nos exames de função tireoidiana que não requereram tratamento. Ao exame físico, observa-se FC 120 bpm e tireoide com o volume aumentado (1,5 vezes o volume normal). Exames laboratoriais: TSH 2,0 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0) e T4 livre 2,6 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9). Dentre as opções abaixo, qual é a hipótese diagnóstica **MAIS PROVÁVEL**?

A) Tireotoxicose factícia.

B) Sensibilidade reduzida aos hormônios tireoidianos.

C) Tireotropinoma.

D) Excesso de globulina transportadora de tiroxina (TBG).

#### Questão 26

Homem, 65 anos de idade, iniciou uso de amiodarona para tratamento de fibrilação atrial. Após três meses, retorna para reavaliação com o cardiologista. Ao exame físico: PA 130 x 80 mmHg, FC 106 bpm com ritmo cardíaco irregular. Tireoide com volume levemente aumentado e sem nódulos palpáveis. Ausência de alterações oculares e de tremores de extremidades. Exames laboratoriais: TSH < 0,01 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0); T4 livre 2,8 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9); TRAb 2,0 U/L (VR: < 1,0). A ecografia da tireoide mostrou aumento difuso da vascularização. Na **IMPOSSIBILIDADE** da suspensão da amiodarona, qual é a conduta inicial **CORRETA** recomendada?

A) Iniciar glicocorticoide oral.

B) Iniciar tionamida.

C) Encaminhar para radioiodoterapia para tratamento definitivo.

D) Observar clinicamente e reavaliar exames em três meses.

#### Questão 27

A tireoidite subaguda dolorosa pode acontecer de duas a oito semanas após um processo inflamatório, frequentemente viral, inclusive pelo vírus SARS-CoV-2. Em relação ao tratamento dessa doença, marque a alternativa **CORRETA**.

A) A prednisona é o tratamento de escolha pelo alívio da dor, além de reduzir a chance de evolução para hipotireoidismo após resolução do quadro.

B) As tionamidas podem ser indicadas na fase tireotóxica e reduzem o tempo de evolução da doença e a recuperação do tecido tireoidiano.

C) Anti-inflamatórios não hormonais podem ser usados em casos de dor leve/moderada como o ibuprofeno em doses de 1.200 a 3.200 mg/dia, três a quatro vezes ao dia.

D) A levotiroxina deve ser iniciada na fase de hipotireoidismo uma vez que mais de 90% dos pacientes evoluem para hipotireoidismo definitivo.

#### Questão 28

Mulher, 50 anos de idade, assintomática, fez US de tireoide como parte de um exame de rotina e que

descreve nódulo no terço médio do lobo esquerdo, bem delimitado, hipocogênico, sem microcalcificações, mais largo que alto, medindo 3,0 x 2,1 x 1,0 cm. O estudo com doppler revela vascularização central (Chammas IV). No exame físico, o nódulo é visível e palpável, com consistência elástica e móvel a deglutição. Sobre o manejo deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Por ser um TI-RADS 4, a punção do nódulo tireoidiano é recomendada independente dos exames laboratoriais.
- B) Por ser um TI-RADS 3 com mais de 2,5 cm, a punção do nódulo é recomendada independente dos exames laboratoriais.
- C) Por ser um TI-RADS 4 com Chammas IV, a punção do nódulo com análise molecular é recomendada independente dos exames laboratoriais.
- D) Mesmo sendo um TI-RADS 4, a punção deve ser considerada apenas após a realização de exames laboratoriais.

#### Questão 29

Durante a investigação de um nódulo de tireoide, um paciente realiza análise molecular após a PAAF com resultado positivo para o BRAF e foi decidido pela tireoidectomia. O laudo histopatológico confirma o diagnóstico de carcinoma papilífero. Entretanto, ele tem dúvidas sobre o que deve ser feito com seus dois filhos. Frente ao resultado positivo do BRAF no pai, qual a conduta **CORRETA** em relação aos familiares?

- A) Trata-se de mutação germinativa e não há indicação de realização de rastreio com US de tireoide nos filhos.
- B) Trata-se de mutação somática e não há indicação de realização de rastreio com US de tireoide nos filhos.
- C) Trata-se de mutação germinativa e há indicação de realização de rastreio com US de tireoide nos filhos.
- D) Trata-se de mutação somática e há indicação de realização de rastreio com US de tireoide nos filhos.

#### Questão 30

Mulher, 46 anos de idade, procura o endocrinologista para tratar obesidade. Relata que vem lendo a respeito de análogos do GLP-1 e gostaria de utilizar a liraglutida ou a semaglutida. Entretanto, tem diagnóstico prévio de carcinoma papilífero subtipo células altas e faz acompanhamento regular com dosagem de tireoglobulina (sem exames laboratoriais recentes). Sobre o uso de análogos do GLP-1 nessa paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Os análogos do GLP-1 podem ser utilizados somente se a paciente tiver tireoglobulina indetectável e pesquisa de corpo inteiro negativa.
- B) Os análogos do GLP-1 podem ser utilizados independente dos valores de tireoglobulina ou da pesquisa de corpo inteiro.
- C) Em pacientes com história de carcinoma de tireoide, é recomendada a dosagem de calcitonina previamente ao uso de análogos do GLP-1.
- D) Em pacientes com história de carcinoma de tireoide, os análogos de GLP-1 podem ser utilizados, mas devem ser descontinuados se aumento da tireoglobulina.

#### Questão 31

Homem, 47 anos de idade, assintomático, com obesidade grau 3, teve diagnóstico de angina estável e veio encaminhado pelo cardiologista para tratamento da

obesidade. Na avaliação laboratorial apresenta duas dosagens de TSH com intervalo de quatro meses de 5,8 e 6,7 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0), T4 livre é normal e o anticorpo Anti-TPO é negativo. Em relação à alteração do TSH, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O paciente deve ser tratado com levotiroxina com o objetivo de auxiliar no tratamento da obesidade.
- B) O paciente deve ser tratado com levotiroxina com o objetivo de reduzir o risco cardiovascular.
- C) O paciente deve tratar a obesidade sem receber hormônio tireoidiano.
- D) O paciente deve fazer uma ecografia de tireoide para diagnóstico de doença autoimune.

#### Questão 32

A dermatopatia de Graves é uma manifestação extra-tireoidiana da doença de Graves geralmente se apresentando de forma assintomática com preocupação estética apenas. Em alguns casos pode haver dificuldade de drenagem linfática levando a forma elefantíase. Assinale a alternativa que apresenta a opção terapêutica de primeira linha para essa situação.

- A) Corticoterapia local sob curativo oclusivo.
- B) Remoção cirúrgica das lesões.
- C) Câmara hiperbárica e drenagem linfática.
- D) Terapia local com tacrolimus.

#### Questão 33

Homem, 57 anos de idade, iniciou recentemente amiodarona 200 mg ao dia por uma arritmia cardíaca e teve seus testes de função tireoidiana solicitados: TSH 5,7 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0); T4 livre 1,6 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9); T3 total: 78 ng/dL (VR: 80 a 180). Qual a **MAIS PROVÁVEL** causa das alterações nos exames laboratoriais?

- A) Inibição da liberação de hormônios tireoidianos induzida pelo excesso de iodo da amiodarona.
- B) Ativação da deiodinase 2 induzido pela amiodarona.
- C) Redução da globulina ligadora da tiroxina (TBG) induzida pela amiodarona.
- D) Inibição da conversão periférica de T4 em T3 pela amiodarona.

#### Questão 34

Mulher, 38 anos de idade, submetida à tireoidectomia total devido a carcinoma papilífero de tireoide subtipo clássico T1bN1aM0, risco intermediário de recorrência. Fez dose de Iodo131 30mCi com captação em leito tireoidiano. No primeiro ano após a dose de iodo radioativo, a tireoglobulina sérica permaneceu estável entre 2 e 3 ng/dL com anticorpo anti-tireoglobulina negativo e TSH suprimido. A US de região cervical não apresenta evidência de doença residual. Qual a conduta **MAIS APROPRIADA** para esse caso?

- A) Solicitar pesquisa de corpo inteiro com Iodo131.
- B) Solicitar PET-CT com 18 FDG.
- C) Monitorar marcadores tumorais e ecografia cervical.
- D) Realizar dose terapêutica com 100 mCi de Iodo131.

#### Questão 35

Mulher, 33 anos de idade, na 10ª semana de gestação, encaminhada pelo obstetra para avaliação. Refere vômitos frequentes nesse início de gestação e sem outras queixas. Ao exame físico, não há sinais de



hipertireoidismo e a tireoide é normal à palpação. TSH 0,05 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0); T4 livre 2,0 ng/dL (VR: 0,7 a 1,9) e TRAb negativo. Está em acompanhamento com nutricionista funcional, que recomendou uso de suplementos vitamínicos e minerais manipulados, mas não sabe o que tem e não os trouxe. Diante do quadro, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Deve-se solicitar a dosagem de T3 livre pela possibilidade de interferência dos suplementos nas dosagens hormonais.
- B) Deve-se repetir o TRAb e programar início de metimazol para evitar o risco de perda fetal.
- C) A repetição dos exames no segundo trimestre deve confirmar tireotoxicose transitória da gestação.
- D) A dosagem do T4 livre não é útil nesta etapa da gestação, devendo-se solicitar a dosagem do T4 total para confirmar o hipertireoidismo.

### Questão 36

Mulher, 33 anos de idade, com diagnóstico de hipertireoidismo por doença de Graves há dois anos. Na ocasião, apresentava TSH suprimido e T4 livre quatro vezes o limite superior da referência. Após discussão com a paciente foi optado por iniciar metimazol. Durante os últimos 24 meses, a paciente vem fazendo uso de dosagens decrescentes de metimazol, atualmente em uso de 5 mg.

Exames recentes demonstraram função tireoidiana normal e TRAb 5,9 UI/L (VR: < 1,75). US de tireoide: glandula heterogênea com dois cistos menores que 0,8 cm e volume total de 28,7 mL.

Tabagista há oito anos; nega etilismo.

Ao exame: eupneica FC 78 bpm e PA: 120 x 80 mmHg.

Tireoide: bócio difuso.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.

Olhos: presença de orbitopatia de Graves, com Clinical Score Activity (CAS) igual 2 bilateral, proptose bilateral. Em relação ao tratamento deste paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Devido aos níveis elevados de TRAb, a combinação de levotiroxina ao metimazol está associada a uma maior chance de cura.
- B) A realização da tireoidectomia total levaria à resolução da doença de base, contribuindo para redução dos níveis do TRAb.
- C) Devido a excelente resposta nos níveis dos hormônios tireoidianos com metimazol, o seu uso deveria ser suspenso devido à alta possibilidade de cura.
- D) A presença do CAS = 2 bilateral é uma contraindicação absoluta para realização de terapia com iodo radioativo.

### Questão 37

A terapia sistêmica para carcinoma diferenciado de tireoide refratário a terapia com radioiodo está indicada em que caso abaixo?

- A) Na presença de doença metastática estável nos exames de imagem e sem captação de iodo.
- B) Na presença de doença metastática estável nos exames de imagem e com tireoglobulina em ascensão.
- C) Na presença de doença metastática com progressão de doença estrutural pelos exames de imagem.
- D) Na presença de doença metastática e com histologia agressiva independente da progressão estrutural.

### Questão 38

Uma mãe traz seu filho de 14 anos para uma consulta com o endocrinologista devido à fibrose cística. Ela quer saber algumas informações sobre o diabetes relacionado à fibrose cística (DRFC). Sobre esta doença, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A principal alteração é o aumento da resistência à insulina.
- B) O rastreamento deve ser realizado a partir dos 10 anos de idade com o TOTG.
- C) A principal causa de morte são as doenças cardiovasculares.
- D) O tratamento com dieta hipocalórica e exercício é essencial para manutenção do peso corporal.

### Questão 39

A doença hepática gordurosa metabólica (DHGM) é o componente hepático da síndrome metabólica e está frequentemente presente em pessoas com diabetes. Sobre o rastreio e o estadiamento dessa condição, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A US é o método de imagem recomendado para o rastreio inicial da DHGM, em virtude da sua alta sensibilidade para detecção da gordura hepática.
- B) O Fibrosis-4 (Fib-4) é uma ferramenta útil na avaliação da DHGM, pois tem alta acurácia para identificação da fibrose hepática desde os estágios iniciais.
- C) O parâmetro de atenuação controlada e a mensuração da rigidez hepática da elastografia hepática permitem estimar, respectivamente, a quantidade de gordura no fígado e o estágio de fibrose hepática.
- D) A RM é o método de melhor sensibilidade para avaliação da presença de inflamação e fibrose, pois fornece uma estimativa com base na avaliação de todo o parênquima hepático.

### Questão 40

Existem diferentes anticorpos que podem ser dosados para a confirmação do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Sobre estes anticorpos, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) ICA (*Islet cell cytoplasmic autoantibodies*) é um anticorpo que promove a destruição das Ilhotas de Langerhans.
- B) GADA (*Glutamic acid decarboxylase autoantibodies*) é um anticorpo inespecífico encontrado em menos de 10% dos pacientes ao diagnóstico.
- C) IA-2A (*Insulinoma-associated-2 autoantibodies*) é o anticorpo que tende a permanecer elevado por mais tempo que o GADA e o ZnT8A.
- D) ZnT8A (*zinc transporter 8 autoantibodies*) é um anticorpo específico para DM1, não sendo encontrado em outras doenças autoimunes.

### Questão 41

Mulher de 54 anos de idade, iniciou quadro de emagrecimento, hiperglicemia (150-200 mg/dL) confirmada em diversas ocasiões, associada a eritema necrolítico migratório em regiões perioral, genital e extremidades. Refere episódio recente de trombose venosa profunda. Qual é o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?

- A) Pelagra.
- B) Glucagonoma.







- C) Somatostatina.  
D) Síndrome carcinoide.

**Questão 42**

Os inibidores da DPP-IV são medicamentos que podem ser utilizados na maioria dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2, com excelente tolerabilidade. Marque a alternativa que indica qual(is) medicamento(s) desta classe podem ser utilizados em pacientes com doença renal crônica estágio G3b **SEM** necessidade de ajuste de dose.

- A) Evogliptina e linagliptina.  
B) Evogliptina, linagliptina e alogliptina.  
C) Linagliptina e alogliptina.  
D) Apenas linagliptina.

**Questão 43**

Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), todos os pacientes com diabetes mellitus tipo 2 devem ser examinados para pesquisa de neuropatia diabética periférica no momento do diagnóstico. Qual das alternativas abaixo é recomendada para o diagnóstico definitivo da neuropatia diabética periférica?

- A) Neuroped.  
B) Microscopia corneana confocal.  
C) Escore de comprometimento neuropático.  
D) Monofilamento de 10 g.

**Questão 44**

No último ano, várias reportagens foram publicadas na mídia a respeito da aprovação, pela primeira vez na história, de uma medicação capaz de retardar a progressão do diabetes mellitus tipo 1 – o teplizumabe. Sobre essa medicação, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É um anticorpo monoclonal Anti-TNF alfa que tem como principal objetivo reduzir a produção de anticorpos pelos linfócitos B.  
B) É indicado para indivíduos com pelo menos dois anticorpos positivos contra a célula beta pancreática, mesmo com glicemia normal.  
C) O tratamento com o teplizumabe retarda a progressão do estágio 2 para o estágio 3 do diabetes mellitus tipo 1 em um período superior a 20 meses.  
D) Um dos principais efeitos colaterais é alteração no leucograma, caracterizado por leucopenia com neutropenia.

**Questão 45**

Menina, 15 anos de idade, vem para consulta de rotina. Apresenta diabetes mellitus tipo 1 desde os 5 anos de idade, em tratamento intensivo com insulina. Não apresenta comorbidades, complicações micro ou macrovasculares. Menarca aos 13 anos de idade, com ciclos menstruais a cada 28 dias. Sexarca há três meses e o método contraceptivo atual é preservativo masculino. Tendo como base os critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde para prescrição de métodos anticoncepcionais, a indicação de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou de sistema intrauterino (SIU) com levonorgestrel para essa paciente é:

- A) inadequada por tratar-se de adolescente com sexarca recente e nulípara.

- B) inadequada pelo risco excessivo de infecções em pacientes com diabetes mellitus tipo 1.

C) adequada, visto que a paciente apresenta contraindicação para o uso de anticoncepcional hormonal combinado via oral.

D) adequada, visto que a paciente não apresenta contraindicações para o uso de qualquer LARC (do inglês, *long acting reversible contraception*).

**Questão 46**

Sobre a estratificação do risco cardiovascular em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, marque a alternativa **CORRETA** de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

A) Pacientes com relação urinária albumina/creatinina acima de 300 mg/g, independente da taxa de filtração glomerular, são considerados de muito alto risco e tem meta de LDL < 50 mg/dL.

B) Inibidores de PCSK-9 só devem ser utilizados em pacientes de prevenção secundária, devido ao custo elevado.

C) Pacientes classificados como risco intermediário podem ser manejados apenas com mudança de estilo de vida, sem a necessidade de início de estatina.

D) Embora pouco utilizada, a combinação de estatina com niacina pode ser considerada em pacientes com muito alto risco e risco aumentado para pancreatite de repetição.

**Questão 47**

Mulher, 62 anos de idade, está internada para receber antibioticoterapia endovenosa para pielonefrite aguda, pois não tolerou tratamento via oral devido a vômitos. Tem diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há dez anos, em uso de metformina 2 g/dia e gliclazida MR 60 mg/dia, com bom controle metabólico ambulatorial. Os exames iniciais demonstraram leucocitose, aumento de marcadores inflamatórios e piora da função renal (taxa de filtração glomerular prévia de 72 mL/min/1,72 m<sup>2</sup> e à admissão de 42 mL/min/1,72 m<sup>2</sup>). A paciente ficou dois dias no setor de emergência aguardando por leito de enfermaria. Durante esse período, os medicamentos para o DM foram suspensos pelo emergencista. A paciente refere melhora dos sintomas urinários, não apresenta mais náuseas ou vômitos, está sem febre e hidratada. Apresentou melhora dos marcadores inflamatórios, mas permanece com leucocitose e não recuperou a função renal. As medidas da glicemia capilar estão apresentadas no quadro abaixo.

	Antes do café	Antes do almoço	Antes do jantar	22 horas
Dia 1 (emergência)	-	241	262	304
Dia 2 (emergência)	256	204	308	220
Dia 3 (enfermaria)	274			

Qual a conduta **MAIS ADEQUADA** neste momento?

- A) Reiniciar com a medicação via oral utilizada previamente à internação.  
B) Ajustar a dose das medicações orais conforme a função renal atual e associar um inibidor do SGLT-2.  
C) Fazer ajustes com doses progressivas de insulina rápida conforme glicemia de 4/4 ou 6/6 horas.  
D) Prescrever insulina em esquema subcutâneo basal e bolus.





**Questão 48**

A dosagem da albuminúria e o cálculo da relação urinária albumina/creatinina (RUAC) são essenciais para o rastreamento e acompanhamento da doença renal do diabetes. Sobre este exame, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A albuminúria pode regredir em cerca de 30% dos pacientes, não necessariamente relacionada a intervenção terapêutica.
- B) Pacientes com RUAC > 30 mg/g confirmada em três exames são considerados com diagnóstico de doença renal crônica, desde que com taxa de filtração glomerular estimada menor que 90 mL/min.
- C) Os inibidores da SGLT-2 e os análogos do GLP-1, mas não os inibidores da DPP-IV, têm efeito, reduzindo os níveis de albuminúria.
- D) Inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores do receptor da angiotensina II tem eficácia na redução da albuminúria, mas não retardam a perda de função renal.

**Questão 49**

Menino, 6 anos de idade, apresenta diabetes mellitus tipo 1 tratado com esquema de insulina basal 10 unidades (degludeca) e insulina aspart em doses fixas, pré-prandiais, totalizando 10 unidades, com bom controle glicêmico. Você quer iniciar contagem de carboidratos, começando pela primeira refeição do dia, que é composta de duas porções do seguinte cereal (preparado em água morna):

Cereal X - Informação nutricional  
 Medida ou porção = 40 g  
 Calorias (por porção) = 120 Kcal  
 Gordura total (por porção) = 3 g  
 Carboidratos (por porção) = 30 g  
 Proteína (por porção) = 6 g  
 Fibras insolúveis (por porção) = 0,5 g

Considerando as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) sobre a dose aproximada de insulina rápida a ser prescrita para este paciente para ingesta para o café da manhã, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Duas unidades.
- B) Três unidades.
- C) Quatro unidades.
- D) Cinco unidades.

**Questão 50**

Em 2021, a American Diabetes Association publicou a definição e os critérios para remissão do diabetes mellitus tipo 2. Sobre estes critérios, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Deve ser definida quando o paciente atinge HbA1c < 5,7%, espontaneamente, durante o tratamento com mudança de estilo de vida e persiste por pelo menos 12 meses na ausência de terapia farmacológica.
- B) Deve ser definida quando o paciente atinge HbA1c < 6,5% espontaneamente ou seguida de uma intervenção e persiste por pelo menos 12 meses na ausência de terapia farmacológica.
- C) Deve ser definida quando o paciente atinge HbA1c < 6,5% espontaneamente ou seguida de uma intervenção e persiste por pelo menos 3 meses na ausência de terapia farmacológica.
- D) Deve ser definida quando o paciente atinge HbA1c < 5,7% espontaneamente ou seguida de uma intervenção

e persiste por pelo menos 3 meses na ausência de terapia farmacológica.

**Questão 51**

Com relação à associação de progestágeno à reposição estrogênica em mulheres na menopausa, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) É mandatória para toda mulher com útero intacto ou com resíduo de endométrio após histerectomia recebendo estrogênio por qualquer via e dose.
- B) Reduz o risco de hiperplasia e câncer de endométrio, câncer de mama, auxilia nos sintomas de fogachos e na atrofia vaginal.
- C) Os progestágenos tem em comum o efeito secretor sobre o endométrio submetido à ação proliferativa do estrogênio, mas diferem-se quanto a sua afinidade aos receptores hormonais.
- D) A tibolona apresenta atividade progestacional e, por isso, pode ser combinada com o estrogênio oral nos esquemas contínuos de terapia hormonal para reduzir os sintomas da menopausa.

**Questão 52**

Paciente procura o endocrinologista para investigação de síndrome de ovários policísticos (SOP). Com relação à avaliação da morfologia policística dos ovários por meio da US pélvica nesta paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) É definida pela presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano igual ou maior que 10 cm<sup>3</sup> em pelo menos um ovário, independente da presença de folículo dominante ou corpo lúteo.
- B) A US pélvica pode ser utilizada para o diagnóstico de SOP em adolescentes com menos de 3 anos após a menarca devido à baixa incidência de ovários multifolículos nesta fase da vida.
- C) Em mulheres com ciclos menstruais irregulares e hiperandrogenismo, a US pélvica não é necessária para o diagnóstico de SOP, mas pode contribuir para a identificação do fenótipo completo da síndrome.
- D) A US pélvica abdominal tem acurácia da contagem de folículos similar a US transvaginal e deve ser priorizada uma vez que permite avaliação simultânea de outras estruturas do sistema reprodutor feminino.

**Questão 53**

Com relação aos mecanismos de ação dos medicamentos alternativos à testosterona no tratamento de casos selecionados de hipogonadismo masculino, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O modulador seletivo do receptor de estrogênio atua inibindo de forma competitiva o receptor de estrogênio testicular promovendo maior liberação de testosterona.
- B) A gonadotrofina coriônica humana atua como análogo do FSH aumentando a produção de testosterona testicular pelas células de Sertoli e melhorando espermatogênese.
- C) Os inibidores da aromatase atuam pelo bloqueio da conversão periférica de testosterona em estradiol reduzindo o *feedback* no hipotálamo-hipófise.
- D) Os análogos de GnRH de ação prolongada estimulam a produção de gonadotrofinas e consequente estímulo testicular para produção de testosterona e espermatogênese.

**Questão 54**

Paciente de 19 anos de idade procura o endocrinologista para perda de peso. Ao examinar o paciente, o médico identifica genitália G3P3 (volume testicular de 4 mL bilateral) e ginecomastia. Exames laboratoriais: LH 37,4 UI/L (VR: 2,4 a 12,6); FSH 29,8 UI/L (VR: 3,5 a 12,5), Testosterona total 350 ng/dL. Cariótipo 48, XXYY. Considerando o diagnóstico, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É a causa genética mais comum de azoospermia obstrutiva resultando em baixo volume do sêmen e infertilidade.  
 B) Está associada a cerca de dez vezes menos risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.  
 C) Está associada a igual incidência de câncer de mama que a população masculina em geral.  
 D) Há a identificação de corpúsculos de Barr nos núcleos interfásicos devido a inativação do cromossomo X extra.

**Questão 55**

Mulher, 21 anos de idade, com menarca aos 10 anos de idade, irregularidade menstrual, ciclos oligomenorreicos (a cada três a quatro meses) procura o endocrinologista para avaliação. Relata aumento de peso progressivo a partir da menarca. Nega acne, aumento excessivo de pelos, alterações em voz ou queda de cabelo. Ao exame - peso: 108,3 kg (IMC = 36,2 kg/m<sup>2</sup>); PA = 150 x 100 mmHg, ausência de acne, pletora ou dismorfismo facial, Ferriman score 4, sem clitoromegalia. Fez uso de etinilestradiol 0,035 mg + ciproterona 2 mg dos 14 aos 16 anos. Nega uso de outras medicações. Exames laboratoriais colhidos em fase folicular e sem uso de medicações

LH (2,4-12,6 IU/L)	4,2
FSH (3,5-12,5 IU/L)	4,1
Estradiol (22-215 pg/mL)	48,4
Progesterona (< 0,5mg/mL)	<0,5
Testosterona total (<48 ng/dL)	62
Testosterona livre (2,4-37 pmol/L)	43
SHBG (32,4 - 128 nmol/L)	27,1
DHEAS (651-3680 ng/mL)	7103
Androstenediona (< 2,2 ng/mL)	1,31
Prolactina (4,2 - 24,2 ng/mL)	11,5
TSH (0,4 a 4,0 mUI/L)	2,22
T4 livre (0,7 a 1,54 ng/dL)	1,24
17OH-progesterona (< 2,0 ng/mL)	0,9
17OH-pregnenolona (38-378 ng/dL)	216
11-desoxicortisol (< 0,5 ng/mL)	<0,5
Aldosterona (< 39,2 ng/dL)	11,3
Renina (< 39,9 uU/L)	6,0
Cortisol U 24hrs (< 43 mcg/24hrs)	11,38
Sódio/Potássio	140/4,8

Cortisol pós 1 mg de dexametasona < 1,8 mcg/dL.  
 TC abdome: adrenais simétricas de dimensões e contornos regulares, sem lesões expansivas.  
 US pelve: ovário direito medindo 3,5 x 2,8 x 2,1 cm (volume de 10,7 cm<sup>3</sup>), conservando textura característica e contorno normais. Ovário esquerdo medindo 2,6 x 2,4 x 2,3 cm (volume de 7,9 cm<sup>3</sup>), conservando textura característica e contorno normais.

Com relação ao caso clínico acima, assinale a opção **CORRETA**:

A) A investigação diagnóstica sugere como principal hipótese diagnóstica a forma não clássica da 11betahidroxilase que cursa com hiperandrogenismo e hipertensão arterial causada pelo aumento da desoxicorticosterona.

B) A principal hipótese diagnóstica é a deficiência da 3betahidroxisteroide desidrogenase que cursa com hiperandrogenismo, irregularidade menstrual e aumento de DHEA e DHEAS.

C) O aumento de DHEAS acima de 7.000 ng/mL, mesmo na ausência de imagem adrenal, sugere que a principal causa é um tumor adrenal incipiente e a tomografia deve ser repetida em seis meses.

D) A principal hipótese diagnóstica é a síndrome dos ovários policísticos que pode cursar com aumento das concentrações de testosterona total e DHEAS e representa um diagnóstico de exclusão.

**Questão 56**

Mulher transgênero, 45 anos de idade, procura assistência para ajustes e acompanhamento clínico da terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG). Possui baixo consumo de cálcio e história familiar de fratura osteoporótica. Em uso de valerato de estradiol via oral 3 mg/dia desde os 25 anos de idade. Realizou cirurgia de afirmação de gênero com orquiectomia bilateral há 8 anos. Apresenta hipertensão arterial controlada com o uso de enalapril 20 mg/dia e obesidade grau 1 (IMC = 31,8 kg/m<sup>2</sup>). Ao exame físico, desenvolvimento mamário completo. Nunca realizou mamografia. Qual a conduta **MAIS ADEQUADA** para este caso?

A) Por apresentar desenvolvimento mamário completo, o rastreamento para câncer de mama deveria ter iniciado cinco anos após o início da THAG.

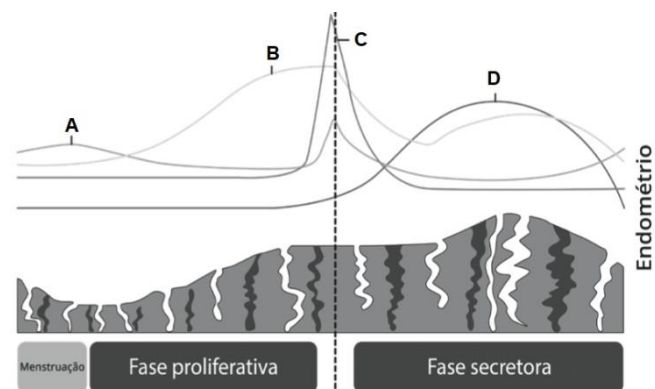
B) O rastreamento para baixa massa óssea com densitometria deve ser iniciado aos 50 anos de idade pela presença de fatores de risco.

C) Para proteção cardiovascular deve ser associado a espironolactona e consequente redução da dose total de estradiol.

D) Não há indicação de rastreamento de câncer de próstata uma vez que a paciente realizou cirurgia de afirmação sexual.

**Questão 57**

A fisiologia da reprodução feminina segue uma série de acontecimentos interligados que prepara a mulher para gestar. Observe atentamente a figura a seguir.



Sobre ciclo menstrual e as alterações da gestação, assinale a opção **CORRETA**:

- A) É fundamental a presença do hormônio C para o desenvolvimento do folículo na fase pré-antral.  
 B) Inibina B tem ação inibitória sobre o hormônio A e sua ação acontece primordialmente na fase folicular.  
 C) A queda dos níveis do hormônio B que ocorre no final da fase lútea é o principal determinante da descamação do útero e da menstruação.  
 D) A secreção do hormônio D na fase lútea resulta em desaceleração progressiva dos pulsos do hormônio C.

**Questão 58**

A terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG) masculinizante tem o objetivo de induzir virilização e minimizar as características femininas. Sobre o THAG em homens transgênero, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É recomendada a monitorização dos níveis de prolactina em homens transgênero devido ao risco de prolactinomas.  
 B) As evidências atuais sugerem que a THAG é suficiente para preservação da massa óssea em homens transgênero.  
 C) A THAG com testosterona em níveis séricos compatíveis com o sexo masculino é considerada um método contraceptivo efetivo para homens transgênero.  
 D) As doses supra fisiológicas de THAG estão indicadas nos casos de sangramento menstrual persistente para supressão do endométrio.

**Questão 59**

Mulher, 18 anos de idade, apresenta ciclos menstruais irregulares com longos períodos de amenorreia e fogachos noturnos. Menarca aos 13 anos de idade. Ausência de acne e hirsutismo. Peso: 72 kg; estatura: 173 cm. Olhos mais fechados, ptose palpebral bilateral, telecanto. Exames: testosterona total: 35,7 ng/dL (VR: < 48); androstenediona: 2,4 ng/mL (VR: < 2,2); DHEAS: 163 mcg/dL (VR: 51 a 321); 17OHPregesterona: 190 ng/dL; FSH: 18,9 mU/mL (29,03 em 2019) (VR: 3,85 a 8,8); LH: 16,4 mU/mL (VR: 2,1 a 10,9); E2: 30 pg/mL (VR: 27 a 125); anti-mulleriano (AMH): 0,37 ng/mL (1,66 a 9,49). US pélvica: ovário direito 2,5 mL e ovário esquerdo 3,8 mL, aspecto policístico, endométrio 4,9 mm. Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?

- A) Síndrome dos ovários policísticos.  
 B) Hiperplasia adrenal congênita não clássica devido à mutação CYP21A2.  
 C) Síndrome de Turner com cariótipo de mosaicismo 45,X/46,XX.  
 D) Insuficiência ovariana primária devido à mutação FOXL2.

**Questão 60**

Com relação a Resolução do CFM nº 2.333 de 30 de março de 2023, que adota normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) É vedada a realização de curso, evento e publicidade com o objetivo de estimular possíveis benefícios de terapias androgênicas com finalidades estéticas, de ganho de massa muscular ou de melhora de performance esportiva.  
 B) É permitida a prescrição de moduladores seletivos do receptor androgênico (SARMS) para qualquer indicação aprovadas em bula por serem produtos com a

comercialização e divulgação autorizadas no Brasil e segurança de uso comprovada cientificamente.

C) É vedada a reposição hormonal em caso de deficiência específica comprovada de acordo com a existência denexo causal entre a deficiência e o quadro clínico, mesmo havendo benefícios cientificamente comprovados.

D) É permitida a prescrição de hormônios divulgados como "bioidênticos", em formulação "nano" ou nomenclaturas afins com finalidades estéticas, de ganho de massa muscular ou de melhora de performance esportiva.

**Questão 61**

O conhecimento sobre as características, bem como as peculiaridades estruturais e funcionais das células ósseas é fundamental para que se tenha compreensão sobre o desenvolvimento e manutenção da massa óssea. Em relação ao osteoclasto, marque a alternativa correta.

- A) A principal via de regulação dos osteoclastos é a Wnt/beta-catenina.  
 B) Os osteoclastos expressam a osteoprotegerina (OPG), que bloqueia a interação RANK/RANKL.  
 C) Os osteoclastos são os únicos efetores da reabsorção óssea.  
 D) Os osteoclastos diferenciam-se a partir de células mesenquimais pluripotentes.

**Questão 62**

A exposição aguda a um excesso de iodo provoca um mecanismo autorregulatório altamente especializado na glândula tireoide chamado de efeito Wolff-Chaikoff. Esse efeito é transitório e sofre um escape em tireoides normais. Qual das alternativas abaixo indica os mecanismos responsáveis pelo escape do efeito Wolff-Chaikoff na tireoide?

- A) Aumento da expressão e da atividade da tireoperoxidase e da dehalogenase.  
 B) Redução da expressão e da atividade das dual-oxidases tireoidianas.  
 C) Inibição da via de sinalização do AMP cíclico e da NADPH.  
 D) Redução da expressão e atividade da NIS e aumento da pendrina.

**Questão 63**

O entendimento das bases moleculares das doenças endocrinológicas tem ganhado cada vez mais aplicações e relevância na prática clínica. Quando objetiva-se investigar vários genes ou genes muito longos, o sequenciamento paralelo em larga escala (SPLE) está indicado. Entre suas características, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Apresenta maior custo por base sequenciada que o método de Sanger.  
 B) Necessita maior tempo para aquisição dos resultados que as técnicas tradicionais.  
 C) Permite que seja dispensado o aconselhamento genético pré e pós-teste.  
 D) Identifica maior quantidade de variantes de significado indeterminado.

**Questão 64**

O trato gastrointestinal libera diversos fatores que, agindo no sistema nervoso central, participam da



regulação do balanço energético. Com relação à ghrelina, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) É um peptídeo de 28 aminoácidos produzido pelas células L por todo o intestino e pelas células gástricas oxínticas.
- B) Atua inibindo a secreção hipofisária de GH pela ligação ao receptor GHS-R1, modulando os efeitos neuroendócrinos e orexígenos.
- C) A sua forma acilada é essencial para ativação do receptor GHS-R1 e para a modulação dos efeitos neuroendócrinos e orexígenos.
- D) A sua forma não acilada é a menos abundante na circulação, é incapaz de ativar o GHS-R1, mas exerce ações metabólicas periféricas.

#### Questão 65

A hipopotassemia é uma manifestação clássica do hiperaldosteronismo primário. Qual a base fisiopatológica para este distúrbio?

- A) Inibição da ação da angiotensina II na reabsorção de sódio no túbulo proximal.
- B) Inibição da bomba  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  ATPase na membrana luminal no ducto coletor pela aldosterona.
- C) Aumento do efluxo de potássio no ducto coletor cortical por meio dos canais tipo ROMK.
- D) Aumento de secreção de potássio no ducto coletor medular por meio da  $\text{H}^+/\text{K}^+$  ATPase luminal.

#### Questão 66

Mulher, 45 anos de idade, procura endocrinologista para acompanhamento de dislipidemia. Tem história de síndrome coronariana aguda há seis meses, ocasião na qual colocou um *stent* na artéria descendente anterior. História familiar de pai com infarto agudo do miocárdio com 53 anos de idade. Nega tabagismo e outras morbidades. A avaliação do perfil lipídico em uso de atorvastatina 40 mg/dia revelou: colesterol total: 112 mg/dL; LDL: 46 mg/dL; triglicérides: 80 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; lipoproteína a (Lp (a)) = 78 mg/dL (VR: < 30 mg/dL). No que se refere a avaliação e manuseio da Lp (a) desta paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É recomendado o acompanhamento da Lp (a) a cada quatro meses, junto com a avaliação do perfil lipídico tradicional.
- B) É recomendado o início de inibidor de PCSK-9 com objetivo de promover redução da Lp (a).
- C) A meta de Lp (a) em indivíduos de prevenção secundária é de 30 mg/dL.
- D) As concentrações da Lp (a) são predominantemente determinadas por fatores genéticos (> 90%), mais do que qualquer outra lipoproteína.

#### Questão 67

O ezetimibe vem sendo muito utilizado em combinação à estatina para redução dos níveis do LDL colesterol. Sobre essa medicação, é **CORRETO** afirmar:

- A) Não existem estudos que avaliem a eficácia do ezetimibe isoladamente na redução de eventos cardiovasculares.
- B) Embora tenha o efeito primário inibindo a absorção de colesterol no jejuno, seu uso está associado ao aumento na expressão de receptores de LDL pelos hepatócitos.
- C) Além da redução do LDL, seu uso promove uma discreta redução dos triglicérides plasmáticos devido a

redução da absorção dos triglicérides presentes na dieta.

- D) Em indivíduos com alimentação pobre em colesterol (como vegetarianos e veganos), existe uma diminuição significativa da eficácia da medicação, não sendo recomendado para estes grupos de pacientes.

#### Questão 68

Homem, 71 anos de idade, procura endocrinologista para avaliação primária do risco cardiovascular. Há cinco anos não fazia exames e, por falta de tempo, aproveitou uma tarde livre para fazer um *check-up*. Nega morbidades, não faz uso de medicamentos e pratica atividade física regular. O resultado do perfil lipídico foi: colesterol total: 195 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; triglicérides: 145 mg/dL; LDL: 100 mg/dL; apolipoproteína B: 65 mg/dL; lipoproteína a (Lp(a)): 35 mg/dL. Com relação aos dados apresentados, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) A avaliação primária do risco cardiovascular não pode ser realizada por meio deste exame, realizado sem o jejum de 12h para os triglicérides.
- B) A flexibilização do jejum pode ser adequada para a avaliação do perfil lipídico, mas não deve ser estimulada em idosos, por serem detentores de uma maior quantidade de fatores de risco não controláveis.
- C) A avaliação da Lp(a) e da Apolipoproteína B pode sofrer significativa interferência neste caso e não poderá ser interpretada adequadamente.
- D) O colesterol não HDL não sofre a interferência do jejum e pode ser uma medida útil na avaliação do risco cardiovascular deste paciente.

#### Questão 69

A volanesorsena é um oligonucleotídeo antisense (ASO) de geração 2+ recentemente aprovado para o tratamento de síndrome de quilomiconemia familiar (SQF). Sobre o mecanismo de ação da volanesorsena, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Reduz a síntese de proteínas ligando-se a sequências selecionadas de RNA por meio do pareamento de bases Watson-Crick e inibindo a tradução de proteínas.
- B) Aumenta a síntese de proteínas ligando-se a sequências selecionadas de RNA por meio do pareamento de bases Watson-Crick e estimulando a tradução de proteínas.
- C) Reduz a síntese de proteínas por ação na epigenética via modulação de metilação e acetilação do DNA modificando a tradução de proteínas.
- D) Aumenta a síntese de proteínas por promover destruição no mRNA, promovendo ganho de função na tradução da proteína correspondente.

#### Questão 70

Os fibratos são medicamentos amplamente utilizados no tratamento de pacientes com hipertrigliceridemia, principalmente aqueles com risco aumentado de pancreatite aguda. Sobre o mecanismo de ação da classe, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Aumenta a formação de partículas de LDL com maior afinidade pelo receptor, contribuindo para seu catabolismo.
- B) Aumenta a formação da apolipoproteína CIII, contribuindo para uma maior hidrólise do VLDL pela lipase lipoproteica.



C) Reduz a síntese intestinal de Apolipoproteína B100, contribuindo para redução dos quilomícrons e do aporte de ácidos graxos para o fígado.

D) Reduz a captação de ácidos graxos livres pelo fígado, contribuindo para o aumento da beta oxidação dos triglicérides pelos miócitos.

### Questão 71

Homem, 45 anos de idade, procura o endocrinologista para avaliação de um tumor descoberto ao realizar uma TC do crânio por sinusite crônica. A TC evidenciava um macroadenoma hipofisário com 2,3 cm, com compressão de haste hipofisária e do quiasma óptico. Sobre o caso acima, marque a alternativa **CORRETA**.

A) A campimetria visual está indicada em pacientes cujo tumor comprime o quiasma óptico, mesmo na ausência de queixas visuais.

B) O tratamento cirúrgico está indicado em todos os macroadenomas pelo maior risco de crescimento.

C) O tratamento primário com cabergolina está indicado nos casos com contra-indicação a cirurgia.

D) A avaliação da função hipofisária está indicada somente nos tumores  $\geq 2$  cm, principalmente quando existe compressão de estruturas adjacentes.

### Questão 72

Paciente com 18 anos de idade, refere há oito meses quadro de aumento do volume urinário, com nictúria e aumento da sede, ingerindo cinco a seis litros de água ao dia. Nega alteração no peso no período. Refere diagnóstico recente de transtorno de ansiedade, em uso de sertralina 50 mg. Nega trauma craniano, doenças pregressas ou uso de outras medicações. Apresenta volume urinário 12 horas diurnas: 3.100 mL; 12 horas noturnas: 2.800 mL. Exame físico sem achados significativos.

Exames laboratoriais – sódio: 137 mEq/L (VR: 135 a 145); potássio: 4,1 mEq/L (VR: 3,5 a 5,5); glicemia = 84 mg/dL; creatinina: 0,6 mg/dL (VR: 0,7 a 1,2 mg/dL); cálcio: 10,2 mg/dL (VR: 8,5 a 10,5 mg/dL). Osmolalidade plasmática 280 mOsm/Kg (VR:  $> 266$ ); osmolalidade urinária 185 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O (VR: 300 a 900).

Qual a próxima conduta diagnóstica?

A) Não são necessários novos exames, já que a presença de poliúria hipoosmolar e a história clínica permitem o diagnóstico de polidipsia primária.

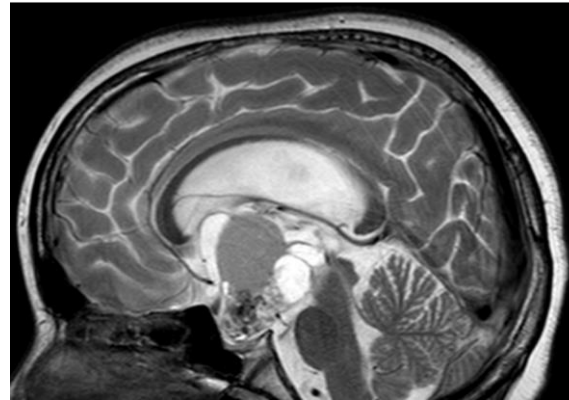
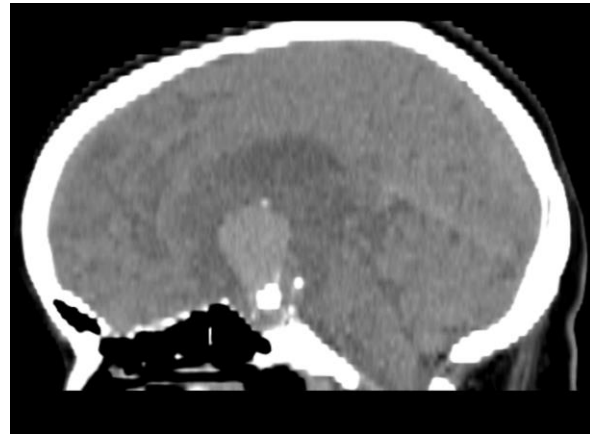
B) Dosagem de copeptina estimulada durante o teste de restrição hídrica ou infusão de salina hipertônica.

C) Dosagem da osmolalidade urinária, sódio sérico e copeptina plasmática após orientação de jejum hídrico em casa durante o período noturno.

D) Teste terapêutico com desmopressina e dosagem da osmolalidade urinária durante o uso da medicação.

### Questão 73

Paciente com 12 anos de idade é trazido ao médico com episódios de cefaleia frequentes há um ano e piora há um mês, associado a vômitos e diminuição da acuidade visual. Em atendimento em unidade de emergência realizou TC e RM de crânio (imagens abaixo). Refere também polidipsia e poliúria com enurese noturna há dois meses. Volume urinário de 5.000 mL/24h. Peso 46 Kg (P97) e estatura 136 cm (entre P50-P75).



Considerando o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A associação com obesidade é frequente e pode se acentuar após a cirurgia.

B) O acesso neurocirúrgico mais indicado é a cirurgia transesfenoidal.

C) A identificação de hiperprolactinemia permite o tratamento primário com cabergolina.

D) A radioterapia é pouco eficaz como tratamento adjuvante.

### Questão 74

Mulher, 29 anos de idade, com microprolactinoma, em tratamento com cabergolina 0,5 mg duas vezes por semana há oito meses com normalização da prolactina e dos ciclos menstruais. Procurou endocrinologista devido à gestação de seis semanas. Qual a conduta **CORRETA** referente ao agonista dopaminérgico e a monitorização na gestação?

A) Trocar cabergolina por bromocriptina, monitorização com prolactina e campo visual.

B) Suspender a cabergolina, monitorização clínica e de campo visual.

C) Manter a cabergolina e realizar monitorização ressonância magnética sem contraste.

D) Reduzir a cabergolina para 0,5 mg por semana, monitorização clínica e de campo visual.

### Questão 75

A insuficiência adrenal por deficiência de ACTH é uma condição potencialmente grave, que pode levar o paciente a óbito e tem peculiaridades clínicas diferentes da insuficiência adrenal primária. Sobre a apresentação clínica da insuficiência adrenal, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Em qualquer etiologia de insuficiência adrenal, os sinais de deficiência de andrógenos em mulheres, como ausência de pelos pubianos e odor axilar, não ocorrem quando o quadro se inicia na vida adulta.

B) A produção de aldosterona pela zona glomerular independe da produção de ACTH, não ocorrendo alterações de Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup> séricos na deficiência crônica de ACTH.

C) O uso crônico de glicocorticoides é a principal causa de insuficiência adrenal secundária, podendo ocorrer mesmo com uso tópico ou inalatório de glicocorticoide.

D) A insuficiência adrenal oligossintomática por deficiência parcial de ACTH não evolui gravemente mesmo em situações de estresse, pela reserva de ACTH que é capaz de manter a produção de cortisol.

#### Questão 76

Mulher, 57 anos de idade, em amenorreia há quatro anos, foi encaminhada ao ambulatório de endocrinologia por apresentar T4 livre 0,7 ng/dL (VR: 0,9 a 1,8) e TSH 0,97 mUI/mL (VR: 0,4 a 4,0) durante investigação de anemia. Na triagem da endocrinologia foram solicitados os seguintes exames:

T4 livre: 0,61 ng/dL

TSH: 0,96 mUI/mL

FSH: 3,8 mUI/mL (VR: 3,6 a 16,6)

LH: 1,6 mUI/mL (VR: 1,1 a 11,1)

Cortisol: 6,6 mcg/dL (VR: 5,0 a 25)

ACTH: 12,6 pg/mL (VR: < 46)

IGF-1: 64 ng/mL (VR: 83 a 241)

Prolactina: 90 ng/dL (VR: 5 a 25)

A RM da sela túrcica evidenciou lesão hipofisária de 3,1 x 2,1 x 3,1 cm em região selar compatível com adenoma hipofisário. Sobre o caso acima, marque a alternativa **CORRETA**.

A) Para a confirmação do diagnóstico de deficiência de GH é necessária também a dosagem do GH basal.

B) Para a exclusão do efeito gancho, a dosagem de prolactina diluída é obrigatória neste caso.

C) É possível ter o diagnóstico da insuficiência adrenal secundária sem realizar um teste confirmatório.

D) É possível excluir o diagnóstico de hipotireoidismo devido aos níveis normais de TSH.

#### Questão 77

Em relação ao tratamento da apoplexia hipofisária, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A cirurgia hipofisária tem indicação absoluta para casos sintomáticos.

B) Agonistas dopaminérgicos podem ser indicados para casos leves e sem alteração de nível de consciência.

C) A radioterapia estereotáxica pode ser uma alternativa quando há contraindicação para cirurgia.

D) O uso de glicocorticoide endovenoso pode ser indicado para pacientes com discreta alteração visual.

#### Questão 78

Os opioides são analgésicos e antialodínicos altamente viciantes cujo uso vem aumentando nas últimas décadas. Sobre os principais **EFEITOS NEGATIVOS** dos opioides no eixo hipotálamo-hipofisário, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Hipogonadismo hipogonadotrófico, hiperprolactinemia e insuficiência adrenal central.

B) Hiperprolactinemia, hipotireoidismo central e deficiência de hormônio do crescimento.

C) Insuficiência adrenal central, deficiência de hormônio do crescimento e hiperprolactinemia.

D) Hipotireoidismo central, hipogonadismo hipogonadotrófico e insuficiência adrenal central.

#### Questão 79

Em relação à avaliação laboratorial de pacientes em acompanhamento por acromegalia, marque a alternativa **CORRETA**.

A) O uso de contraceptivos orais contendo etinilestradiol é uma causa de falsa elevação de IGF-1.

B) A avaliação da remissão da doença deve ser realizada com a dosagem de GH e IGF-1 no sétimo dia do pós-operatório.

C) O teste de supressão de GH com glicose é o padrão-ouro para avaliar controle da doença em pacientes que estão usando análogos da somatostatina.

D) A dosagem de GH não tem valor no acompanhamento de pacientes em uso de pegvisomanto.

#### Questão 80

Mulher, 29 anos de idade, procura o endocrinologista para tratamento de obesidade e síndrome de ovários policísticos. Faz acompanhamento psiquiátrico devido a transtorno bipolar de humor. Encontra-se em uso de metformina 1g/2x ao dia, anlodipino 10 mg pela manhã, divalproato de sódio ER 50 mg/dia, espirolactona 100 mg/dia e acetato de ciproterona + etinilestradiol (2/0,35). Exames recentes: cortisol pela manhã 40 mcg/dL (VR: 5 a 25); ACTH 42,1 pg/mL (VR: < 46) e cortisol salivar às 23 horas 40,7 ng/dL (VR: 18 a 100). Sobre esse caso, é **CORRETO** afirmar:

A) Os exames laboratoriais sugerem uma Síndrome de Cushing ACTH-Dependente e o próximo passo seria a realização de RM de hipófise.

B) Os exames laboratoriais sugerem um hipercortisolismo associado a um provável aumento da síntese hepática de *Cortisol Binding Globulin* (CBG) induzido por medicação.

C) Os exames laboratoriais sugerem um hipercortisolismo associado a um provável aumento da atividade da 11-betahidroxiesteróide desidrogenase tipo 1 (11b-HSD1) induzido por medicação.

D) Os exames laboratoriais sugerem um hipercortisolismo associado a uma diminuição do metabolismo do cortisol induzido por medicação.

#### Questão 81

Homem, 32 anos de idade, teve diagnóstico de hipertensão arterial aos 29 anos de idade durante exame admissional. Atualmente em uso de losartana 100 mg/dia, hidralazina 200 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e diltiazem 240 mg/dia. Nega outras comorbidades. Durante uma partida de futebol, sentiu fortes câimbras em membros inferiores e fraqueza muscular. Foi levado para emergência e constatado hipocalemia (K 2,7 mEq/L). Encaminhado ao endocrinologista para investigação da hipertensão. Ao exame – bom estado geral, sem estigmas de síndrome de Cushing. PA: 180 x 110 mmHg; FC: 64 bpm, regular. IMC: 21,6 kg/m<sup>2</sup>. Novos exames mostraram: K: 2,9 mEq/L; aldosterona: 41 ng/dL e atividade plasmática de renina: < 0,03 ng/mL/h. A TC de abdômen revelou uma lesão de limites precisos, homogênea, com índice de atenuação de -5UH, medindo 2,3 x 1,7 cm em adrenal direita. Sobre esse caso, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É obrigatória a realização de pelo menos mais um teste para confirmação diagnóstica.  
 B) O uso da losartana e da hidroclorotiazida interferiram nas dosagens e, por isso, é indispensável a substituição dessas medicações para nova avaliação.  
 C) Pelo elevado risco de lesão na adrenal contralateral, torna-se imprescindível a realização do cateterismo de veias adrenais.  
 D) A adrenalectomia direita está indicada para o tratamento da hipertensão neste paciente.

**Questão 82**

Homem, 52 anos de idade, diagnóstico incidental de feocromocitoma de 4 cm na glândula adrenal esquerda, encaminhado ao seu consultório para orientação pré-operatória. O paciente faz uso regular de valsartana 320 mg/dia e clortalidona 25 mg/dia, encontra-se assintomático, com PA 130 x 80 mmHg e FC 92 bpm e nega paroxismos de hipertensão ou taquicardia. Em relação ao manejo pré-operatório adequado do paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Diante do bom controle pressórico e da ausência de sintomas clínicos, recomenda-se a manutenção dos anti-hipertensivos em uso e a infusão de 1 a 2 L de solução salina na véspera da cirurgia.  
 B) Recomenda-se a troca dos anti-hipertensivos em uso por doxazosina (dose inicial de 4 mg/dia) e atenolol (dose inicial de 50 mg/dia), iniciados concomitantemente e mantidos até o momento da indução anestésica.  
 C) Recomenda-se a associação de doxazosina (dose inicial de 2 mg/dia) e a redução dos demais anti-hipertensivos, conforme controle pressórico. Posteriormente, recomenda-se a associação de metoprolol (dose inicial de 75 mg/dia) ao tratamento. Todos os anti-hipertensivos deverão ser mantidos obrigatoriamente até o momento da cirurgia.  
 D) Deve-se dar prioridade à prescrição da doxazosina (dose inicial de 2 mg/dia), com escalonamento progressivo da dose e posterior associação de atenolol (dose inicial de 50 mg/dia), se necessário. Recomenda-se ainda dieta hipersódica (3-5g/dia), aumento da ingestão hídrica e suspensão da Doxazosina 12 horas antes da cirurgia.

**Questão 83**

Mulher, 55 anos de idade, tem diagnóstico de hipertensão arterial resistente desde os 40 anos de idade. Exames laboratoriais – creatinina: 0,9 mg/dL (VR: 0,5 a 1,1); potássio: 3,7 mEq/L (VR: 3,5 a 5,1); ACTH: 6 pg/mL (VR: <46); SDHEA: 20 mcg/dL (VR: 35 a 430); cortisol sérico após 1 mg de dexametasona overnight: 4,3 mcg/dL (VR: <1,8); cortisol salivar à meia-noite: 0,1 mcg/dL (VR: <0,2); cortisol urinário livre: 48 mcg/24h (VR: 4,2 a 60); aldosterona: 15 ng/dL (VR: 1 a 19,9); renina direta: <4 uUI/mL (<4 considerado suprimida); metanefrinas plasmáticas livres: metanefrina: 32 pg/mL (VR: <57); e normetanefrina: 88 pg/mL (VR: <148).  
 TC de abdome superior sem contraste: asa medial da adrenal direita com espessamento difuso de 15 mm, sem nódulos; adrenal esquerda com dois nódulos homogêneos de 12 mm e 18 mm, respectivamente com densidades de 9 UH (na asa medial) e 12 UH (na asa lateral). Fundamentado nas informações supracitadas, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A paciente apresenta o diagnóstico de secreção autônoma de cortisol, cuja etiologia mais provável é a hiperplasia adrenal macronodular primária; os testes de triagem para hiperaldosteronismo primário e feocromocitoma da paciente são negativos.

B) A paciente apresenta o rastreio positivo para hiperaldosteronismo primário, cuja etiologia mais provável é a hiperplasia adrenal cortical bilateral (hiperaldoesteronismo idiopático); os testes de triagem para secreção autônoma de cortisol e feocromocitoma da paciente são negativos.

C) A paciente apresenta rastreio positivo para hiperaldosteronismo primário e demonstra secreção autônoma de cortisol. Recomenda-se a realização de adrenalectomia esquerda, sem a necessidade de exames adicionais.

D) A paciente apresenta os diagnósticos de hiperaldosteronismo primário e secreção autônoma de cortisol. Recomenda-se a cateterização das veias adrenais, com a dosagem da aldosterona normalizada pelo cortisol bilateralmente, para investigação de lateralização e definição da conduta mais apropriada.

**Questão 84**

Mulher, 65 anos de idade, faz acompanhamento com endocrinologista devido a Doença de Addison e faz uso regular de prednisona 7,5 mg/dia e fludrocortisona 0,1 mg/dia. Qual das medicações abaixo pode precipitar um quadro de insuficiência adrenal aguda nesta paciente?

- A) Risperidona.  
 B) Pregabalina.  
 C) Citalopram.  
 D) Fenitoína.

**Questão 85**

Assinale um **CORRETO** mecanismo fisiopatológico da hiperplasia adrenal macronodular primária.

- A) Mutação ativadora do gene ARMC5, que codifica a subunidade alfa estimuladora da proteína G.  
 B) Mutação ativadora do gene MC2R, levando a ativação constitutiva do receptor de ACTH.  
 C) Mutação inativadora do gene PRKACA, levando a ativação constitutiva do receptor de ACTH.  
 D) Mutação inativadora do gene GNAS, com inativação da via de sinalização da WNT/ $\beta$ -catenina.

**Questão 86**

Mulher, 33 anos de idade, previamente hígida, é encaminhada para o endocrinologista por suspeita de síndrome de Cushing. Nega uso de quaisquer medicações. Ao exame – obesidade centrípeta, pletora facial e estrias violáceas em abdome. PA: 170x100 mmHg. IMC: 36,2 kg/m<sup>2</sup>. Exames – cortisol p s-1mg de dexametasona = 12,3 mcg/dL; cortisol livre urinário em duas amostras: 910 e 750 mcg/24h (VR: 20 a 110); ACTH em duas amostras ambos: < 5 pg/mL (VR: < 45). TC de abdome superior mostrou massa com limites imprecisos, heterogênea, com áreas de necrose e calcificações, medindo 10,4 cm no maio diâmetro, densidade pr -contraste de 50 UH e clareamento do contraste de 35% após 15 minutos, em adrenal direita. Submetida à adrenalectomia direita, sem intercorrências, ressecção completa. Anatomopatológico: carcinoma adrenocortical, Ki-67 de 35%; > 20 mitoses/50 campos de grande aumento. T2N0M0 pelo estadiamento ENSAT (*European Network for Study*



of Adrenal Tumors). Em relação à conduta para este caso, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Está indicada a radioterapia do leito cirúrgico.
- B) Estão indicados mitotano e quimioterapia com etoposídeo, doxorubicina e cisplatina.
- C) Está indicado tratamento com mitotano.
- D) Está indicado seguimento com exame de imagem a cada 12 meses sem terapia adicional.

#### Questão 87

Menino, 17 anos de idade, é levado ao médico por alterações comportamentais. Sua família notou que, nos últimos três meses, ele se retraiu progressivamente e seu desempenho escolar piorou drasticamente. Sua mãe também relata falta de apetite, fadiga constante, vômitos intermitentes e aumento da pigmentação cutânea. Ao exame, ele está desorientado no tempo e sua pontuação no minixame de estado mental é 20/30. Não há déficits de nervos cranianos, mas sua marcha tem base ampla e demonstra desequilíbrio. RM com contraste relata alterações na substância branca nas regiões parietooccipital bilaterais. Sobre a principal hipótese diagnóstica para este paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) É uma doença caracterizada por disfunção da glândula adrenal e perda de mielina, que leva a essa apresentação clínica clássica da doença, que é mantida dentro da mesma família.
- B) É uma doença cuja herança é mitocondrial. Assim, em vez de herdarem uma cópia desse material genético da mãe e outra cópia do pai, os indivíduos herdam somente uma cópia advinda de suas mães.
- C) É uma doença caracterizada por mutações patogênicas no mtDNA que são particularmente danosas aos sistemas nervoso e associam-se a altos níveis séricos de ácidos graxos de cadeia muito longa.
- D) É uma doença ligada ao X com uma mutação no gene que codifica o transportador ABCD1, o que leva a diminuição da produção da ALD, uma proteína transportadora de membrana peroxissômica.

#### Questão 88

Sobre a evolução natural e conduta em incidentalomas adrenais, considerando a diretriz da *European Society of Endocrinology* (2016), marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Incidentalomas adrenais (< 4 cm) não funcionantes e com características radiológicas indubitavelmente benignas não necessitam de reavaliação radiológica.
- B) Em adenomas adrenais, a baixa densidade na tomografia ( $\leq 10$  UH) e elevada *washout* ( $\geq 60\%$ ) sugerem malignidade, devendo-se indicar cirurgia.
- C) A indicação de ressecção cirúrgica de massa adrenal > 4 cm é arbitrária, mas pela elevada prevalência de malignidade deve ser adotada, independente de outras características da lesão e do paciente.
- D) A presença de adenomas não funcionantes, distinta daqueles associados com hipercortisolismo subclínico, não está relacionada a aumento de riscos ao paciente em longo prazo.

#### Questão 89

Mulher, 16 anos de idade, procura endocrinologista com queixas de irregularidade menstrual, hirsutismo, pele oleosa e acne. Aos 6 anos de idade, em consulta com pediatria, apresentou alta estatura, acne e pelos pubianos, porém não foram realizados exames

laboratoriais. Menarca aos 8 anos e 10 meses. Exames da consulta atual – 17OHProgesterona: 1.200 ng/dL (VR: < 110); testosterona: 140 ng/dL (VR: <48); androstenediona: 2,9 ng/mL (VR: 0,55 a 2,0); DHEA-S: 35 mcg/dL (VR: 35 a 430); LH: 1,3 mUI/mL (VR: 2,1 a 10,9); FSH: 4,5 mUI/mL (VR: 3,85 a 8,8); Na: 139 mEq/L (VR: 136 a 145); K: 4,5 mEq/L (VR: 3,5 a 5,0). Quanto ao diagnóstico e as possíveis variantes que serão encontradas no gene CPY21A2, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Paciente apresenta hiperplasia adrenal congênita forma clássica e apresenta variante alélica Normal/p.I172N.
- B) Paciente apresenta hiperplasia adrenal congênita forma não clássica e apresenta variante alélica Normal/IVS2-13A/C>G.
- C) Paciente apresenta hiperplasia adrenal congênita forma não clássica e apresenta variante alélica E6 cluster/p.V281L.
- D) Paciente apresenta hiperplasia adrenal congênita forma virilizante simples e apresenta variante alélica IVS2-13A/C>G e p.I172N.

#### Questão 90

Os feocromocitomas/paragangliomas (PPGLs) são conhecidos por formar três grupos específicos (clusters) com base em suas mutações germinativas ou somáticas: um cluster com grupos 1A e 1B relacionados à pseudo-hipóxia; cluster 2 relacionado à sinalização de quinase; e cluster 3 relacionado à sinalização Wnt. Sobre essa afirmação, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) Esses clusters não se traduzem em assinaturas clínicas, bioquímicas e de imagem o que dificulta um plano personalizado de gerenciamento dos pacientes em longo prazo.
- B) Tumores do cluster 1, associados a mutações SDHA[AF2]/B/C/D, estão principalmente localizados dentro da adrenal e tendem a ter fenótipo bioquímico noradrenérgico com tendência à hipertensão sustentada.
- C) Aberrações em genes relacionados à manutenção dos telômeros (inativação do ATRX, ativação de TERT) e manutenção da cromatina (SETD2) parecem modificar o curso da doença.
- D) Os pacientes com história de PPGL, porém nem todos os portadores de mutação assintomáticos, requerem acompanhamento vitalício individualizado.

#### Questão 91

Menino, 4 anos de idade, previamente hígido, diagnosticado com meduloblastoma em fossa posterior deslocando o IV ventrículo após quadro de cefaleia, vômitos matinais, quedas frequentes, queda do estado geral e sonolência. Submetido a exérese cirúrgica da lesão, além de tratamento adjuvante com quimioterapia (cisplatina, vincristina e ciclofosfamida) e radioterapia (30 Gy em leito cirúrgico + 23 Gy neuroeixo) com boa resposta. Aos 7 anos e 4 meses foi avaliado por baixa estatura. Ao exame clínico: peso 20 kg, estatura 112 cm (Z score -2,22), G1P1, velocidade de crescimento 3,5 cm/ano. Em relação ao caso clínico descrito e ao manejo endocrinológico desse paciente, marque a alternativa **CORRETA**.

- A) As altas doses de radioterapia que o paciente recebeu o expõem a um maior risco de desenvolvimento de



diabetes insipidus central que hipopituitarismo anterior.

B) A presença de IGF-1 abaixo do valor de referência tem boa sensibilidade e estabelece o diagnóstico de deficiência de hormônio de crescimento, independente dos parâmetros auxológicos.

C) O volume testicular não é confiável para avaliação puberal e a dosagem de gonadotrofinas e testosterona deve ser realizada para avaliação complementar tanto de puberdade precoce quanto atrasada.

D) Deve-se monitorar o paciente para hipotireoidismo, hipertireoidismo e câncer de tireoide, principalmente nos primeiros anos após radioterapia, pois o seu efeito nos órgãos endócrinos tende a diminuir com o tempo.

### Questão 92

Paciente, 7 anos de idade, é encaminhado pelo pediatra, após apresentação do seguinte perfil lipídico, em consulta de rotina: colesterol total: 264 mg/dL; LDL-c: 191 mg/dL; triglicérides: 65 mg/dL; HDL-c: 60 mg/dL. Sem outras morbidades e ou queixas clínicas. Seu avô paterno fora submetido à revascularização miocárdica aos 54 anos. Sobre o caso acima, é **CORRETO** afirmar:

A) Essa criança deve repetir sua avaliação laboratorial, incluindo avaliação para causas secundárias, para confirmação do diagnóstico.

B) A avaliação genética para hiperlipidemia combinada familiar deve ser solicitada, pela apresentação precoce de doença coronariana em seu avô.

C) Em virtude do elevado nível de LDL, a criança deve iniciar mudança de estilo de vida e uso de ezetimibe 10 mg/dia.

D) A realização do rastreamento em cascata está indicada como próximo passo, mesmo que a criança não tenha outros fatores de risco cardiovascular.

### Questão 93

Menino, 11 anos de idade, procura endocrinologista por dor em região mamária à direita, onde percebe uma região nodular, iniciado há 6 meses. Apresenta ZIMC + 0,8 e avaliação puberal P1G1, com testículos tópicos (volume <3 mL bilateralmente), genitália sem alterações. Sem tecido mamário palpável à esquerda, mas com área nodular dolorosa de 2 cm em região subareolar à direita. Demais achados do exame físico normais. Diante da história de câncer de mama na avó, ficou assustado com a alteração. Com relação a esse paciente qual primeira conduta a ser tomada?

A) Iniciar inibidor de aromatase ou tamoxifeno, que melhoram a dor e aceleram a regressão em casos de ginecomastia puberal.

B) Não há necessidade de tratamento ou investigação, por se tratar de uma ginecomastia puberal.

C) Não há necessidade de tratamento ou investigação, por se tratar de uma ginecomastia relacionada a obesidade.

D) Solicitar US de mamas e avaliação laboratorial para descartar ginecomastia não puberal ou patológica.

### Questão 94

Lactente, 40 dias de vida, é levado a consulta por criptorquidia bilateral. Gestação sem intercorrências, sem uso de medicações. Nascido de parto vaginal, adequado para a idade gestacional, sem intercorrências no período neonatal. Apresenta testículos palpáveis em região inguinal, pênis de 2 cm de comprimento, com meato uretral único e tópico. Realizado cariótipo com

resultado 46,XY. Qual a principal hipótese e conduta **CORRETA** nesse caso?

A) Pode se tratar de hiperplasia adrenal congênita, forma clássica virilizante simples e colheria 17OH progesterona sérica.

B) Pode ser um caso de hipogonadismo hipogonadotrófico, colheria LH, FSH, testosterona, dihidrotestosterona entre a 4ª e a 8ª semana de vida.

C) Pode ser um caso de hipogonadismo hipogonadotrófico, colheria testosterona, dihidrotestosterona após o 6º mês de vida.

D) Pode se tratar de hiperplasia adrenal congênita, forma clássica virilizante simples, faria dosagem de 17OHprogesterona basal e 60 minutos após teste de estímulo com ACTH.

### Questão 95

Menina, 3 anos e 2 meses, apresenta, há 4 meses, pilificação escurecida na região de grandes lábios associada a odor axilar e acne. Ao exame clínico, apresenta estatura no Z score +1,8 DP, IMC no Z score + 2,1 DP, presença de face arredondada, pletora e acne facial. O estágio puberal de Tanner é M1P4. Sua mãe teve câncer de mama aos 30 anos e uma tia materna teve sarcoma de partes moles aos 25 anos. Os exames complementares iniciais evidenciaram:

Idade óssea: 5 anos pelo método de Greulich e Pyle.

17-OH-progesterona: 980 nd/dL (VR: < 150).

Androstenediona: 3,8 ng/mL (VR: < 0,6).

SDHEA: 605 mcg/dL (VR: < 40).

Cortisol: 11 mcg/dL (VR: 5 a 25).

ACTH: 3 pg/mL (VR: 10 - 50).

Considerando o diagnóstico mais provável desta paciente, qual condição hereditária deve ser rastreada nela e nos seus familiares.

A) Neurofibromatose.

B) Síndrome de Li-Fraumeni.

C) Síndrome de Von Hippel – Lindau.

D) Complexo de Carney.

### Questão 96

Você é chamado para avaliar uma criança de 40 dias de vida que veio encaminhada devido a genitália atípica, e por isto ainda não teve seu registro civil. Seu pré-natal transcorreu sem intercorrências. Os exames de US gestacionais sugeriam feto do sexo feminino. Nasceu a termo, AIG e com Apgar de 8 e 10. Ao exame físico: falo de 1,5 cm com orifício perineal único e gônadas palpáveis na região inguinal bilateralmente.

Foram realizados os seguintes exames (coletados com 72 horas de vida):

Cariótipo: 46,XY

US pélvico: sem identificação de útero e anexos; prováveis gônadas localizadas nas regiões inguinais Na e K sem alterações.

Exame	Resultado	Valor de referência
FSH	3,9 UI/mL	Pré púberes: até 2,6 Homens: 1,4 a 18,1
LH	12 UI/mL	Pré púberes: ≤ 0,3 Homens: 1,5 a 9,3
Testosterona	396 ng/dL	Homens: 165 a 753
Androstenediona	250 ng/dL	Pré púberes: < 50; Homens: 100 a 370
Diidrotestosterona	52 ng/dL	Pré-púberes: até 6 Homens: 25 a 100

Relação testosterona/diidrotestosterona (T/DHT)	7	Inferior a 25
Relação testosterona/androstenediona	1,5	Superior a 0,8

Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** desta criança?

- A) Síndrome de resistência parcial aos androgênicos.
- B) Deficiência de 5  $\alpha$  redutase.
- C) Disgenesia gonadal 46,XY.
- D) Deficiência da 17  $\beta$ -hidroxiesteroide desidrogenase.

#### Questão 97

Menino, 2 anos e 6 meses, é avaliado por problemas no crescimento. Apresenta dificuldades alimentares desde o primeiro ano de vida, com baixo ganho ponderal. Nasceu após 36 semanas de gestação, com escore Z de peso, comprimento e perímetro cefálico de -2,2, -3,1 e -0,6 DP, respectivamente.

Sentou-se sem apoio aos 6 meses; engatinhou aos 9 meses; andou aos 14 meses e falou primeiras palavras aos 13 meses. Mãe tem 168 cm e o pai 180 cm de altura. Ao exame – altura: -3,3 DP; peso: -2,7 DP e perímetro cefálico no percentil 25. Leve fronte proeminente, face triangular, clinodactilia do 5° dedo das mãos bilateralmente. Genitália: pênis de tamanho adequado, testículos tópicos e Tanner G1 P1.

Idade óssea: 1 ano e 6 meses.

IGF-1 = 162 ng/mL (VR: 50-180)

IGFBP-3 = 2.680 ng/mL (VR: 1465-4074).

Qual a hipótese diagnóstica **MAIS PROVÁVEL** e o conjunto de genes sugestivos do quadro a serem estudados?

- A) Síndrome clínica de deficiência de GH – HESX1, SOX2, GLI2
- B) Síndrome clínica de resistência ao GH – GHR, STAT5B
- C) Síndrome clínica de alteração da cartilagem de crescimento – FGFR3, NPR2
- D) Síndrome clínica de alteração nas vias de sinalização intracelular – PTPN11, BRAF

#### Questão 98

Menino, 8 anos de idade, dá entrada no Setor de Emergência por apresentar história recente de hipoatividade, sonolência, aumento do apetite, ganho excessivo de peso e, mais recentemente, pelo surgimento de episódios de crise convulsiva tônico-clônica.

Ao exame físico sua estatura está no percentil 50, seu peso está no P95 e seu IMC está acima do P97, ausência de visceromegalias. Exames coletados em momento de hipoglicemia (glicemia capilar: 31 mg/dL) são apresentados abaixo:

Glicemia: 34 mg/dL.

Insulina: 29 uIU/mL (VR: 2 a 15).

Cortisol: 17 mcg/dL (VR: 5 a 18).

GH: 8 ng/mL (VR: 0 a 10).

Amônia: 43 umol/L (VR: 0 a 46).

Beta hidroxibutirato: < 3,9 mg/dL (VR: <3,9).

Com base nas informações apresentadas, qual é a **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica e a próxima etapa na investigação?

- A) Hipoglicemia hiperinsulinêmica e dosagem de peptídeo C em vigência de hipoglicemia.
- B) Hipoglicemia hiperinsulinêmica e dosagem de sulfonilureia em vigência de hipoglicemia.
- C) Erro inato do metabolismo e dosagem de lactato na vigência de hipoglicemia.
- D) Insuficiência adrenal e teste de estímulo com ACTH sintético.

#### Questão 99

Recém-nascido a termo de parto cesáreo, Apgar 7 e 9, peso de 2505 gramas, comprimento de 39 cm e perímetro cefálico de 33 cm. Evoluiu com desconforto respiratório ao nascimento, encaminhado para UTI neonatal onde foram vistas deformidades dos membros. Paciente muito choroso e irritado em qualquer procedimento de manipulação. Preciso de cateter nasal com oxigênio para controle de taquipneia transitória e recebeu alta com 12 dias de vida com sonda nasogástrica para alimentação. A avaliação laboratorial demonstrou concentrações normais de cálcio e fósforo e concentrações elevadas de fosfatase alcalina.

Suas imagens radiológicas estão mostradas a seguir:



Qual é o tratamento **MAIS INDICADO** para este paciente?

- A) Fórmula de fosfato.
- B) Bisfosfonato.
- C) Vosoritide.
- D) Burosumabe.

**Questão 100**

Menino, 8 anos de idade, apresentou pubarca e acne aos 7 anos e 3 meses. Não apresentava histórico de outras comorbidades. Filho único de pais não-consanguíneos, saudáveis, medindo 168 cm (mãe) e 176 cm (pai). Nasceu a termo, com 3,1 kg e 50 cm. Teve desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Atualmente tem 8 anos e 6 meses, não faz uso de medicamentos. Apresenta-se com estatura Z= +1,6, IMC Z = +2,5 e estágio puberal G1P3. PA 104 x 62 mmHg. Em consulta com especialista em sua cidade de origem, foram solicitados androstenediona, testosterona e 17OH Progesterona, estando todos normais. No entanto, apresentava DHEA-S 184 mcg/dL (VR: < 40). Idade óssea de 10 anos. Na sequência, foi submetido ao Teste de Estímulo com ACTH (250 mcg - EV), cujos resultados são mostrados abaixo:

	Basal	60 minutos pós ACTH
DHEA (ng/mL)	3,0#	3,5
Cortisol (mcg/dL)	9,3	18,5
Androstenediona (ng/dL)	32	53
Testosterona (ng/dL)	19	26
17-Hidroxiprogesterona (ng/dL)	112	566
11-desoxicortisol (ng/mL)	1,9 ##	2,8

# valor de referência basal: menor que 3,0 ng/mL

## valor de referência basal: menor que 3,4 ng/mL

Após estes exames, o paciente recebeu prescrição para iniciar glicocorticoide por via oral na dose de 25 mg/m<sup>2</sup>/dia de hidrocortisona em duas tomadas diárias. A mãe do paciente iniciou este tratamento há uma semana, porém ficou insegura e vem para ouvir sua opinião. Após analisar detalhadamente todos os dados disponíveis, qual a conduta mais adequada?

- A) Suspender o tratamento e observar a evolução clínica.
- B) Suspender o tratamento e solicitar exame de imagem de adrenal (TC ou RM).
- C) Reduzir a dose para 10 a 12 mg/m<sup>2</sup>/dia e reavaliar a evolução clínica e bioquímica dentro de 3 a 4 meses.
- D) Manter o tratamento e solicitar genotipagem do gene *CYP21A2*.

**BOA SORTE**

**(Sorte é o encontro do preparo com a oportunidade)**

Abreviações adicionais:

GIG – Grande para a idade gestacional

PIG – Pequeno para a idade gestacional

