

01. Das diversas formas de Hiperplasia Adrenal Congênita, qual forma NÃO cursa com genitália ambígua em meninos?

- A) Deficiência da 3 β - hidróxi-esteroide-desidrogenase
 - B) Deficiência da 17 alfa-hidroxilase
 - C) Hiperplasia Adrenal lipoide
 - D) Deficiência da 21 hidroxilase
 - E) Deficiência de 18-beta-liase
-

02. Durante o plantão, paciente de 4 anos, recém-diagnosticado com DM1, apresenta no controle realizado antes do almoço, HGT 62 mg/dl; estava assintomático. Qual a conduta adequada?

- A) Como paciente assintomático, apenas aguardar a refeição.
 - B) Como paciente assintomático, aguardar a refeição, mas repetir glicemia após 1 hora.
 - C) Como paciente assintomático, oferecer carboidrato de absorção rápida e avaliar glicemia após 15 a 30 minutos.
 - D) Em crianças internadas, a correção de hipoglicemia se faz com 1-2ml/kg de G10% ou 25% EV em 1 hora.
 - E) Apesar de assintomático, devem ser oferecidos imediatamente carboidratos de rápida absorção, e se, após 15 minutos, a glicemia não normalizar, faz-se um push com 1-2ml/kg de G10% ou 25% EV em 1 hora.
-

03. Paciente com 7 anos de idade apresenta há 15 dias poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (+- 2kg em 15 dias). Foi atendido na emergência pediátrica, realizado glicemia ao acaso (glicemia 248mg/dl), sumário de urina (cetonúria negativa) e, ao exame físico: EGB, eupneico, corado, acianótico, pulsos presentes, boa perfusão, hidratado, consciente e orientado. ACV: RCR, em 2T sem sopros. FC 88 bpm. AR: MV + em AHT, sem RA. FR 14 ipm. Abd: depressível, indolor.

Qual conduta deve ser realizada?

- A) Como o paciente não tem diagnóstico de cetoacidose diabética, apenas se deve orientar a família para agendar consulta com especialista, endocrinologista pediátrico.
 - B) Para confirmar o diagnóstico, é necessário realizar a glicemia em jejum, pois são necessários dois exames alterados.
 - C) Fazer insulina regular na emergência e depois orientar a família para agendar consulta ambulatorialmente.
 - D) Iniciar insulino terapia, NPH 0,3-0,5 UI/kg/dia e regular pré-prandial e considerar internamento.
 - E) Para o diagnóstico de diabetes nessa faixa etária, é necessário que o paciente tenha, pelo menos, uma hemoglobina glicada acima de 6,5%.
-

04. Em relação à insulino terapia no paciente com DM1, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O uso de análogos de ação ultrarrápida aumenta os episódios de hipoglicemia.
 - B) O uso de análogos de ação prolongada não apresenta benefício em relação à variabilidade glicêmica em comparação com a insulina NPH.
 - C) Para evitar os episódios de hipoglicemia, a NPH deve ser dividida em 2 a 3 tomadas, devendo a dose noturna ser aplicada antes do jantar, por ser uma refeição com uma quantidade maior de carboidrato que a ceia.
 - D) A hipoglicemia grave é mais frequente, com o tratamento intensivo.
 - E) O uso de insulina NPH associada à insulina regular causa menos instabilidade glicêmica que o uso de análogos de lenta absorção associado com análogos de rápida absorção.
-

05. Em relação ao Hipotireoidismo Congênito (HC), assinale a alternativa CORRETA.

- A) É o distúrbio endócrino congênito mais frequente, sendo a causa mais comum de retardo mental, que pode ser prevenida.
 - B) Sobre as causas de HC permanente, a mais frequente é a disgenesia tireoideana, seguida do hipotireoidismo central e, menos frequente, da disormonogênese.
 - C) A manifestação clínica mais frequente é o baixo peso ao nascer.
 - D) A idade ideal para a coleta da triagem neonatal é após 7 dias de vida.
 - E) O uso de glicocorticoides e o de dopamina podem alterar o resultado do teste do pezinho, causando resultado falso-positivo.
-

06. Em relação ao tratamento do hipotireoidismo congênito, é CORRETO afirmar que

- A) o objetivo do tratamento é manter o T4 ou T4 livre na metade superior do valor de referência do exame e o TSH suprimido.
- B) o tratamento de escolha deve ser feito com triiodotironina (T3), pois este é o hormônio biologicamente ativo.
- C) a absorção da levotiroxina (L-T4) é reduzida com a ingestão de alimentos e preparações contendo ferro ou cálcio.
- D) antes de se iniciar o tratamento, deve-se realizar exames para avaliar a etiologia do hipotireoidismo congênito, adiando-se o início do tratamento até a realização desses exames.
- E) a idade ideal para iniciar o tratamento e evitar dano cerebral é até 20 dias de vida.

07. Sobre puberdade precoce, é CORRETO afirmar que

- A) ocorre quando há aparecimento de pelos pubianos antes dos 7 anos, no sexo feminino.
- B) pode ocorrer devido a tumor de células de Leydig ou a gonadoblastoma.
- C) só pode ocorrer, se houver ativação do eixo hipotalâmico hipofisário.
- D) é caracterizada no sexo masculino por aumento do volume testicular abaixo de 10 anos de idade.
- E) em meninas, a causa mais frequente é o hamartoma hipotalâmico.

08. Todas as alternativas abaixo são fatores que estimulam a liberação do GH, EXCETO

- A) Somatostatina.
- B) Hipoglicemia.
- C) GHRH.
- D) Dopamina.
- E) Hormônios tireoideanos.

09. Qual alternativa contém diagnósticos diferenciais de paciente com baixa estatura associada com obesidade?

- A) Pseudo-hipoparatiroidismo e síndrome de Silver-Russell
- B) Insensibilidade ao GH e ao IGF-1
- C) Pseudo-hipoparatiroidismo e síndrome de Prader-Willi
- D) Síndrome de Turner e hipocortisolismo
- E) Hipocortisolismo e Síndrome de Prader-Willi

10. A pirâmide alimentar é um instrumento prático, elaborado com o intuito de facilitar profissionais de saúde e cuidadores de crianças na escolha/montagem de um 'prato saudável', muito embora este seja um instrumento subutilizado na prática diária.**Sobre a pirâmide alimentar, é INCORRETO afirmar que**

- A) é composta por 5 (cinco) níveis, sendo a base representada pelos cereais, tubérculos e raízes.
- B) alimentos de um mesmo grupo ou nível da pirâmide podem ser substituídos entre si.
- C) no nível 2, encontram-se frutas, verduras e legumes.
- D) no topo da pirâmide, estão óleos, gorduras e açúcares.
- E) leguminosas estão no mesmo nível de leite e derivados lácteos.

Caso clínico para as questões 11 e 12

Lactente masculino de 7 meses e 5 dias de vida, nascido a termo, é atendido pela primeira vez, no ambulatório de puericultura de um hospital de referência em Recife. A família mudou-se de uma cidade do Agreste para a capital há poucos dias. No atendimento, além de questionar sobre o parto, alimentação, vacinação e desenvolvimento do menor, a médica pediatra percebeu anemia (2+/4+) como único achado significativo ao exame físico.

Dados antropométricos ao nascimento: Peso: 2.750 g / Comprimento: 48 cm / Perímetro cefálico: 34 cm

Dados antropométricos atuais: Peso e comprimento entre -1 e -2 DP das curvas da OMS de peso por idade em meninos e comprimento por idade em meninos, respectivamente.

11. Em relação aos aspectos antropométricos do lactente, admitindo crescimento médio normal, mesmo sem verificar os gráficos de crescimento, é CORRETO afirmar que

- A) o perímetro cefálico esperado para o menor é aproximadamente de 40 cm no momento da consulta.
- B) com os dados fornecidos sobre peso e comprimento atuais, o menor poderá encontrar-se com risco de sobrepeso na curva do IMC (Índice de Massa Corpórea) da OMS.
- C) uma boa estimativa atual de peso para o menor, em função dos dados de nascimento e da consulta do 7º mês, é de aproximadamente 8.700 g.
- D) o menor apresenta baixa estatura para a idade no momento da consulta, apesar de ter nascido com um comprimento adequado.
- E) pelos dados fornecidos, tanto o peso quanto o comprimento do menor encontram-se à esquerda da mediana das curvas de peso x idade e comprimento x idade para o sexo masculino, respectivamente.

12. Na anamnese alimentar do lactente, a pediatra identificou que ele foi amamentado apenas nos primeiros 15 dias de vida, recebendo leite integral, desde então, com adição de cereais. Até o momento, não tinha recebido orientações da introdução do cardápio alimentar. Não está fazendo uso de nenhum suplemento. Genitora nega história de doenças hematológicas na família. Teste do pezinho normal.

Diante da principal causa da anemia do menor em questão, o único resultado de exame que NÃO esperamos encontrar é o seguinte

- A) níveis aumentados de hepcidina.
- B) hemoglobina abaixo de 11 g/dL.
- C) zinco-protoporfirina eritrocitária livre elevada.
- D) aumento dos receptores séricos de transferrina.
- E) baixa concentração de hemoglobina no reticulócito.

13. Escolar de 9 anos é levado à emergência de um hospital de referência pelos seus pais devido à importante poliúria e polidipsia há 2 semanas. Relato de cefaleia e vômitos também chamaram atenção dos pais da criança. Após examinar o menor e colher uma glicemia capilar (125 mg/dL), o pediatra encaminhou, com urgência, ao setor de radiologia para a realização de uma Tomografia do encéfalo. Devido à urgência do caso, o médico radiologista liberou o laudo, sendo craniofaringioma a maior possibilidade diagnóstica.

Sobre esse caso, provavelmente encontraremos:

- I. Osmolalidade plasmática superior a 300 mOsm/kg
- II. Osmolalidade urinária menor que 300 mOsm/kg
- III. Hipoprodução de vasopressina pela hipófise

Está INCORRETO o que se afirma em

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

14. Uma criança do sexo feminino de 7 anos, 30 kg, vítima de politraumatismo, apresenta-se internada em UTI Pediátrica, em suporte ventilatório, no 3º dia pós-operatório de jejunostomia e colostomia devido à perfuração de alças intestinais. Além dessas complicações, apresentou contusões hepática e esplênica e necessitou, também, de drenagem de volumoso hemotórax à direita. Encontra-se atualmente séptica, com provável origem de foco abdominal, fazendo antibioticoterapia e droga vasoativa. Iniciou nutrição parenteral (NPT) há 24 horas. A diurese e os volumes drenados totais do dia anterior foram de 800 ml e 400 ml, respectivamente.

Em relação à NPT dessa criança, analise as afirmativas abaixo:

- I. A necessidade (ideal) energética diária desse paciente é de 60 kcal para cada 100 ml de volume oferecido.
- II. Em função da contusão hepática, não devemos ofertar mais do que 0,5 g/kg/dia de lipídios nas primeiras 48 horas da NPT; caso a função hepática esteja normal, aumentar gradativamente a oferta desse macronutriente.
- III. Em caso de indisponibilidade de acesso venoso central, a NPT poderá ser feita em acesso periférico, desde que a osmolaridade não ultrapasse 990 mOsm/L.
- IV. O uso de aminoácidos de cadeia ramificada não está indicado no caso em análise.

V. Por estar em estado hipercatabólico e objetivando promover o anabolismo ou, ao menos, minimizar o catabolismo, a relação entre nitrogênio e calorias não proteicas deve estar entre 1:90 até 1:150.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) I e IV estão incorretas.
- B) I, II e V estão incorretas.
- C) Apenas IV e V estão corretas.
- D) Apenas uma está correta.
- E) II, III e V estão incorretas.

15. “A Cetoacidose Diabética (CAD) é uma causa frequente de admissão em emergência ou Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) e, mesmo nos dias atuais, apresenta alta morbidade e mortalidade”.

A fisiopatologia dessa doença é conhecida há anos, contudo as complicações permanecem elevadas, muito provavelmente por falta do real entendimento das alterações bioquímicas que a CAD promove no organismo dos acometidos.

Sobre esse tópico específico, analise as assertivas abaixo:

- I. Hipofosfatemia é uma alteração não rara na CAD, e isso porque a acidose desvia o fósforo do compartimento intracelular para o extracelular, favorecendo a excreção deste na urina, em um cenário de diurese osmótica importante.
- II. A acidose metabólica na CAD é do tipo *anion gap* (AG) aumentado, e o cálculo deste é feito pela fórmula: $AG = Na - (HCO_3 + Cl)$. São determinantes para esse achado os *status* de hiponatremia, associado a baixos valores de bicarbonato sérico, sempre encontrados em pacientes com CAD.
- III. Uma dosagem de potássio normal no início do quadro de CAD pode ser justificada pela glicogenólise e pela proteólise, decorrentes da deficiência de insulina, promovendo a saída desse eletrólito do meio celular para o líquido extracelular.
- IV. A osmolaridade plasmática, a qual pode ser obtida pela fórmula $[(Na + K) \times 2] + (glicemia/18)$, encontra-se bem elevada, o que promove a movimentação da água livre do interior das células para o espaço extracelular.

Podemos afirmar que

- A) existe, apenas, uma incorreta.
- B) existe, apenas, uma correta.
- C) II e IV estão corretas.
- D) todas estão incorretas.
- E) apenas I e III estão incorretas.

16. “Ao longo das últimas décadas, a prevalência das doenças alérgicas tem aumentado em todos os países do mundo, aproximadamente 6% das crianças com idade inferior a 3 anos e cerca de 4% dos adultos sofrem com muitas desordens alérgicas causadas por alimentos.” MELLO, E. D.; PINTO, A. P. R. Alergia alimentar ao trigo. Int J Nutrol, v. 12, 13-17, 2019.

Em relação ao título desse artigo, analise as assertivas abaixo:

- I. Testes sorológicos, em especial a positividade do anticorpo antitransglutaminase tecidual, são fundamentais para a confirmação do diagnóstico de alergia ao trigo, pois a sensibilidade à antigliadina é menor.
- II. Biópsia da parte proximal do intestino delgado pode ser importante para o diagnóstico de alergia alimentar ao trigo, em especial se for identificado atrofia vilositária e hiperplasia de criptas.
- III. Mesmo com os avanços científicos, o teste de provocação oral sob supervisão de profissionais de saúde é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico em questão.

É CORRETO afirmar que

- A) todas são corretas e plausíveis para investigar a doença em questão, contudo a sequência da investigação deverá ser exatamente as descritas em I, II e III, respectivamente.
- B) apenas a III está correta.
- C) I e II descrevem os métodos rotineiros de investigação da doença, enquanto a III está reservada para identificar aquelas crianças que se tornaram tolerantes ou não.
- D) de acordo com as orientações atuais dos guidelines, a II deve ser evitada em função dos riscos inerentes ao procedimento endoscópico.
- E) o exame com maior sensibilidade e especificidade não foi citado nas assertivas acima. Seria a pesquisa de HLA DQ2 e DQ8 os exames de primeira opção, quando possíveis.

17. Adolescente de 13 anos, masculino, previamente hígido queixa-se de febre há 10 dias associada à dor em joelho direito e punho esquerdo. Há 24 horas, vem apresentando tosse seca e falta de ar. Relata que há 3 semanas apresentou dor de garganta e ficou bem com o uso de ibuprofeno. Dados positivos do exame físico: dor à mobilização do joelho direito e do punho esquerdo, sem limitação na amplitude do movimento, nem calor ou hiperemia local. Aparelho respiratório com estertores finos em bases e FR: 40irpm. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em 3 tempos, frêmito palpável em foco mitral e sopro holossistólico (4+/6+) em foco mitral com irradiação para axila, FC: 120bpm, PA: 110x70mmHg, pulsos cheios, extremidades aquecidas. Abdome: fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito.

Qual a melhor combinação de exames complementares e tratamento inicial para o caso dentre as alternativas abaixo?

- A) ASO, Rx de tórax, ECG e ecocardiograma / ácido acetilsalicílico, furosemida e captopril.
- B) ASO, PCR, VHS, Rx de tórax, ECG e ecocardiograma / prednisona e furosemida.
- C) Cultura de orofaringe, PCR, VHS, Rx de tórax e ECG / ácido acetilsalicílico, furosemida e carvedilol.
- D) Cultura de orofaringe, Rx de tórax, ECG e ecocardiograma / prednisona, furosemida e digoxina.
- E) Cultura de orofaringe, ASO, PCR, VHS, Rx de tórax e ECG / prednisona, ácido acetilsalicílico, furosemida e carvedilol.

18. Em relação à suplementação de vitaminas/minerais na pediatria, analise as afirmativas abaixo:

- I. Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não, devem receber 1 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 3º mês de vida, até completar 24 meses.
- II. Recomenda-se a profilaxia com 4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias de vida durante um ano e, após esse período, 1mg/kg/ dia por mais um ano aos recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000g.
- III. Crianças em uso de fenobarbital, glicocorticoides e antirretrovirais têm elevado risco de deficiência de vitamina D devendo, portanto, receber, ao menos, 600 UI/dia dessa vitamina e ser monitoradas periodicamente.
- IV. Em função da epidemia de sarampo, o Ministério da Saúde recomenda o uso de 200.000 UI de vitamina A em crianças com suspeita de sarampo, de 0-12 meses, sendo essa suplementação feita em duas doses: uma na suspeita e a segunda no dia seguinte.

Está INCORRETO, apenas, o que se afirma em

- A) IV.
- B) III.
- C) III e IV.
- D) II e III.
- E) I e IV.

19. Escolar de 8 anos, feminino, é levada à Emergência Pediátrica, com história de febre intermitente há 21 dias, além de astenia, anorexia, perda de peso (não sabe dizer quantos quilos). Dados positivos no exame físico: palidez 2+/4+, fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito e baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo.

Sobre esse caso, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Se o hemograma evidenciar pancitopenia, o exame complementar mais urgente a ser realizado em seguida é a dosagem do FAN (fator antinúcleo ou anticorpos antinucleares).
- B) Se o hemograma evidenciar anemia e plaquetose, deve ser solicitado FR (fator reumatoide) para fechar o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil.
- C) Devido à febre prolongada, deve ser iniciada antibioticoterapia empírica de amplo espectro, com ceftriaxona 100mg/kg/dia.
- D) Se houver evolução com diarreia e enterorragia, a realização de mielocultura está indicada para investigação de febre tifoide.
- E) Se houver linfonodomegalia cervical, deve ser realizado mielograma para afastar a possibilidade de linfoma de Hodgkin.

20. A glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica é a glomerulopatia mais comum da infância e apresenta-se caracteristicamente por meio de edema, hematúria e hipertensão.

A respeito dessa doença, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de uma complicação tardia e não supurativa de piodermite ou amigdalite, causada pelo *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo B.
- B) Lesão renal aguda é a complicação mais comum, seguida de congestão circulatória e encefalopatia hipertensiva.
- C) A presença de proteinúria > 50mg/kg/dia no diagnóstico indica a realização de biópsia renal.
- D) O tratamento inclui restrição hídrica e salina que está indicada para todos os casos.
- E) Na presença de hipertensão arterial sistêmica, deve-se iniciar medicação hipotensora, como a hidralazina.

21. Uma paciente de 45 anos procura avaliação médica por notar aumento da tireoide há cerca de 5 meses. Tinha nódulo evidente em lobo esquerdo ao exame da tireoide, medindo aproximadamente 2,0 cm, o qual foi confirmado pelo USG que já trazia, mostrando nódulo sólido de 2.1 x 1.8 x 1,0 cm em polo superior do lobo esquerdo, bem delimitado, sem calcificação e doppler mostrando vascularização central e periférica. A função tiroideana mostrava TSH 0.09 mUI/ml e T4I normal.

Qual a melhor conduta nesse caso?

- A) Tratamento com radioiodo
- B) Lobectomia esquerda
- C) Cintilografia de tiroide com Iodo 131
- D) Punção aspirativa do nódulo guiada por Ultrassom
- E) Tratamento com tionamida e propranolol

22. Os inibidores da SGLT2 têm demonstrado resultados bem impactantes em relação aos benefícios cardiovasculares e renais, além do controle glicêmico. Podemos dizer que as medicações dessa classe de antidiabéticos liberadas para uso no Brasil oferecem ao paciente diabético todos os efeitos abaixo citados, EXCETO:

- A) Baixo índice de hipoglicemia.
- B) Grande perda de peso (> 10%).
- C) Redução da uricemia.
- D) Redução da albuminúria.
- E) Redução da hospitalização por insuficiência cardíaca.

23. Mulher de 35 anos com queixas de taquicardia, sudorese fria, sensação de ansiedade e turvação visual, sugerindo hipoglicemia há quase 2 anos. Negava uso de qualquer medicação. Na avaliação laboratorial, foram constatados os seguintes valores, aferidos em dois momentos distintos: Glicemia de jejum de 30 e 39mg/dL (VR: 70-100 mg/dl); insulina basal (dosados junto com a glicemia) de 450 e 400 U/L (VR:2-19 U/L); com peptídeo C de 2.3 e 3.5 ng/mL (VR: 0,36 -3.69ng/mL). Há cerca de 3 meses diagnóstico de hipertireoidismo [TSH suprimido, T4 Livre elevado (2x VR) e TRAB positivo (3x VR)] quando foi iniciado tratamento com Metimazol 20 mg/dia.

Considerando esses resultados, qual a hipótese mais provável nesse caso?

(VR= Valor de referência)

- A) Hipoglicemia hiperinsulinêmica por insulinoma
- B) Hipoglicemia autoinduzida por sulfonilureia.
- C) Hipoglicemia hiperinsulinêmica autoimune
- D) Hipoglicemia mediada por IGF-2
- E) Hipoglicemia hiperinsulinêmica por nesiodioblastose

24. O tratamento clássico do hiperparatiroidismo primário é a cirurgia. Todas as alternativas abaixo citadas contêm critérios, estabelecidos pelo último consenso, para tratamento do hiperparatiroidismo primário, EXCETO

- A) Idade acima de 50 anos.
- B) Os níveis de cálcio acima de 1 mg/dl do limite superior do valor de referência.
- C) Presença de nefrolitíase clínica ou nos achados de imagem (ultrassom, tomografia, radiografia).
- D) Presença de osteoporose na densitometria.
- E) Diminuição do clearance de creatinina < 60 ml/min.

25. São achados ultrassonográficos que sugerem benignidade em um nódulo tiroideano, segundo essa Classificação TI-RADS todos os abaixo citados, EXCETO:

- A) Hiperecogenicidade.
- B) Presença de macrocalcificações.
- C) Nódulos espongiiformes.
- D) Halo presente e fino.
- E) Formato do nódulo mais alto que largo.

26. Considerando um paciente com Taxa de Filtração Glomerular = 35 ml/min, podem-se usar as drogas antidiabéticas abaixo citadas, sem necessidade de ajustes, EXCETO

- A) Pioglitazona.
- B) Linagliptina.
- C) Liraglutida.
- D) Canaglifozina.
- E) Vildagliptina.

27. Mulher de 70 anos relata perda de peso, nervosismo, insônia, palpitações e intolerância ao calor há 2 meses. Histórico familiar de hipertensão, diabetes e bócio atóxico (mãe). Negava tireoidopatia, com exames anteriores, mostrando função tiroideana normal. Tem histórico de hipertensão, diabetes, dislipidemia e fibrilação atrial, com uso crônico de amiodarona (há 2 anos). Faz uso de losartana, hidroclorotizida, metoprolol, metformina, sitagliptina, dabigatana e atorvastatina. No exame físico, chamava atenção a taquicardia (FC = 104 bpm), tremor discreto nas mãos, normotensão (110 x 75 mmHg). Não tinha bócio ou proptose. Trazia exames de 15 dias anteriores mostrando hemograma normal, TSH suprimido (0.02 mUI/L) e T4L discretamente elevado [1.9(VR 05-1.5ng/dl)]. Foi solicitado cintilografia com captação de Iodo 123.

Qual o provável diagnóstico e achado da cintilografia?

- A) Tireotoxicose induzida por amiodarona, tipo I, com cintilografia mostrando baixa captação.
- B) Tireotoxicose induzida por amiodarona, tipo II, com cintilografia mostrando baixa captação.
- C) Tireotoxicose induzida por amiodarona, tipo I, com cintilografia mostrando captação aumentada.
- D) Tireotoxicose induzida por amiodarona, tipo II, com cintilografia mostrando captação aumentada.
- E) Tireotoxicose por doença de graves, com cintilografia mostrando captação aumentada.

28. Diversas alterações metabólicas estão associadas ao tratamento antirretroviral no paciente HIV positivo. Qual das alternativas abaixo contém informação INCORRETA?

- A) A dislipidemia causada pelo esquema antirretroviral é tipicamente mista, semelhante ao padrão de resistência insulínica, com aumento de triglicérides, diminuição do HDL e aumento do VLDL e LDL (diminuição do clearance do VLDL).
- B) Incidência de diabetes tipo 2 nos pacientes com HIV pode chegar a 4 vezes maior que na população geral.
- C) O tenofovir está associado à perda de massa óssea, por vários motivos, incluindo desenvolvimento de Síndrome de Fanconi nos indivíduos com HIV.
- D) A perda de massa óssea está associada mais ao uso dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos que aos inibidores de protease.
- E) As alterações metabólicas ligadas à terapia antirretroviral estão associadas ao aumento de eventos cardiovasculares, com maior número de infarto, segundo o estudo DAD.

29. Em relação ao feocromocitoma, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pacientes assintomáticos geralmente têm tumor pequeno e são mais bem diagnosticados pela dosagem de catecolaminas no sangue.
- B) Paraganglioma é o termo utilizado para designar o feocromocitoma extra-adrenal, mais comumente encontrado no abdômen.
- C) A dosagem de ácido vanilmandélico não é recomendada devido à alta frequência de resultados falso negativos.
- D) Deve ser rastreado nos pacientes com incidentaloma adrenal e nos parentes de primeiro grau de indivíduos com a doença.
- E) A maioria dos tumores é unilateral, benigna e cursa com hipertensão arterial sistêmica paroxística ou persistente.

30. A insuficiência ovariana prematura, associada à síndrome de Turner, está caracterizada por

- A) amenorreia secundária, com níveis baixos de gonadotrofinas e hipoestrogenismo.
- B) apoptose acelerada dos folículos ovarianos.
- C) ooforite linfocítica autoimune.
- D) número inicial de linfócitos insuficiente.
- E) deficiência na aromatase.

31. Sobre o tratamento da hipertrigliceridemia, é CORRETO afirmar que

- A) o ácido nicotínico consegue uma redução de 30% no nível de triglicérido e 35% no colesterol LDL, sendo muito útil na dislipidemia mista no diabético.
- B) o ômega-3 em doses elevadas (10g/dia) pode ser usado para tratamento da hipertrigliceridemia, pois consegue reduzir em até 20% os triglicédeos.
- C) o tratamento dietético e a mudança de estilo de vida devem ser o tratamento indicado para os indivíduos com hipertrigliceridemia grave (> 1000 mg/dl), pois as medicações são pouco efetivas nesse grupo de pacientes.
- D) os fibratos ainda continuam sendo a primeira linha para prevenção de pancreatite nos pacientes com hipertrigliceridemia grave, com redução de até 40%.
- E) nos pacientes com dislipidemia mista, o uso do fibrato ou ômega-3 deve ser prioritário, sendo a estatina utilizada como segunda medicação.

32. Diabético de 66 anos, com obesidade visceral (IMC 32,4 kg/m²), além de doença coronariana estabelecida (3 stents há 18 meses), doença renal (microalbuminúria e TFG de 66 ml/min) e esteatose hepática foi identificado com fratura em L3, causando importante lombalgia.

É CORRETO afirmar que a melhor conduta nesse paciente é a seguinte:

- A) Antes de qualquer nova mudança no tratamento, a dosagem de testosterona deve ser realizada, pois o hipogonadismo é causa relativamente comum no diabético, ainda mais com fratura estabelecida.
- B) Para esteatose nesse paciente, devem ser indicadas doses elevadas de pioglitazona.
- C) Deve ser evitado uso de Inibidores da SGLT2, pois aumenta muito o risco de fratura vertebral.
- D) O uso de um inibidor de DPP4 deve ser indicado nesse caso, pois, além de ser seguro do ponto de vista cardiovascular, mostra benefício para saúde óssea.
- E) Os análogos de GLP-1 têm demonstrado dados consistentes em redução de fraturas nos estudos de segurança cardiovascular e devem ser prioridade nesse caso, pois o paciente é coronariano.

33. Sobre tratamento da obesidade, a lorcaserina foi recentemente aprovada para uso no Brasil, como medicação antiobesidade. Sobre isso, é CORRETO afirmar que

- A) atua seletivamente, no receptor serotoninérgico 5-HT_{2B}, como antagonista.
- B) por atuar mais especificamente no receptor serotoninérgico 5-HT_{2B}, tem menor risco de valvopatia.
- C) nos estudos de aprovação, a lorcaserina demonstrou redução de HbA_{1c} (0,9%) nos pacientes diabéticos comparado ao placebo, conforme visto no estudo BLOOM-DM.
- D) a lorcaserina pode ser usada com outros, antidepressivos inibidores da recombinação da serotonina, pois atua em receptor específico diferente dos outros anfetamínicos.
- E) a perda de peso associada ao uso da lorcaserina foi muito expressiva, com redução média de 11% do peso corporal.

34. A anorexia nervosa é um transtorno alimentar, que se caracteriza por emagrecimento acentuado por um distúrbio da imagem corporal.

Sobre esse transtorno, é CORRETO afirmar que

- A) a amenorreia secundária, com hipogonadismo hipergonadotrófico é achado comum na doença.
- B) apresenta níveis elevados de GH e cortisol, mas níveis baixos de IGF1 e SDHEA.
- C) os níveis séricos de Ghrelina são baixos e se normalizam após o ganho de peso.
- D) os testes de função tiroideana podem mostrar padrão semelhante ao da síndrome do eutiroideo doente nos pacientes com anorexia nervosa.
- E) perfil lipídico com redução do colesterol total e LDL é quase universal.

35. Uma paciente de 25 anos procura avaliação médica por sintomas de taquicardia, sudorese, nervosismo e perda de 4 kg em 2 meses. Trazia TSH < 0,08 um/L.

Assinale a alternativa que indica a abordagem INCORRETA desse caso.

- A) A presença de dor à palpação da tireoide associada à cintilografia com baixa captação faz pensar no diagnóstico de tireoidite subaguda.
- B) A possibilidade de tireotropinoma fica afastada.
- C) A possibilidade de bócio multinodular é pouco provável nessa faixa etária.
- D) Tireoglobulina baixa é esperada na possibilidade de tireotoxicose factícia.
- E) Caso o TRAb seja negativo, afasta definitivamente a possibilidade de doença de Graves.

36. Paciente de 58 anos, menopausada desde os 50 anos, tabagista 15 maços/ano, com história de dislipidemia, hipertensão arterial e pênfigo (há cerca de 11 anos). Faz uso de azatioprina, losartana, hidroclorotiazida, paroxetina, atorvastatina e prednisona. Atualmente vem mantendo controle do pênfigo com 20 mg/dia de prednisona, mas já chegou a usar 80 mg. A suplementação de cálcio, vitamina D e alendronato (semanal) tinham sido prescritos há cerca de 3 anos, mas o uso é bastante irregular. Sedentária, sem exposição solar adequada e é intolerante à lactose. Atualmente tem IMC = 31 kg/m², sem história de quedas ou perda de altura. DMO realizada há 3 anos era normal e exames laboratoriais sem maiores alterações com 25OH-vitamina D= 23ng/ml. Na última semana, iniciou quadro de dor aguda em região lombar com ressonância identificando fratura em L2. Em relação a esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A Densitometria normal indica que a prescrição do alendronato não estava indicada corretamente.
- B) A suplementação de cálcio e vitamina D não era necessária desde o início do uso da prednisona.
- C) Como não havia história de fraturas no início do quadro, a indicação do alendronato estava errada.
- D) Nas recomendações dos últimos Guidelines, o uso do bisfosfonato nesse caso estaria indicado desde o início do tratamento com a prednisona, pois não havia indicação de parada programada do uso do corticoide.
- E) Os marcadores de turnover ósseo deveriam ter sido solicitados no início do tratamento, pois geralmente se elevam com o uso do corticoide e indicam o melhor momento para uso da terapia antirreabsortiva.

37. Para paciente com imagem sugestiva de macroadenoma com 3,5 cm, perda visual e prolactina de 80 ng/ml, todos os exames citados abaixo estão indicados, mas apenas um pode levar à modificação terapêutica. Assinale-o.

- A) Medida do GH basal
- B) Medida do cortisol à meia noite
- C) Medida da subunidade alfa
- D) Campimetria
- E) Medida da Prolactina com diluição de 1/100

38. O FRAX® é uma ferramenta desenvolvida para avaliação de risco de fratura na população, nos próximos 10 anos.

Em relação às suas limitações, podemos afirmar que apenas uma das características abaixo NÃO é pertinente. Assinale-a.

- A) Não especifica o número, local e gravidade de fraturas nos seus fatores de risco.
- B) Não considera o tempo de pós-menopausa.
- C) Quando considera a densitometria, não leva em conta a densidade mineral óssea da coluna, apenas do fêmur.
- D) Não faz menção à dose mínima de glicocorticoide que agrega fator de risco para fraturas.
- E) Não considera a intensidade de exposição de cada fator de risco.

39. A cirurgia bariátrica pode levar a diferentes graus de deficiência de micronutrientes, usualmente com complicações tardias. Assinale a alternativa que contém os micronutrientes que provocam as deficiências mais comuns após a cirurgia bariátrica.

- A) Vitaminas do complexo B, cálcio, Vitamina D, ferro e zinco.
- B) Vitamina A, complexo B, C, D e E.
- C) Ferro, fósforo, cálcio, magnésio, selênio, zinco e vitamina C.
- D) Vitamina A, complexo B, C, cálcio e ferro.
- E) Zinco, ferro, cálcio, vitaminas A e C.

40. A hipercalcemia é um achado laboratorial frequente e pode indicar diversas patologias com espectro clínico bem amplo. Entre as principais causas, temos o hiperparatiroidismo primário e a hipercalcemia humoral da malignidade. Entre as afirmativas abaixo, é CORRETO afirmar que

- A) usualmente o grau de hipercalcemia é maior no hiperparatiroidismo.
- B) a absorção intestinal e a reabsorção renal estão aumentadas no Hiperparatiroidismo primário e diminuídas na hipercalcemia da malignidade.
- C) os níveis de PTH e PTHrp são elevados no hiperparatiroidismo primário.
- D) duração dos sintomas é maior na hipercalcemia humoral da malignidade.
- E) a Hipofosfatemia está presente, apenas, no hiperparatiroidismo primário.

Homem de 64 anos procura atendimento médico para controle clínico da diabetes. Oligossintomático, referindo fadiga, disfunção erétil (com libido preservada) e sonolência excessiva durante a tarde. Diagnóstico há 10 anos, associado à hipertensão, obesidade, dislipidemia e osteoartrose de joelhos. Relata, também, esteatose hepática detectada em exame anterior. Tabagista (30 maços /ano), sedentário, consome álcool (3 x semana), com histórico familiar de diabetes e coronariopatia (pai teve IAM aos 55 anos). Vem em uso de Sinvastatina 20 mg, AAS 100 mg, Losartana 50 mg 2 x dia, Hidroclorotiazida 25 mg, Metformina 850 mg 2 x dia, Glibenclamida 5 mg.

Ao exame: IMC= 34.2kg/m², PA=145 X 85 mmHg, FC=96 bpm (ritmo sinusal), Circunferência abdominal=108 cm, sem edemas, monofilamento positivo no pé direito (região do primeiro metatarso D).

Traz os seguintes exames: Glicemia de jejum=148 mg/dl, HbA1c=8.2%, Creatinina= 0.6 mg/dl, Colesterol total= 214/ HDL=40/ LDL=137/ triglicerídeos=186 mg/dl, ácido úrico= 7.7 (2.5-7.0 mg/dl), TSH 1,8 (0.5-5.0 mUI/ml), Testosterona=180 ng/dl (165-753 ng/ml), TGO= 52 (5-40 U/L) / TGP=59 (7-56 U/L) / Ferritina= 665 (VR: 23-336ng/ml), PCR= 3.4 (VR< 3.0 mg/L). Pesquisa de microalbuminúria mostrou 78 (VR<30 mg/24h).

O caso clínico acima, se refere às questões de 41 a 45.

41. Sobre a conduta terapêutica para o diabetes nesse caso, é CORRETO afirmar que

- A) a melhor conduta é aumentar dose da metformina e glibenclamida, pois paciente tem indicação de manter hemoglobina glicada menor que 7,0% a todo custo.
- B) se deve associar pioglitazona, pois pode melhorar o perfil lipídico, glicêmico e pressórico (efeitos pleiotrópicos da droga).
- C) os inibidores da SGLT2 podem ser mais úteis nesse caso, pois perdem peso, diminuem a pressão arterial, a microalbuminúria e hiperuricemia, além do controle glicêmico.
- D) se deve associar um Inibidor de DPP4 ao esquema em uso, pois potencializará o efeito da sulfonilureia, sem causar hipoglicemia, além de ajudar a reduzir a microalbuminúria.
- E) a melhor conduta é associar insulina, com o objetivo de manter hemoglobina glicada menor que 7,0%, pois é a droga mais potente para o controle glicêmico e potencializará o efeito da sulfonilureia.

42. Em relação ao caso anterior, quanto às queixas de disfunção erétil e o nível de testosterona, é CORRETO afirmar que

- A) o paciente tem hipogonadismo, pois tem níveis baixos de testosterona, sendo suficiente para definir tal condição clínica nesse caso, independente dos sintomas.
- B) a queixa de disfunção erétil confirma o diagnóstico de hipogonadismo, sendo mais específica que a diminuição da libido para o diagnóstico clínico de hipogonadismo no paciente diabético.
- C) o paciente diabético com hipogonadismo se beneficia da reposição de testosterona, independente dos sintomas, pois a reposição de testosterona diminui eventos cardiovasculares na população diabética.
- D) tanto os sintomas somáticos (astenia, sonolência) quanto os sexuais (disfunção erétil) têm o mesmo peso na indicação da reposição da testosterona.
- E) em pacientes hipogonádicos com diabetes tipo2, o risco de morte por doença cardiovascular foi o dobro daqueles observados nos pacientes eugonádicos.

43. Considerando o controle lipídico do paciente no caso acima, é CORRETO considerar que a paciente tem indicação

- A) de manter a sinvastatina e associar ômega-3 para tratamento da dislipidemia mista, conforme os resultados do estudo REDUCE-IT.
- B) de aumentar a dose da sinvastatina para dose máxima tolerada.
- C) de trocar por estatina de alta potência (rosuvastatina ou atorvastatina) nas doses adequadas, objetivando encontrar LDL < 70 mg/dl, pois tem risco elevado de evento cardiovascular em 10 anos.
- D) imediata, de trocar sinvastatina por associação sinvastatina e ezetimibe, com base nos resultados do estudo IMPROVE-IT.
- E) de associar fibrato, mantendo a dose da sinvastatina, pois tem dislipidemia mista, sendo o foco o controle do triglicérido, além do colesterol.

44. Considerando a obesidade e esteatose hepática associadas ao paciente do caso acima, é CORRETO afirmar que

- A) é indicado o uso de inibidores de SGLT2 e análogo de GLP-1 que podem levar à perda de peso substancial nesse paciente, melhorando, também, a esteatose.
- B) o uso de sibutramina associado com orlistat ajudaria na perda de peso, fundamental para melhor controle metabólico desse paciente, incluída a esteatose hepática.
- C) o uso de inibidor de DPP-4 no lugar da sulfonilureia pode ajudar a perder peso com segurança cardiovascular, fundamental para esse paciente.
- D) a cirurgia bariátrica é o tratamento ideal nesse caso, já que o paciente não consegue manter controle adequado dos diversos fatores de risco com tratamento clínico.
- E) a droga de escolha nesse caso é a pioglitazona que tem benefício comprovado para esteatose hepática.

45. Considerando o controle da hipertensão arterial, nesse caso, é CORRETO afirmar que

- A) é ideal manter o controle pressórico sistólico entre 130-139 mmHg e diastólico entre 80-89mmHg, pois há aumento de desfecho cardiovasculares com níveis pressóricos abaixo desses valores em pacientes > 60 anos e com microalbuminúria.
- B) o tratamento ideal seria trocar o losartan por um inibidor de ECA, mais efetivo no paciente diabético, tentando manter uma pressão sistólica entre 120-130mmHg e diastólica entre 70-80mmHg.
- C) o ideal é manter controle pressórico com pressão sistólica < 120 mmHg e diastólica < 70 mmHg com o objetivo de maior proteção renal num paciente com microalbuminúria com bloqueador de canal de cálcio.
- D) se deve associar um betabloqueador nesse caso, pois já está com doses elevadas de bloqueador do receptor de angiotensina e diurético, tentando manter uma pressão sistólica entre 120-130mmHg e diastólica entre 70-80mmHg.
- E) se deve manter controle pressórico sistólica entre 120-130 mmHg e diastólica entre 70-80mmHg com bloqueador de canal de cálcio.

46. Em relação a diagnóstico dos adenomas hipofisários não funcionantes (AHNF), é INCORRETO afirmar que

- A) a perda de campo visual é sintoma frequente e pode levantar suspeita de ANHF.
- B) hiperprolactinemia exclui o diagnóstico de AHNF.
- C) não é observado quadro clínico de hipersecreção hormonal na apresentação do AHNF.
- D) o exame de imagem, usualmente Ressonância Magnética cerebral, é essencial para o diagnóstico de AHNF.
- E) hipopituitarismo pode ser achado clínico e laboratorial na apresentação inicial do AHNF.

47. A terapia de reposição hormonal na menopausa (THM) é o principal tratamento para mulheres menopausadas com síndrome do climatério.

Sobre os riscos e benefícios da THM, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A THM transdérmica está associada ao aumento de risco de eventos tromboembólicos, quando comparada ao placebo.
- B) O tabagismo configura contra-indicação absoluta ao início da THM.
- C) A associação estrógeno e progesterona reduz o risco de câncer de mama, como mostrou o estudo WHI.
- D) A THM, iniciada logo após a menopausa até 10 anos do seu início, pode reduzir o risco de eventos cardiovasculares, configurando a melhor “janela” de oportunidade de tratamento.
- E) A THM está associada a um aumento de peso nas mulheres menopausadas, quando comparadas àquelas que não iniciaram o tratamento hormonal.

48. Uma tomografia abdominal para avaliação de dor abdominal em mulher de 45 anos identificou nefrolitíase logo abaixo da junção pielocalicial direita, mas também evidenciou tumoração de 2.9 cm em adrenal esquerda. No exame físico, não tinha outras alterações dignas de nota, com pressão arterial normal e sem taquicardia.

Em relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A dimensão da lesão sugere benignidade.
- B) A possibilidade de feocromocitoma está excluída, pois a paciente é normotensa.
- C) Está indicada a adrenalectomia esquerda, independente da capacidade funcional da lesão.
- D) O estudo citológico pode ser realizado com biópsia da aspirativa percutânea, para diferenciar adenoma de carcinoma e definir sobre melhor tratamento cirúrgico.
- E) Metástase adrenal é o principal diagnóstico a ser considerado nesse caso.

49. Homem de 45 anos, submetido a uma tireoidectomia total há quase 3 anos devido carcinoma papilífero de tireoide. Fez ablação com I¹³¹ 4 meses após a cirurgia na dose de 30 mCi. Faz acompanhamento regular e mantém reposição de levotiroxina 150 mcg ao dia. Últimos exames laboratoriais evidenciam: Tg de 1,9 ng/ml; TSH: 0,4; AATG negativo. Os exames de imagem, USG cervical, TC de tórax e cervical sem evidência de lesão metastática ou recidiva.

De acordo com a classificação de risco dinâmica, como se classifica esse paciente e qual deve ser o alvo do TSH?

- A) Resposta excelente – o TSH deve ficar entre 0,5 e 2,0.
- B) Resposta bioquímica incompleta – o TSH deve ficar abaixo de 0,1.
- C) Resposta indeterminada – o TSH deve ficar abaixo de 0,1.
- D) Resposta indeterminada – o TSH deve ficar entre 0,1 e 0,5.
- E) Resposta bioquímica incompleta – o TSH deve ficar abaixo de 1,0.

50. Homem de 44 anos procura atendimento com endocrinologista após sofrer Infarto do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização e implante de 3 pontes. Tem história familiar de doença coronariana precoce, com avô paterno falecido por morte súbita e pai ainda vivo, com história de vários infartos, com cirurgia de revascularização e angioplastia com stent (3 x) desde os 45 anos. Logo antes do evento tinha feito check-up que novamente mostrou perfil lipídico com colesterol e triglicérides elevados (Colesterol total=320 / HDL= 36 / LDL= 229 / triglicérideo= 280 mg/dl) e glicemia normal. Após a internação, estava em uso de: atorvastatina 80mg; ácido acetilsalicílico 100mg, ticagrelor 90mg (2x) e bisoprolol (2x). Trazia novos exames após 2 meses da internação mostrando novo perfil: Colesterol total=180 / HDL= 38 / LDL=118 / triglicérideo= 120 mg/dl.

Em relação ao tratamento mais adequado ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Manter o tratamento, pois houve queda de quase 50% do LDL colesterol basal.
 - B) Reduzir a estatina em uso devido ao risco de miopatia e rabdomiólise na dose utilizada.
 - C) Manter estatina e associar ezetimiba, pois paciente em prevenção secundária, com alto risco de novo evento e que está fora da meta lipídica de acordo com os últimos guidelines.
 - D) Manter a estatina e associar fibrato, considerando a dislipidemia mista antes do tratamento com estatina.
 - E) Trocar estatina por inibidor da PCSK-9, pois tem maior potência e paciente em prevenção secundária, que está fora da meta lipídica, de acordo com os últimos guidelines.
-

GRUPO 27
- ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA -