

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



**Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia**

2º Dia – 21/05/2023

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES SEGUINTE

1. Este CADERNO DE QUESTÕES contém dez casos clínicos. 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 ou o uso de qualquer aparelho eletrônico incluindo *Smart Watch* causará sua ELIMINAÇÃO deste concurso.

3. Identifique esta prova com seu NOME e NÚMERO DE INSCRIÇÃO **em letra legível** no espaço apropriado abaixo. Utilize caneta esferográfica grossa azul ou preta.

4. As respostas deverão ser dadas no espaço específico, pois apenas o que estiver escrito neste espaço é que será considerado na correção.

5. O tempo disponível para estas provas é de 2h30' (duas horas e trinta minutos). Não haverá tolerância para tempo adicional depois de decorridas as 2h30'.

6. Quando terminar as provas, acene para chamar o aplicador e entregue este CADERNO DE QUESTÕES.

7. Você não levará este CADERNO DE QUESTÕES, mas poderá levar o caderno de ontem após concluir esta prova.

Abreviações utilizadas na prova: RM – ressonância magnética; TC – tomografia computadorizada; VR – valor de referência; FC – frequência cardíaca; bpm – batimentos por minuto; TOTG – Teste Oral de Tolerância à glicose; US – Ultrassonografia; ACTH – hormônio adrenocorticotrófico.

BOA PROVA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

NOME: _____

ASSINATURA: _____



TEEM 2023



SBEM





TEEM 2023

CASO 1

Mulher, 28 anos de idade, ensino médio completo, trabalhava em restaurante, solteira, sem filhos. Relata episódio de acidente vascular encefálico em 2020 (aos 25 anos), apresentando hemiplegia direita, turvação visual e tonturas, com recuperação de déficits três meses após. Aproximadamente um ano após o quadro, em acompanhamento com neurologista, foi submetida a RM de encéfalo, que evidenciou tumor hipofisário medindo cerca de 10 x 7 x 9 mm, sendo encaminhada à endocrinologia. Na ocasião, referiu ganho ponderal em torno de 30 kg em cinco anos, associado a fraqueza proximal progressiva, queda capilar, tontura, estrias violáceas, hematomas espontâneos, surgimento de pelos corporais, plethora facial, acne, hipertensão arterial, além de amenorreia há dois anos. Após testes, foi confirmado hipercortisolismo devido à Doença de Cushing ACTH dependente, sendo submetida à cirurgia transesfenoidal em março de 2022. Apresentou diabetes insípido transitório, recebendo alta hospitalar em uso de prednisona 5 mg/dia por três meses, sendo então suspensa. Apresentou melhora transitória de ciclos menstruais, com perda ponderal de 7 kg, porém evoluiu novamente com piora clínica, fraqueza proximal e reganho de 10 kg. Atualmente, segue em amenorreia (há sete meses), persiste com ganho ponderal, hematomas, diminuição da força muscular, turvação visual e dores difusas. Nega fraturas e relata ainda cefaleia esporádica e labilidade emocional. A paciente foi submetida a nova cirurgia transesfenoidal, sem novamente atingir critérios de cura.

Sobre este caso clínico, responda:

A) Quais exames laboratoriais são necessários para confirmar a atividade da doença (Valor 0,2)?

B) Cite quatro medicamentos disponíveis no Brasil que poderiam ser utilizados como tentativa de controle da doença após o segundo procedimento cirúrgico (Valor 0,2).

C) Com o insucesso do tratamento farmacológico acima, foi decidido pela equipe a realização de adrenalectomia bilateral. Três anos após a cirurgia, a paciente retornou para avaliação, sendo feito o diagnóstico de Síndrome de Nelson. Cite três achados que sugeriram este diagnóstico (Valor 0,3).

D) Cite duas opções terapêuticas para a complicação apresentada no item C (Valor 0,3).

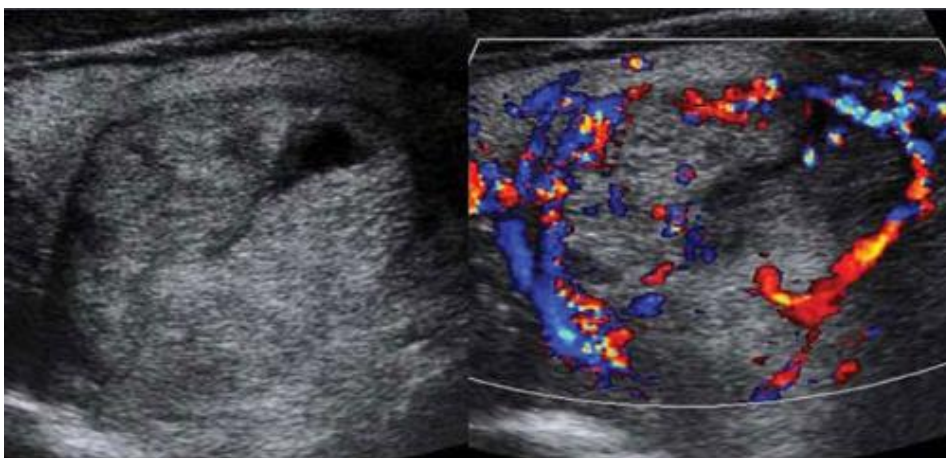




TEEM 2023

CASO 2

Mulher, 47 anos de idade, notou aumento de volume em região cervical à esquerda. Nega sintomas compressivos ou alteração de voz. A ecografia de tireoide mostra um nódulo predominantemente sólido, em 1/3 inferior de lobo esquerdo (LE) medindo 2,7 x 1,5 x 1,8 cm, isoecoico e contornos bem definidos e linfonodos de tamanho e aspecto habitual. Submetida a punção aspirativa com agulha fina (PAAF) do nódulo e o resultado veio Bethesda VI suspeito para carcinoma medular de tireoide. Nega doenças ou uso de medicamentos. Calcitonina 187 pg/mL (VR até 12 pg/mL).



De acordo com a diretriz da American Thyroid Association sobre o carcinoma medular de tireoide, responda as questões abaixo:

A) Qual outro marcador laboratorial deve ser solicitado além da calcitonina para avaliação de risco de metástases (Valor 0,1)?

B) Frente ao diagnóstico, cite o(s) exame(s) que deve(m) ser solicitado(s) para descartar as doenças relacionadas ao carcinoma medular (Valor 0,2).

C) Cite um exame de **imagem** que deve ser solicitado para esta paciente antes da definição do tratamento do carcinoma medular (Valor 0,1).

D) Considerando que a doença está restrita a tireoide, qual o tratamento inicial recomendado (Valor 0,2)?

Laudo anatomopatológico confirmou carcinoma medular de tireoide com pT2pN1aMx. Três meses de pós-operatório retornou com ecografia cervical sem linfonodos suspeitos e calcitonina = 84 pg/mL (VR até 12 pg/mL).

E) Como esta paciente é classificada em relação à resposta ao tratamento empregado (Valor 0,2)?





TEEM 2023

F) Como deve ser feito o seguimento laboratorial do paciente (Valor 0,2)?



CASO 3

Homem, 23 anos de idade, trazido ao serviço de emergência pelo corpo de bombeiros com história de dispneia de início súbito há dez horas. Nega precordialgia, sudorese, náuseas ou vômitos. Procurou inicialmente a Unidade de Pronto Atendimento, mas diante da gravidade (saturação O₂ 82%), foi encaminhado para hospital terciário. O paciente tem obesidade progressiva desde os primeiros anos de vida. Refere hiperfagia e, ocasionalmente, episódios de compulsão alimentar que ocorrem em situações de estresse. Não pratica atividade física, ficando a maior parte do tempo na cama. Não trabalha e não concluiu o ensino fundamental por dificuldade de deslocamento e bullying, mas tinha um bom rendimento escolar. Tem hipertensão arterial sistêmica (HAS) há cinco anos, pré-diabetes, dislipidemia e artralgia em joelhos e pés, que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde. Recebe enalapril 20 mg/dia, hidroclotiazida 50 mg/dia, sinvastatina 20 mg/dia e dipirona para uso ocasional. Os pais têm sobrepeso.

Ao exame físico: REG, afebril, dispneia em cateter de O₂ 4L/min, consciente.

P = 260 kg (distribuição global de gordura), Altura = 180 cm.

Acantose em regiões cervical e de dobras.

Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas hipofonéticas.

PA = 160 x 105 mmHg, FC = 120 bpm.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente e normodistribuído. Ausência de ruídos adventícios.

Edema de membros inferiores (perna direita 2/4+ e esquerda 3/4+).

Sobre o paciente acima, responda as questões abaixo:

A) Qual complicação da obesidade é o diagnóstico mais provável para a dispneia (Valor 0,1)?

B) No paciente acima, citocinas inflamatórias e adipocinas levaram a alterações na via relacionada à etiopatogenia da complicação do item A. Cite duas destas alterações (Valor 0,2).

C) Numa investigação de obesidade monogênica, cite quatro genes nos quais uma mutação poderia ser a causa da obesidade neste paciente (Valor 0,2).



TEEM 2023

D) O paciente recebeu alta e foi encaminhado para seguimento com nutricionista e educador físico. Realize a primeira prescrição de um agente antiobesidade que tenha efeito no sistema nervoso central (considerando que o paciente tem contraindicação para sibutramina) (Valor 0,3).

E) Qual a técnica cirúrgica não reversível que poderia ser realizada neste caso (Valor 0,2)?



CASO 4

Mulher, 69 anos de idade, encaminhada para avaliação de alteração na densitometria. Relata apenas lombalgia de longa data. Está em uso de cálcio elementar 1.000 mg/dia e vitamina D 14.000 unidades/semana. Nega litíase renal ou fraturas prévias. Dislipidemia em uso regular de atorvastatina 20 mg/dia. Exames laboratoriais sem alterações e com os seguintes exames de imagem recentes:

Radiografias de colunas lombar e torácica abaixo:



Densitometria óssea:

Sítio	Densidade mineral óssea (g/cm ²)	T-score (desvio-padrão)
L1-L4	1,384	+3,1
Colo fêmur	0,719	-2,3
Fêmur total	0,709	-2,4

Mínima variação significativa: coluna lombar = 0,033 g/cm²; fêmur total = 0,035 g/cm².

A) Considerando o recente consenso publicado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e pela Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO) sobre a estratificação do risco de fratura, como deve ser classificada esta paciente? Justifique. (Valor 0,3)

B) De acordo com esse mesmo consenso, realize a prescrição de uma opção **preferencial** para o tratamento medicamentoso da perda óssea desta paciente. (Valor 0,2)

C) Após três a seis meses, cite dois biomarcadores de remodelamento ósseo que podem ser solicitados para avaliação de resposta ao tratamento (Valor 0,2).

Após 12 meses de tratamento regular, a paciente retorna sem queixas e com a seguinte densitometria do mesmo local:

Sítio	Densidade mineral óssea (g/cm ²)	T-score (desvio-padrão)
L1-L4	1,404	+3,3
Colo fêmur	0,758	-2,0
Fêmur total	0,753	-2,0

Mínima variação significativa: coluna lombar = 0,033 g/cm²; fêmur total = 0,035 g/cm².

D) Houve ganho significativo de densidade mineral óssea? Em qual(is) sítio(s)? Justifique. (Valor 0,3)

CASO 5

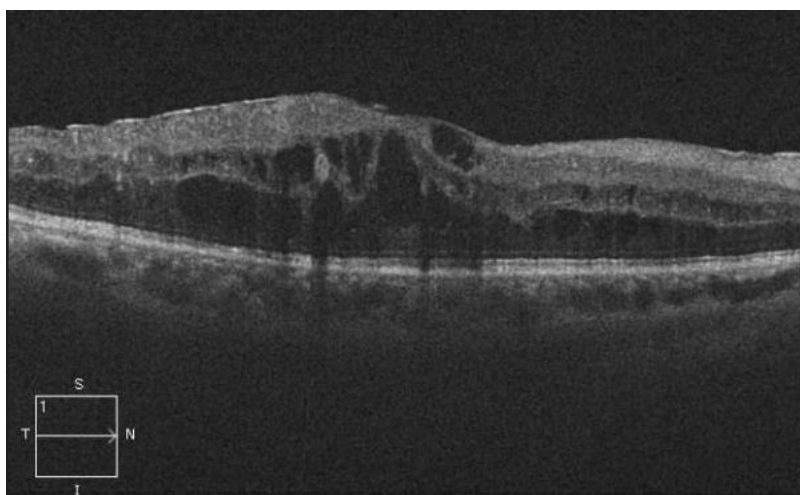
Paciente de 68 anos procura endocrinologista para acompanhamento de diabetes mellitus tipo 2. Relata ter diagnóstico há 17 anos, sempre com tratamento irregular e controle glicêmico insatisfatório. Encontra-se em uso de metformina 1.000 mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia e insulina NPH 30 UI, antes do café da manhã e, 20 UI, antes do jantar às 18h. Trouxe monitorização dos quatro dias antes da consulta conforme discriminado abaixo.

	Antes do café	Antes do almoço	Antes do jantar	Antes de dormir	3h da manhã
Segunda-feira	200	187	157	105	63
Terça-feira	214	169	149	138	75
Quarta-feira	197	140	164	129	47
Quinta-feira	248	203	174	156	72

Trouxe laudo de retinografia: Presença de microaneurismas e microhemorragias nos quatro quadrantes.

Sobre este caso, responda:

A) Qual a classificação da retinopatia apresentada pelo paciente (Valor 0,2)?



B) A imagem acima é de um exame trazido pelo paciente para avaliação do edema macular. Qual é este exame (não será aceita abreviatura) (Valor 0,2)?

C) Bevacizumabe e ranibizumabe são medicamentos utilizados para o tratamento do edema macular. Qual é a classe destes medicamentos (não será aceita abreviatura) (Valor 0,2)?

D) Em relação ao controle glicêmico, qual o nome do fenômeno/efeito que o paciente vem apresentando? Como ele poderia ser corrigido (sem trocar a insulina) (Valor 0,4)?



TEEM 2023

CASO 6

Menina, 6 anos de idade, vem à consulta trazida pela mãe por preocupação com sua estatura. A mãe refere que a criança “sempre foi menor que as colegas da escola”. Nascida a termo, com 3.300 kg e 50 cm, parto normal, sem intercorrências, porém a velocidade de crescimento já era inferior ao esperado após o primeiro ano. Desenvolvimento neuropsicomotor normal com bom aproveitamento escolar. Pai com 170 cm e mãe 169 cm.

Ao exame físico: fâcies atípica, M1P1. Sem estigmas sindrômicos ao exame físico, pressão arterial e exame físico cardiovascular normal.

Altura = 100 cm e peso = 16 kg.
Pressão arterial = 90 x 60 mmHg.
Relação segmento superior/segmento inferior: 1,2.
Exame de pele sem alterações.

Exames:

Teste de estímulo para GH com clonidina e insulina: pico de GH > 10 mcg/L em ambos os testes.

IGF-1 dentro dos limites da normalidade.
TSH: 2,64 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0 mUI/L) e T4L: 1,04 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9 ng/dL).

Glicose: 87 mg/dL; HbA1c = 4,9%.
Gama-GT, fosfatase alcalina e transaminases normais. Provas de função hepática (albumina, bilirrubinas e coagulograma normais).

LH: 0,2 mUI/mL e FSH: 3,3 mUI/mL; estradiol: < 10 pg/mL.

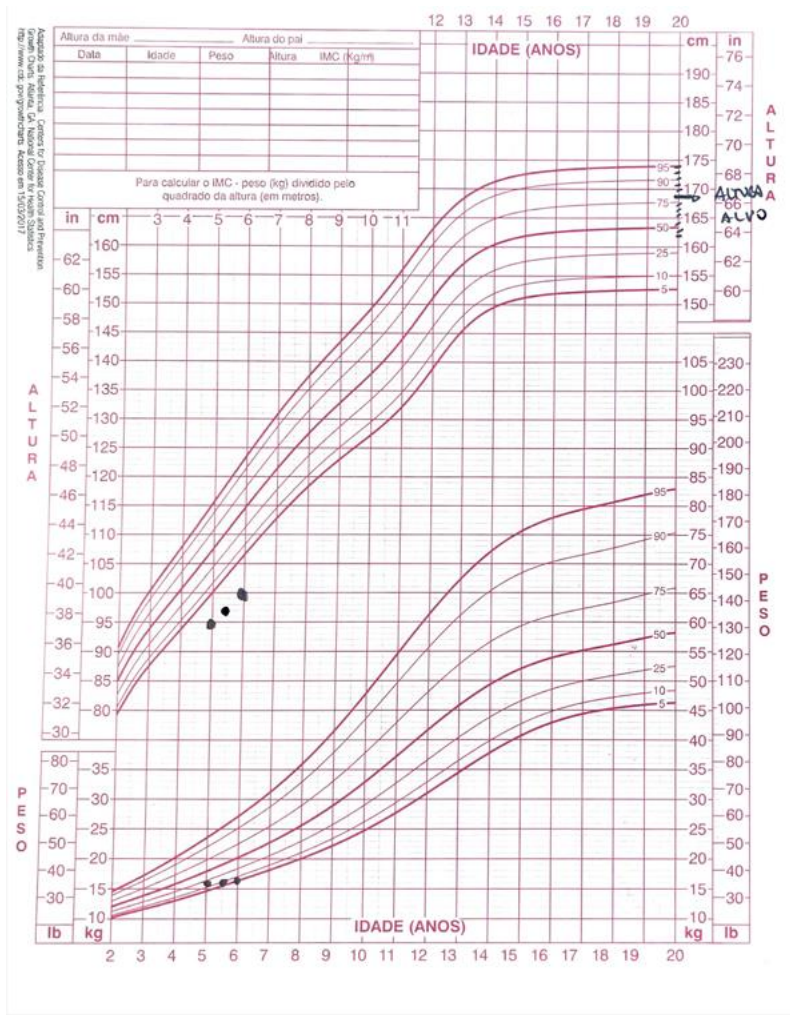
Radiografia de mãos e punhos: compatível com 5 anos de idade.

Cariótipo com banda G (50 células): 45X/46XY

Avaliação cognitiva sem alterações.

Curva de crescimento na imagem a seguir:





Sobre o caso acima e considerando o *Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting*, responda:

A) Qual o câncer de incidência aumentada, pela alteração do cariótipo, e sua conduta profilática (Valor 0,3)?

B) Cite três avaliações pendentes nesta paciente ao diagnóstico e um exame complementar para avaliação de cada uma delas (ainda não avaliados no caso acima) (Valor 0,3).



TEEM 2023

C) Faça a prescrição desta paciente (Valor 0,3).

D) Nove meses após o início do acompanhamento e tratamento, a paciente evoluiu com dor abdominal difusa, de caráter crônico, associada à diarreia pastosa (quatro a seis evacuações ao dia). Exame físico sem sinais de irritação peritoneal. Considerando as doenças associadas ao diagnóstico da paciente, cite a condição mais comum que deve ser especificamente avaliada neste caso (Valor 0,1)?



CASO 7

Mulher, 55 anos de idade, procura atendimento endocrinológico por aumento progressivo de pelos corporais associado à alopecia de dois anos de evolução. Menopausa espontânea há quatro anos, sem uso de terapia hormonal. Nega fogachos ou sintomas da síndrome genitourinária da menopausa. Relata diagnóstico aos 20 anos de idade de síndrome dos ovários policísticos (SOP) devido a oligomenorreia e morfologia policística ovariana (não apresentava hiperandrogenismo clínico quando identificado a SOP). Refere aumento de massa muscular e perda de gordura mamária com leve mudança no timbre da voz. Nega aparecimento de estrias pigmentadas.

História médica pregressa: Tolerância diminuída à glicose, em uso de metformina XR 1.700 mg/dia. Dislipidemia em uso de sinvastatina 40 mg/dia. Nega uso de qualquer outra medicação na forma oral, tópica ou por implante.

História ginecológica: Menarca aos 11 anos de idade, irregularidade menstrual (seis a sete ciclos por ano), uso de contraceptivo hormonal combinado dos 20 aos 28 anos de idade (etiniletradiol 30 mcg + gestodeno 75 mcg). Duas gestações, dois partos, nenhum aborto (G2P2A0).

Exame físico:

Peso 84,4 kg, altura 152 cm, IMC: 36,53 kg/m², circunferência abdominal 113 cm.

Pressão arterial 130 x 70 mmHg

Acantose *nigricans* cervical, alopecia (padrão Ludwig-III), hirsutismo (Escore Ferriman-Gallwey modificado de 18).

Clitóris: 1,7 cm comprimento por 1,5 cm de diâmetro.



Exames complementares:

Hematócrito 38,6 %; hemoglobina 13,2 g/dL; glicemia de jejum 103 mg/dL; hemoglobina glicada 5,9%; colesterol total 152 mg/dL; HDL colesterol: 57 mg/dL; triglicerídeos: 125 mg/dL; LDL calculado (Martin): 74 mg/dL; taxa de filtração glomerular estimada (CKD-EPI): 68 mL/min/1,73 m².

Testosterona total (método: quimioluminescência): 349 ng/dL (primeira amostra) e 269 ng/dL (segunda amostra = duas semanas após a primeira). (VR: até 63 ng/dL).

Sulfato-DHEA: 27,5 µg/dL (VR: 8,9 a 205 µg/dL).

17OH-progesterona: 15,0 ng/dL (VR: 13 a 51,0 ng/dL).

LH: 45,1 UI/mL; FSH: 76,8 mUI/mL.

Prolactina: 11,8 ng/mL (VR: 1,8 a 20 ng/mL).

TSH: 2,64 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0 mUI/L) e T4L: 1,04 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9 ng/dL).

Teste de supressão com 1 mg dexametasona overnight: 0,8 µg/dL.

US transvaginal: ovário direito 12 cm³ e ovário esquerdo 21 cm³. Espessamento endometrial de 0,8 mm.

TC adrenais: sem alterações.

Com relação ao caso clínico acima, responda as perguntas abaixo:

A) Qual é a principal hipótese diagnóstica tendo como base os dados clínicos e de exames complementares (Valor 0,3)?

B) Com base na principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento indicado para a paciente (Valor 0,2)?

C) Como você classificaria o resultado de escore Ferriman-Gallwey modificado desta paciente? (Valor 0,2)

D) Cite dois possíveis tratamentos **orais** que possam auxiliar no manejo dos pelos corporais (Valor 0,3).

CASO 8

Menina, 15 anos e 5 meses de idade, com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) desde os 8 anos de idade, com irregularidades nas consultas e na adesão à insulino-terapia proposta. Refere estar se sentindo deslocada na escola, pois ainda não apresentou sinais de puberdade, além de ter a impressão de “não crescer mais” há alguns anos.

Ao exame clínico – altura: 1,8 DP; peso: 1,2 DP; altura-alvo em: + 0,1 DP (curva OMS). M1P1. Presença de hepatomegalia palpável à 3 cm do rebordo costal à direita, indolor, sem refluxo hepatojugular. Ausência de aranhas vasculares, ascite ou icterícia. Sem edema de membros inferiores.

Aos exames – HbA1c: 11,2%; TGO e TGP: três vezes acima do limite superior da normalidade; Gama GT, TAP, TTPA, bilirrubinas, albumina sérica e fosfatase alcalina normais. Função renal normal; hemograma e lipidograma sem alterações. Relação urinária albumina/creatinina = 12 mg/g.

GH: > 40 mcg/L (VR: até 8 mcg/L); IGF-1: 80 mUI/L (VR: 90-250).

FSH, LH e estradiol: indetectáveis.

Prolactina: 15 ng/mL (VR: 10 a 30 ng/mL).

TSH: 1,6 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0 mUI/L) e T4L: 1,4 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9 ng/dL).

Você pede uma interconsulta com a gastroenterologia, que exclui hepatite autoimune pelas sorologias, e solicita uma biópsia hepática.

Anatomopatológico de biópsia hepática: presença maciça de depósitos de glicogênio em hepatócitos, pela coloração do Ácido Periódico de Schiff (PAS). Ausência de gotículas lipídicas em macrófagos.

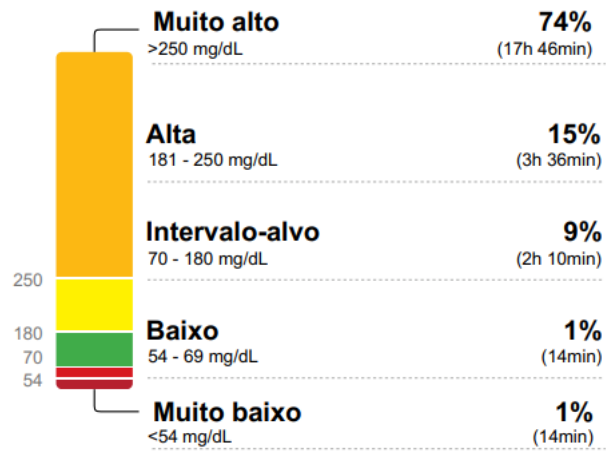
Com base no quadro clínico, responda aos seguintes questionamentos:

A) Qual a síndrome clínica apresentada por esta paciente que está associada ao mau controle metabólico do DM1 (Valor 0,15)?

B) Qual a provável causa da disfunção do eixo somatotrófico (Valor 0,15)?

C) Qual a conduta mais apropriada para recuperação da velocidade de crescimento (Valor 0,2)?

D) Considerando o gráfico abaixo retirado de sistema *flash* de monitorização da glicose, quais seriam os alvos recomendados para esta paciente conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (Valor 0,3)?



E) Em qual compartimento corporal o sistema de monitorização *flash* tem seu sensor inserido e realiza as medidas de glicose (Valor 0,1)?

F) Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), qual seria o alvo de variabilidade glicêmica/coeficiente de variação para esta paciente (Valor 0,1)?



TEEM 2023

CASO 9

Homem, 46 anos de idade, em consulta com endocrinologista para avaliação do seu perfil lipídico, descreve alimentação balanceada e prática de atividade física quatro vezes por semana. Tem um irmão de 57 anos de idade que já foi submetido a angioplastia com colocação de dois stents farmacológicos e seu pai teve um infarto agudo do miocárdio com 53 anos de idade.

Ao exame – peso: 74 kg; altura: 170 cm; IMC: 25,6 kg/m²; cintura: 83 cm; PA: 120 x 70 mmHg. Sem outros dados relevantes no exame físico.

Exames recentes (coletados com 12 horas de jejum) – glicose: 89 mg/dL; HbA1c: 5,3%; colesterol total: 260 mg/dL; HDL: 33 mg/dL; triglicérides: 285 mg/dL; Lp(a): 12 mg/dL (VR: até 30 mg/dL).

Tem dois exames semelhantes realizados há dois e seis anos e tanto seu irmão quanto seu pai têm exames semelhantes.

Sobre o caso acima, responda:

A) Considerando as dislipidemias primárias, qual a hipótese diagnóstica mais provável para o paciente (Valor 0,2)?

B) Qual exame de imagem com o maior valor preditivo negativo poderia ser utilizado para avaliação do risco cardiovascular (Valor 0,2)?

C) Considerando que após a realização do exame acima o paciente foi classificado com alto risco cardiovascular, você resolve iniciar rosuvastatina 20 mg/dia. Sobre esta medicação, responda:

C.1) Em qual célula age a rosuvastatina (Valor 0,15)?

C.2) Qual a enzima inibida pela rosuvastatina (Valor 0,15)?

D) Como o paciente não atingiu a meta de 70 mg/dL do LDL colesterol, você resolve associar ezetimiba 10 mg ao tratamento. Sobre esta medicação, responda:

D.1) Em qual célula age a ezetimiba (Valor 0,15)?

D.2) Qual o nome do receptor presente na membrana celular inibido pela medicação (Valor 0,15)?



CASO 10

Menino, 2 anos de idade, chegou ao consultório apresentando pubarca, macrogenitossomia, hipertrofia muscular e aumento da velocidade de crescimento, observados desde o primeiro ano de vida. Na ocasião, P3G1 (sem alterações na palpação testicular), estatura elevada para a idade, com desvio-padrão (DP) de +3,9, idade óssea avançada de 7 anos de idade.

Retorna para segunda consulta com exames laboratoriais – 17-hidroxiprogesterona (17-OHP): 5400 ng/dL (VR: 5-100 ng/dL); DHEA-S: 240 µg/dL (VR: <30 µg/dL); androstenediona: 5,9 ng/mL (<0,2 ng/mL); sódio e potássio de 136 mEq/L e 3,9 mEq/L, respectivamente.

Nessa ocasião, foi iniciado tratamento com prednisona 5 mg/dia. O paciente nunca aderiu ao tratamento, perdendo o seguimento após um ano e meio por condições socioeconômicas desfavoráveis. Refere puberdade completa aos 9 anos de idade. Desde então, apresenta estatura de 143,5 cm (DP: -5,6).

Aos 18 anos de idade, retorna ao consultório referindo crescimento progressivo dos testículos há cerca de um ano. Relata uso irregular da prednisona com suspensão da mesma por longos períodos (seis meses a um ano). À palpação, apresentava testículos com volume aumentado (direito medindo 6,5 x 6,2 x 7,3 cm, e o esquerdo 7,0 x 5,4 x 3,7 cm), de consistência endurecida, com formações nodulares indolores na superfície.

Sobre o caso acima, responda:

A) Qual o diagnóstico do paciente realizado aos dois anos de idade após a avaliação clínica e laboratorial (Valor 0,2)?

B) Cite outros dois diagnósticos diferenciais baseados exclusivamente na história clínica da primeira consulta (Valor 0,2).

C) Qual o diagnóstico da alteração testicular do paciente aos 18 anos de idade (Valor 0,2)?

D) Cite um exame que deveria ser solicitado para a investigação deste paciente em relação ao diagnóstico do item C (Valor 0,2).

E) Cite duas opções terapêuticas para o tratamento deste paciente em relação ao diagnóstico do item C (Valor 0,2).

