

01. A Baixa Estatura Idiopática (BEI) é uma condição heterogênea, na qual não se consegue identificar uma causa para a baixa estatura. Qual dos critérios abaixo exclui o diagnóstico?

- A) Ausência de patologias crônicas
- B) RCIU
- C) Ausência de patologias endócrinas
- D) Velocidade de crescimento normal
- E) Ausência de cromossomopatias

02. Embora a maioria dos casos de obesidade seja causada por sedentarismo e/ou erro alimentar, existe um subgrupo causado por alterações em genes relacionados ao metabolismo ou causado por síndromes genéticas. Dentre as alternativas abaixo, qual delas engloba sinais de alerta para o médico assistente aprofundar a investigação da etiologia da obesidade?

- A) Aumento da velocidade de crescimento, avanço da idade óssea e acantose nigricans.
- B) Aumento da velocidade de crescimento, estrias esbranquiçadas e compulsão alimentar.
- C) Diminuição da velocidade de crescimento, obesidade iniciada no primeiro ano de vida e hiperfagia intensa.
- D) Diminuição da velocidade de crescimento, obesidade iniciada na puberdade e aumento da circunferência cervical.
- E) Aumento da velocidade de crescimento, obesidade grave antes dos 5 anos de idade e aumento da relação circunferência abdominal/estatura.

03. Na fisiopatologia da aterosclerose, o principal fator de risco modificável e, portanto, passível de intervenção precoce para doença cardiovascular é a dislipidemia, cujo pilar principal do tratamento consiste em modificação do estilo de vida. No entanto, considera-se a possibilidade de farmacoterapia para o tratamento das dislipidemias em crianças na seguinte situação clínica:

- A) Níveis séricos de LDL > 160 mg/dL na ausência de fatores de risco.
- B) Níveis séricos de LDL > 110 mg/dL na presença de fatores de risco.
- C) Níveis séricos de LDL > 120 mg/dL na presença de história familiar positiva para doença cardiovascular precoce.
- D) Níveis séricos de LDL > 130 mg/dL em pacientes com diabetes melito.
- E) Níveis séricos de triglicérides > 200 mg/dL, com obesidade grave ou com formas monogênicas de dislipidemia.

04. O Hipotireoidismo Congênito (HC) primário é o defeito endócrino metabólico congênito mais frequente, sendo a causa mais comum de deficiência mental passível de prevenção.

A respeito do diagnóstico e tratamento do HC, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A triagem neonatal em papel-filtro deve ser feita preferencialmente entre o 5º e o 14º dia de vida.
- B) O uso de Dopamina e Glicocorticoides podem causar resultado falso-negativo na triagem neonatal e a contaminação por iodo, resultado falso-positivo.
- C) Em recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso, deve-se repetir o exame de triagem neonatal em papel filtro com 2 e 3 meses de vida, respectivamente, pois podem apresentar elevação tardia do TSH.
- D) O teste de triagem neonatal em papel filtro é suficiente para o diagnóstico de HC, devendo-se convocar o paciente imediatamente para iniciar a levotiroxina após acesso ao resultado alterado.
- E) Em RNs e lactentes com diagnóstico de HC, deve-se iniciar imediatamente a levotiroxina na forma de xarope 3-5 mcg/Kg/dia, via oral, 1 vez/dia, em jejum.

05. Sobre a fisiopatologia do pâncreas, é INCORRETO afirmar que

- A) para a manutenção do estado euglicêmico, ocorre aumento da fosforilação oxidativa da glicose dentro da célula beta, aumentando a relação ATP/ADP intracelular.
- B) a Cetoacidose Diabética leve pode ser tratada em ambulatório, desde que seja possível fazer a hidratação por via oral. Caso ocorram vômitos frequentes ou sinais de desidratação, a administração de fluidos deve ser feita por via endovenosa.
- C) hormônios contrarreguladores à ação da insulina estimulam a glicogenólise e a gliconeogênese, apresentando ação hiperglicemiante e também lipolítica, liberando ácidos graxos livres para a circulação, que podem ser utilizados como substratos energéticos por alguns tecidos.
- D) mutações ativadoras nos genes que codificam as subunidades do canal de potássio ATP sensível resultam em hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente da infância, enquanto mutações inativadoras resultam em diabetes melitus neonatal.
- E) a síntese de glicose hepática e a gliconeogênese aumentam rapidamente nas primeiras horas, após o clameamento do cordão umbilical, para suprir as necessidades de glicose do recém-nascido, anteriormente fornecida por meio da placenta.

06. Sobre as alterações ortopédicas no recém-nascido, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A presença de sindactilia e polidactilia não tem associação tão frequente com síndromes genéticas, diferente dos dedos extranumerários, em que a investigação se torna obrigatória.
- B) O torcicolo congênito é caracterizado pela cabeça inclinada e virada e tumoração no esternocleidomastoideo. Mesmo com fisioterapia precoce, tem um prognóstico ruim em relação à recuperação funcional.
- C) A displasia congênita do quadril, quando diagnosticada pela manobra de ortolani positiva e iniciado o tratamento precocemente, resulta em quadril normal na quase totalidade dos casos.
- D) O pé torto congênito é uma deformidade comum, e o pé pode ser rígido ou retornar a sua posição quando reposicionado ativamente durante o exame físico. Quando rígido, só apresenta melhora com tratamento cirúrgico precoce.
- E) A paralisia braquial distal afeta as raízes C7 a T1 e causa paralisia, principalmente, do ombro e cotovelo. Tem bom prognóstico quando tratada com fisioterapia.

07. Quanto ao atendimento de recém-nascido com asfixia perinatal, está CORRETO afirmar que

- A) diagnósticos diferenciais de encefalopatia neonatal devem ser pesquisados, caso o RN apresente sinais de encefalopatia clínica associados à acidose metabólica.
- B) os grandes estudos clínicos randomizados que comprovaram a eficácia da hipotermia terapêutica demonstraram a eficiência do tratamento, quando este foi iniciado até 1 dia de vida.
- C) a indicação de realizar eletroencefalograma existe quando ocorrem crises neonatais, pois somente 10% das crises epiléticas em neonatos são subclínicas.
- D) cuidados com a ventilação e oxigenação têm grande importância nos RN com encefalopatia hipóxico-isquêmica, pois a presença de hiperóxia e hipocapnia está associada a pior desfecho neurológico.
- E) a evolução do traçado eletroencefalográfico não tem relação prognóstica importante em RN após o insulto hipóxico-isquêmico, sendo indicado somente nos que apresentam crise epilética.

08. Parágrafo I:

“A bebê J. E. C. F., de 1 ano e 2 meses, foi escolhida para receber o tratamento com o remédio mais caro do mundo, o Zolgensma®, que custa em torno de R\$ 12 milhões. Ela deve receber a dose única do medicamento ainda esta semana, no Recife”.

Portal UOL, 06/10/2020.

Parágrafo II:

“A doença em questão deve-se a uma deleção/mutação gênica, sendo responsável por uma redução dos níveis da proteína de sobrevivência do motoneurônio do corno anterior da medula espinhal, resultando em hipotonia severa, hiporreflexia, fraqueza e paralisia muscular proximal progressiva e simétrica”.

A nova medicação (terapia gênica), liberada pela ANVISA está indicada, portanto, para a seguinte doença descrita no parágrafo II:

- A) Atrofia muscular espinhal tipo I
- B) Lipofuscinose ceróide neuronal
- C) Doença de Niemann-Pick tipo A
- D) Doença de Niemann-Pick tipo B
- E) Doença de Gaucher

09. Criança de 3 anos de idade é levada à UPA, pois acaba de ser mordida na mão pelo cachorro do vizinho enquanto brincava com ele. O animal é sadio, e o dono diz ser vacinado. O ferimento não é muito profundo, mas ainda apresenta um pequeno sangramento.

Considerando as medidas de profilaxia da raiva humana pós-exposição, qual conduta inicial deve ser realizada?

- A) Lavar o ferimento com água e sabão, fazer a sutura e observar o animal durante 10 dias após a exposição.
- B) Lavar o ferimento com água e sabão e iniciar esquema profilático com 2 (duas) doses da vacina, uma no dia 0 (zero) e outra no dia 3.
- C) Lavar o ferimento com água e sabão e iniciar o esquema profilático com 4 (quatro) doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14.
- D) Lavar o ferimento com água e sabão e iniciar o esquema profilático com soro e 4 (quatro) doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14.
- E) Lavar o ferimento com água e sabão e iniciar esquema profilático com soro – 2 doses (0 e 3).

10. A apresentação clínica da COVID-19 na faixa pediátrica, em sua maioria, é de sintomas mais brandos que em adultos, com muitos casos de crianças com infecção assintomática. O registro de formas graves é menos comum e parece associar-se à preexistência de morbidades crônicas, tais como doenças cardiológicas, respiratórias e reumatológicas. Mais recentemente, têm sido relatadas séries de casos graves de crianças ou adolescentes, previamente hígidos, que apresentam uma síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P). Sobre essa apresentação na faixa etária infanto-juvenil, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O quadro clínico da SIM-P inclui febre de início súbito (39° a 40°C) e sintomas inespecíficos, como vômitos, dor abdominal, diarreia, hiperemia conjuntival, exantema e evolução para insuficiência circulatória em todos os pacientes com necessidade de cuidados intensivos.
- B) Dados observacionais sugerem que a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) seja uma síndrome pós-infecciosa, pois acontece até cerca de 4 semanas após a infecção aguda pelo novo coronavírus.
- C) Crianças e adolescentes com sintomas sugestivos de SIM-P e que estejam em bom estado geral e com exames laboratoriais que não indiquem a presença de quadro inflamatório e cardiológico podem ser acompanhados ambulatorialmente, com reavaliação em 24 a 48 horas.
- D) O uso de imunoglobulina endovenosa deve ser considerado nos pacientes com apresentações moderadas e graves e nos pacientes que preenchem critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki e/ou síndrome de ativação macrofágica. Deve-se considerar, também, o seu uso na síndrome do choque tóxico refratária ao tratamento convencional. A dose é de 1-2 g/kg, em infusão endovenosa contínua de 12 horas. A IGEV pode ser repetida nos casos refratários à primeira dose.
- E) O uso de corticoide em casos graves deve ser considerado juntamente com o uso de imunoglobulinas, e, nos pacientes refratários, infusão de IGEV.

11. A hipertensão arterial sistêmica é problema de saúde pública mundial, tendo sua prevalência crescente entre crianças e adolescentes, principalmente devido ao aumento do sobrepeso e obesidade nessa faixa etária. A respeito dessa condição clínica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todas as crianças saudáveis maiores de 3 anos devem ter sua pressão arterial aferida, pelo menos, uma vez a cada dois anos.
- B) As tabelas de pressão arterial em crianças utilizam as seguintes variáveis: sexo, idade, peso e estatura.
- C) São dados sugestivos de hipertensão arterial primária ou essencial: sobrepeso ou obesidade, história familiar positiva para HAS e maior elevação da PA diastólica.
- D) Mudanças no estilo de vida, por meio de dieta e atividade física, têm indicação restrita no controle da hipertensão arterial em crianças.
- E) Algumas indicações de tratamento medicamentoso são: hipertensão sintomática e HAS em paciente com doença renal crônica e/ou *diabetes mellitus* tipo 1 ou 2.

12. Os pais de um lactente de 4 meses procuram atendimento ambulatorial com queixa de que a cabeça do seu filho tem um 'formato' estranho. Pré-natal sem intercorrências; parto vaginal com APGAR 09/09; em seio materno exclusivo. No exame realizado pelo pediatra, o perímetro cefálico medido foi de 41,5 cm (nasceu com 35 cm); fontanela anterior normotensa, com 1,5x 1,5 cm; leve assimetria craniana marcada por achatamento discreto da região parieto-occipital direita; ausência de aumento de diâmetros ântero-posterior ou biparietal do crânio; marcos do desenvolvimento adequados para a idade.

O provável achado que estava angustiando os pais da criança é denominado

- A) Plagiocefalia.
- B) Trigonocéfalia.
- C) Escafocefalia.
- D) Macrocrania constitucional.
- E) Microcefalia a investigar

13. Analise as assertivas abaixo sobre colostro, leite materno e leite de vaca *in natura*:

- I.** O colostro de uma nutriz saudável que teve uma gestação a termo tem mais calorias, lipídios e proteína em relação ao leite maduro (LM), porém possui menos lactose em sua composição quando comparado ao LM.
- II.** O leite de vaca tem elevado teor proteico além de também possuir uma maior relação proteína do soro/caseína, quando comparado ao leite materno.
- III.** As principais deficiências vitamínicas no leite de vaca são em relação à C, D e E.

Podemos afirmar que

- A) todas estão incorretas.
- B) todas estão corretas.
- C) apenas a II está correta.
- D) apenas a III está correta.
- E) apenas a I está incorreta.

14. Lactente de 18 meses é atendido em ambulatório de pneumologia pediátrica por sibilância recorrente. Apresenta-se desnutrido e com estatura em - 2 DP da curva de referência da OMS. Genitora refere episódios frequentes de cansaço, com dois internamentos em enfermaria, além de apresentar diarreia crônica nos últimos 3 meses. Traz resumo de alta da maternidade no qual há relato de íleo meconial. Realizou teste do Pezinho, mas não o resgatou. Pelo quadro descrito acima, caso a genitora estivesse com o teste do Pezinho em mãos, possivelmente a alteração encontrada seria a seguinte:

- A) Níveis de cloreto acima de 60 milimoles por litro.
- B) Níveis baixos de alfa-1-antitripsina.
- C) Mutação no gene que codifica a proteína RTFC.
- D) Calprotectina elevada.
- E) Níveis elevados de tripsina imunorreativa.

15. Todas abaixo são causas de hipoglicemia na infância, EXCETO

- A) Síndrome de Beckwith-Wiedemann.
- B) Deficiência da oxidação dos ácidos graxos.
- C) Deficiência de ACTH.
- D) Fibrose cística.
- E) Pan-hipopituitarismo.

16. Associe as colunas abaixo:

- | | |
|--------------------|--|
| A. ASCA | I. Doença de Crohn |
| B. ANCA-p | II. Síndrome de Sjögren |
| C. Anti-LKM | III. Glomerulonefrite pauci-imune |
| D. SSA/Ro | IV. Hepatite autoimune |

Assinale a alternativa que contempla a melhor associação entre a lista de autoanticorpos com suas respectivas doenças.

- A) A-III; B-I; C-II; D-IV
- B) A-I; B-III; C-IV; D-II
- C) A-II; B-I; C-IV; D-III
- D) A-I; B-IV; C-III; D-II
- E) A-IV; B-III; C-II; D-I

17. Sobre a doença renal crônica (DRC) na infância, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A etiologia da DRC na infância é independente da idade, e a principal causa são as glomerulopatias, como a síndrome nefrótica primária e a nefrite lúpica.
- B) São considerados grupos de risco para DRC na infância: prematuridade e baixo peso ao nascer, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus e história familiar de DRC.
- C) Todas as crianças com DRC precisam seguir uma dieta rigorosa com controle da ingestão de sódio, com restrição de proteínas e de líquidos.
- D) A infecção do trato urinário é fator de risco para DRC, assim como também acelera a perda da função renal em crianças. Portanto, indica-se o uso de antibioticoterapia profilática em crianças com DRC e infecção urinária de repetição, independente da doença de base.
- E) Apesar de trazer implicações importantes na vida da criança, a taxa de mortalidade de crianças com DRC é semelhante à da população pediátrica em geral.

18. Paciente do sexo feminino com dois anos de vida, previamente hígida, apresenta quadro de regressão da fala, uso estereotipado das mãos, hipotonia e desaceleração do crescimento do perímetro cefálico há oito meses. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Doença de Gaucher
- B) Síndrome de Asperger
- C) Lipofuscinose ceróide neuronal
- D) Distrofia muscular de Duchenne
- E) Síndrome de Rett

19. Sobre o exame neurológico evolutivo e os reflexos encontrados no recém-nascido e no lactente, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A aderência do reflexo de Moro é proprioceptiva cervical, acústica ou vestibular.
- B) Os reflexos apendiculares estão ausentes até o segundo ano de vida.
- C) Os reflexos cutâneo-abdominais estão ausentes no recém-nascido em decorrência da mielinização incompleta do trato corticoespinhal.
- D) A presença de clônus simétrico é normal até o quarto ano de vida.
- E) A ausência do reflexo de sucção no recém-nascido é sinal de grave comprometimento do sistema nervoso central.

20. Na organização de uma unidade de emergência pediátrica, deve-se levar em consideração que a arritmia cardíaca mais frequente na infância é a seguinte:

- A) Fibrilação atrial.
- B) Bloqueio átrio-ventricular.
- C) Taquicardia supraventricular.
- D) Síndrome do QT longo.
- E) Taquicardia ventricular.

21. Um paciente com 10 anos vem consultar por febre persistente há 4 dias e dificuldade na deambulação. Tem diversas lesões impetiginizadas nos membros inferiores, edema e hiperemia junto ao joelho esquerdo, diagnosticando-se osteomielite aguda. Está em bom estado geral, sem taquicardia ou má perfusão periférica. A terapêutica intravenosa inicial mais recomendada nesse momento deve ser feita com

- A) Ceftriaxona.
- B) Cefepime.
- C) Meropenem.
- D) Oxacilina.
- E) Gentamicina.

22. Um paciente de 2 anos é admitido no pronto-socorro por febre, prostração, irritabilidade e diversas lesões petequiais em pescoço e tórax anterior. Diante do fato de estar com irritabilidade e agitação motora, para a realização da punção lombar, entre as medicações abaixo, a mais adequadamente indicada para a sedação é

- A) Quetamina.
- B) Rocurônio.
- C) Codeína.
- D) Dexmedetomidina.
- E) Morfina.

23. Paciente do sexo feminino com dois anos de vida, previamente hígida, apresenta quadro de regressão da fala, uso estereotipado das mãos, hipotonia e desaceleração do crescimento do perímetro cefálico há oito meses. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Doença de Gaucher
- B) Síndrome de Asperger
- C) Lipofuscinose ceróide neuronal
- D) Distrofia muscular de Duchenne
- E) Síndrome de Rett.

24. Adolescente, 12 anos de idade, em acompanhamento médico com diagnóstico de transtorno e déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), EX VG fez uso de metilfenidato por dois meses. No entanto, apresentou cefaleia, hiperidrose e anorexia importante, tendo sido necessária a interrupção do tratamento. Diante de outras possibilidades terapêuticas para o TDAH, qual seria a melhor opção?

- A) Risperidona
- B) Fluoxetina
- C) Dimesilato de lisdexanfetamina
- D) Ácido valproico
- E) Aripiprazol

25. A respeito do quadro clínico da distrofia muscular de Duchenne, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Com a progressão da doença, a criança evolui com retrações tendíneas e necessidade de uso de cadeira de rodas.
 - B) As alterações cardíacas estão presentes em 15% dos casos, manifestando-se como arritmias e morte súbita.
 - C) O padrão de herança é autossômica recessiva e, na maioria dos casos, são mutações de novo.
 - D) O padrão-ouro para se confirmar o diagnóstico é o aumento acentuado da creatinofosfoquinase (CK).
 - E) O sinal de Gowers, que consiste em se levantar por meio de apoio das mãos em diferentes segmentos dos membros inferiores, raramente está presente.
-

26. Em relação à associação de COVID-19 e diabetes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os diabéticos têm maior chance de adquirir a COVID19 que a população não diabética.
 - B) Hiperglicemia (> 180 mg/dl) tem associação com pior desfecho clínico por COVID19, independente se paciente previamente diabético ou não.
 - C) O controle glicêmico deve ser obtido com hipoglicemiantes oral, de preferência metformina e inibidor de SGLT2 para a maioria dos casos.
 - D) Pacientes diabéticos devem ser internados obrigatoriamente para manter controle glicêmico com insulina.
 - E) O uso de Inibidor de DPP-4 foi associado com pior desfecho clínico na COVID19.
-

27. A obesidade é fator agravador da infecção pelo SARS CoV 2. Em relação à obesidade e COVID19, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Obesidade foi a principal comorbidade associada a pior desfecho da COVID19 na população chinesa.
 - B) Os pacientes obesos podem demorar mais tempo excretando o SARS CoV2, podendo ter sua quarentena estendida em relação a pacientes magros.
 - C) As alterações da mecânica respiratória ligadas à obesidade são o principal fator associado a complicações do COVID19 nos obesos.
 - D) Pacientes com excesso de gordura periférica tiveram pior desfecho que aqueles indivíduos com gordura eminentemente visceral.
 - E) Perda de peso no período da pandemia não modificou o prognóstico de pacientes obesos que adquiriram COVID19.
-

28. Em relação à obesidade infantil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A sibutramina é liberada para uso na população acima de 12 anos.
 - B) Orlistate é a principal droga para controle de peso na população infantil.
 - C) Anfetaminas e seus derivados podem ser usados com segurança na população acima de 10 anos.
 - D) A liraglutida foi recentemente testada em adolescentes obesos e mostrou boa perda de peso na população acima de 12 anos, sendo recentemente liberado o uso pelo FDA nos Estados Unidos.
 - E) Não há tratamento seguro medicamentoso em relação à obesidade para a população infanto-juvenil.
-

29. Sobre o mecanismo de ação renal dos ISGLT2 e IECA, assinale a alternativa CORRETA.

- A) ISGLT2 age na arteríola aferente – vasodilatando e IECA na arteríola eferente – vasoconstringindo
 - B) ISGLT2 age na arteríola aferente – vasodilatando e IECA na arteríola eferente – vasodilatando
 - C) ISGLT2 age na arteríola aferente – vasoconstringindo e IECA na arteríola eferente – vasodilatando
 - D) ISGLT2 age na arteríola eferente – vasoconstringindo e IECA na arteríola aferente – vasodilatando
 - E) ISGLT2 age na arteríola eferente – vasodilatando e IECA na arteríola aferente – vasoconstringindo
-

30. Nos últimos anos, houve acúmulo recente de dados sobre benefício cardiovascular e renal de drogas antidiabéticas. Das alternativas abaixo, apenas uma mostra a relação ao benefício renal dos hipoglicemiantes. Assinale-a!

- A) Os Inibidores de SGLT2 são as principais drogas antidiabéticas com proteção renal, diminuindo a albuminúria e a queda da taxa de filtração glomerular.
- B) Os análogos de receptor de GLP1 têm proteção renal bem definida, diminuindo a albuminúria e a queda da taxa de filtração glomerular.
- C) Os inibidores de DDP4 têm proteção renal, diminuindo a albuminúria e a queda da taxa de filtração glomerular.
- D) A metformina pode ser usada em pacientes renais crônicos, desde que ajustada, sendo a principal droga do tratamento.
- E) A pioglitazona não pode ser usada em pacientes renais crônicos, por piorar a função renal devido ao edema e anemia importante relacionado com o seu uso.

31. Sobre a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na Menopausa, é CORRETO afirmar que

- A) a TRH é baseada em reposição de estrogênio e progestágeno, ambos com a mesma importância, para aliviar os sintomas da menopausa.
- B) a TRH é baseada, apenas, no estrogênio, sendo o progestágeno utilizado, apenas, para conferir proteção endometrial contra risco de hiperplasia e neoplasia endometrial.
- C) a TRH é baseada, essencialmente, no progestágeno mais que o estrogênio, pois este último componente aumenta muito o risco de câncer de mama, isoladamente como demonstrado no estudo WHI (Women's Health Initiative, 2002).
- D) a TRH pode ser realizada em qualquer momento na pós-menopausa, sem maiores preocupações, desde que a mulher tenha indicações claras e faça avaliação preventiva ginecológica e acompanhamento médico adequado.
- E) o tempo de uso da TRH não deve ultrapassar 5 anos, mesmo que o acompanhamento médico não mostre qualquer alteração clínica ou laboratorial, independente se a mulher ainda apresentar sintomas vasomotores.

32. Sobre baixa estatura, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A baixa estatura familiar e o retardo constitucional do crescimento e puberdade são considerados como variantes do normal do crescimento.
- B) Um dos parâmetros mais utilizados é a velocidade de crescimento da criança que deve ser avaliada no intervalo de, pelo menos, 3 meses.
- C) Na avaliação da criança com déficit de crescimento, é importante se considerar como patológico uma altura menor que 2,5 DP ou menor que percentil 5 no gráfico de crescimento.
- D) O uso do hormônio do crescimento (GH) recombinante é a única medicação disponível para tratar todas as formas de distúrbio do crescimento em crianças.
- E) O uso dos inibidores da aromatase é outra terapia autorizada pela Anvisa, para tratar crianças com baixa estatura.

33. Mulher com 75 anos apresentando fratura vertebral T12 após cair sentada em casa, há cerca de 8 meses. Ainda reclama de muita dor à mobilização. Teve perda da altura em cerca de 5 cm nos últimos 10 anos. Na avaliação radiográfica, ficam evidentes mais 2 outras fraturas em L2 e L4 (essa última em total achatamento). Densitometria mostra score t em lombar de -3.3 DP (excluindo L4) e no fêmur -3.1 DP. Evidentemente emagrecida, com dificuldade de mobilização, com diabetes e hipertensão bem controlados, mas relato de quedas nos últimos dois anos com frequência quase trimestral. Segundo os últimos guidelines publicados em 2019 e 2020, podemos afirmar, em relação ao seu quadro clínico (grau de risco de fraturas) e tratamento, que

- A) paciente tem alto risco de novas fraturas devido a fraturas de repetição, incluindo fratura recente, com indicação de anabólico devido ao seu histórico de fraturas e baixa massa óssea.
- B) paciente tem risco baixo de outras fraturas, pois as fraturas são antigas e, desse modo, deve ser indicado antirreabsortivo oral.
- C) em paciente de alto risco por fratura recente, é indicada terapia antirreabsortiva oral como principal escolha pela facilidade de uso e adesão.
- D) paciente tem baixo risco, pois fraturas são antigas, e indicação de terapia antirreabsortiva oral como principal escolha pela facilidade de uso e adesão.
- E) paciente tem alto risco de novas fraturas devido a fraturas de repetição, com indicação de antirreabsortivo intravenoso pelo melhor efeito no ganho de massa óssea.

34. Mulher de 67 anos há 15 anos na menopausa procura avaliação para uma segunda opinião para tratamento de osteoporose. Tem DMO que mostra score-T em L1-L4 (-2,8) e em fêmur (-2,6) desvio-padrão (DP). Foi medicada com Raloxifeno. Tem fogacho leve e história familiar de câncer de mama (irmã). Nega trombose venosa. Sem diabetes ou hipertensão ou dislipidemia. Não fuma nem bebe. Ativa, com exercícios 4 x semana. Usa cálcio – 500mg e vitamina D – 1000 UI/dia suplementando dieta de 2 porções de laticínios por dia. Em relação ao tratamento dessa paciente, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Raloxifeno deve ser mantido, pois tem ampla proteção para osteoporose em todos os sítios e pode melhorar fogacho.
- B) Raloxifeno deve ser suspenso, pois aumenta o risco de câncer de mama, apesar de ter ampla proteção para fraturas em todos os sítios.
- C) Raloxifeno deve ser trocado, pois não tem cobertura para proteção de fratura em fêmur e pode piorar fogacho.
- D) Raloxifeno deve ser trocado por aumentar risco de câncer de mama e trombose, independente da proteção óssea ampla.
- E) Raloxifeno deve ser mantido, por ter ampla proteção óssea em todos os sítios, diminuir risco de câncer de mama e de fogacho.

35. Paciente masculino de 65 anos internado na enfermaria de clínica médica, em investigação de síndrome consumptiva, apresenta laboratório com hipercalcemia (cálcio ionizado 1.86 mmol/L, VR: 1.16 a 1.3) e PTH suprimido (2pg/ml, VR 13-65).

Qual das alternativas abaixo apresenta as possibilidades diagnósticas mais prováveis para o caso?

- A) Hipercalcemia da malignidade e hipoparatiroidismo
- B) Hiperparatiroidismo e erro de coleta
- C) Intoxicação por vitamina D e hipoparatiroidismo
- D) Hipercalcemia da malignidade e intoxicação por vitamina D
- E) Intoxicação de vitamina D e hipercalcemia familiar benigna

36. A Síndrome de Ovários policísticos (SOP) está associado a alguns alterações e doenças abaixo relacionadas, EXCETO uma. Assinale-a!

- A) Diabetes tipo 2, câncer de endométrio e síndrome da apneia obstrutiva do sono.
- B) Depressão, diabetes tipo 1 e câncer de endométrio.
- C) Depressão, câncer de colo uterino e síndrome metabólica.
- D) Dislipidemia, diabetes tipo 1 e câncer de mama.
- E) Diabetes tipo 2, câncer de pâncreas e síndrome da apneia obstrutiva do sono.

37. Em relação à osteogenesis imperfeita, os bisfosfonatos são utilizados para diminuir fraturas. Das alternativas abaixo, assinale a CORRETA.

- A) Deve ser, preferencialmente, feita por via oral, por ser mais tolerada que a parenteral.
- B) Radiografias de ossos longos podem mostrar estrias ósseas nas epífises, chamadas de “linhas de zebra”.
- C) Os bisfosfonatos devem ser utilizados desde o diagnóstico até a vida adulta.
- D) Os bisfosfonatos intravenosos devem ser usados, preferencialmente, pelo grande risco de câncer esofágico com o uso da apresentação oral.
- E) Toda criança com osteogenesis deve utilizar os bisfosfonatos pela redução drástica de fraturas que essa medicação promove.

38. Um homem de 58 anos esteve internado há 2 meses, por infarto do miocárdio (IAM), com supradesnivelamento de ST. Foi submetido à revascularização percutânea e recebeu alta usando Rosuvastatina 40 mg ao dia, Clopidogrel 75mg, AAS 100 mg, Ramipril 10mg e Bisoprolol 5 mg. Níveis de LDL prévios eram entre 160 a 170mg/dl, para os quais havia sido receitado sinvastatina 20mg há 3 anos. Era fumante, mas, após o evento, parou de fumar. Negava história de diabetes. O pai teve IAM aos 49 anos e tinha diabetes tipo 2. Ao exame, IMC 27,5kg/m², PA 145 X 75mmHg, FC 64bpm. Glicemia 112mg/dl, HbA1c 6,1%, LDL 54mg/dl, HDL 35mg/dl, triglicérides: 210mg/dl. Está assintomático. Em relação ao risco cardiovascular, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Associar genfibrozil para reduzir risco residual associado à hipertigliceridemia, segundo os dados do estudo FIELD.
- B) Deve-se dosar a CPK para decidir a respeito da redução de dose da rosuvastatina.
- C) Manter a rosuvastatina nessa dose, pois, segundo as principais diretrizes, esse paciente está considerado dentro das metas lipídicas.
- D) Reduzir a dose da rosuvastatina, pois o nível de LDL está muito baixo, segundo os dados do estudo JUPITER.
- E) Associar ácido eicosapentaenoico (EPA) purificado em doses elevadas (4g/dia) baseada no estudo REDUCE-IT, em que foi evidenciada redução de cerca de 25% em evento cardiovascular associado à hipertrigliceridemia.

39. Jovem de 21 anos procura atendimento por amenorreia primária. No exame, tem genitália feminina, mas sem pelos pubianos e mamas normais (Tanner M4P1). Sem alteração física evidente, com constituição física normal, sem hipertrofia muscular. Sem acne. Tireoide normal. Pressão Arterial- 125 x 85 mmHg, Peso 58Kg e Altura 1,62m. Fácies atípica. No Laboratório tem: Estradiol 19 pg/ml (VR: 27-125), LH 15 mUI/ml (VR: 2.1-10.9), FSH 9.4 mUI/ml (VR:3.85-8.8), Prolactina 8.3 (VR: 3-25) e testosterona 405 ng/dl (VR: <75).

Qual das alternativas abaixo é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Síndrome de Mayer-Rokitanski-Kuster-Hausen
- B) Resistência androgênica completa
- C) Deficiência de 5 alfa redutase
- D) Deficiência de 17 alfa hidroxilase
- E) Síndrome de Morris

40. Mulher de 52 anos, com história de amenorreia há cerca de 11 meses e com sintomas típicos do climatério (fogachos, alteração do sono, fadiga, mal humor e déficit de concentração no trabalho). Não tem história familiar de câncer de mama e clinicamente saudável. Nega hipertensão, diabetes e dislipidemia. Tem 1,68 e 60kg. Mãe teve menopausa aos 50 anos e tem osteoporose, com fratura de colo do fêmur aos 75 anos. Sua densitometria mostrou osteopenia em coluna. Prevenção ginecológica em dia, sem alteração. Mamografia e ultrassom de mama normais.

Assinale a alternativa que indica a terapia mais adequada para essa paciente.

- A) Contraceptivo oral contínuo
- B) Tibolona 2,5 mg/dia
- C) Estrógeno conjugado e medroxiprogesterona 5 dias ao mês
- D) Estradiol oral contínuo
- E) Estradiol transdérmico diário e progesterona micronizada oral por 7 a 10 dias mensalmente.

41. Mulher de 28 anos apresenta quadro de perda de peso não intencional, sudorese, palpitação, amenorreia desde o parto há cerca de 4 meses, mesmo sem amamentar regularmente, com edema periorbital e bócio difuso ao exame. A hipótese de doença de Graves foi aventada.

Qual dos exames abaixo pode confirmar melhor o diagnóstico e excluir a possibilidade de tireoidite pós-parto?

- A) TRAb de 8,9 (VR: até 12 U/L)
- B) TSH de 0,5 (VR 0,4-4.5 mU/L)
- C) T3 livre 9,3 (VR: 2,1-5,1 pmol/L)
- D) Razão T4:T3 elevada
- E) Cintilografia de 131-iodeto de 24h com captação de 41% (normal nas 24h= 24%)

42. Idosa de 70 anos procura avaliação por nefrolitíase de repetição associada com queda da taxa de filtração glomerular (CKD-EPI 48 ml/min). Tem história de cirurgia transesfenoidal há 35 anos para tratar tumor em hipófise que na histologia sugeria adenoma funcionante. Nunca engravidou. Um sobrinho fez tratamento para acromegalia, e a sobrinha tinha hiperprolactinemia, tendo sido tratada com bromocriptina por vários anos. Hipertensa de longa data. No laboratório, trazia hipercalcemia (11,2 mg/dl VR: 8.5 a 10.2), vitamina D de 22 pg/ml (VR: acima de 30) e PTH 225 (VR:13-65) e prolactina 104 (VR: até 18) e glicemia de 112 mg/dl e HbA1c de 6.2%.

Das alternativas abaixo, assinale a que melhor explica a doença dessa paciente.

- A) Hiperparatiroidismo primário isolado, associado com insuficiência renal por nefrolitíase de repetição.
- B) NEM tipo 1, inicialmente com prolactinoma, seguido com hiperparatiroidismo primário. Insuficiência renal pela idade.
- C) Tudo justificado pela insuficiência renal, com hiperparatiroidismo secundário e hiperprolactinemia associada.
- D) NEM tipo 2A, com prolactinoma e hiperparatiroidismo associado. Recomendado avaliar feocromocitoma e câncer medular de tireoide.
- E) NEM tipo 2B, com prolactinoma e hiperparatiroidismo associado. Recomendada avaliar câncer medular de tireoide e tumores pancreáticos, como insulinooma.

43. Homem de 51 anos foi avaliado no ambulatório de endocrinologia, com dor abdominal mal definida, e, na tomografia, identificada lesão em adrenal D de 2.6 cm, com 12 UH de densidade e washout do contraste intravenoso de 63%. Não era hipertenso e usava apenas medicação antidepressiva – fluoxetina 20 mg.

Em relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Podemos descartar feocromocitoma, pois paciente não tem hipertensão ou sintomas paroxísticos (taquicardia sudorese).
- B) Pela avaliação radiológica, podemos afirmar que se trata, tipicamente, de carcinoma adrenal e cirurgia indicada imediatamente.
- C) A distinção entre adenoma e carcinoma só pode ser feita com punção da lesão, sendo a principal conduta nesse caso.
- D) Podemos descartar hiperaldosteronismo, pois paciente é normotenso.
- E) Podemos descartar síndrome de Cushing, pois paciente é normotenso.

44. Mulher, 35 anos, transtorno depressivo grave, com várias tentativas de suicídio e sintomas psicóticos associados. Estabilizada com uso de Fluoxetina 40 mg e Risperidona 4mg. Há 2 meses, com amenorreia. Tem prolactina repetida em 2 ocasiões 110 e 128 ng/ml. Função tiroideana prévia normal. Outro endocrinologista solicitou pesquisa de macroprolactina que mostrou captação de 98%. Sem outras medicações. No exame físico, sobrepeso (IMC 28,7 kg/m²) e não tem galactorreia à expressão, tireoide com textura normal, indolor, sem nodulações palpáveis.

Nesse caso, podemos afirmar que a melhor conduta seria a seguinte:

- A) Descartado macroprolactinemia e definido como hiperprolactinemia induzida por droga – mais provável fluoxetina que usualmente leva à prolactina > 100ng/ml.
- B) Descartado macroprolactinemia e definido como hiperprolactinemia induzida por droga – mais provável risperidona que pode levar a níveis de prolactina > 100ng/ml.
- C) Definido macroprolactinemia e descartado hiperprolactinemia induzida por medicação, já que essas medicações elevam prolactina acima de 100 ng/ml.
- D) Definido macroprolactinemia e também hiperprolactinemia induzida por medicação, provavelmente as duas drogas que usualmente cursam com níveis de prolactina > 100 ng/ml.
- E) Descartado macroprolactinemia e também hiperprolactinemia induzida por medicação que normalmente não cursa com níveis > 100 ng/ml.

45. Sobre o tratamento das dislipidemias, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Entre as estatinas, atorvastatina é o composto que apresenta a menor excreção renal.
- B) A associação do gemfibrozil com estatinas deve ser evitada.
- C) A duplicação da dose da estatina geralmente propicia uma redução adicional de, pelo menos, 20% nos níveis do colesterol LDL.
- D) O ácido nicotínico eficazmente reduz os níveis dos triglicerídeos, do colesterol LDL e da lipoproteína(a).
- E) Rosuvastatina e atorvastatina são as estatinas mais eficazes para reduzir os níveis séricos dos triglicerídeos.

46. Diversas doenças sistêmicas podem levar ao aparecimento do hipogonadismo masculino. Sobre esse assunto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O hipogonadismo secundário à hemocromatose é devido à deposição de ferro na hipófise como consequência da doença sistêmica primária, levando a um hipogonadismo hipogonadotrófico.
- B) Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, fatores coexistentes contribuem para o desenvolvimento do hipogonadismo, como hipoxemia, inflamação sistêmica e uso de glicocorticoide.
- C) Obesidade mórbida (grau 3) leva geralmente a hipogonadismo hipogonadotrófico.
- D) A sarcoidose causa mais frequentemente comprometimento testicular, levando a uma apresentação clínica e laboratorial de hipogonadismo hipergonadotrófico.
- E) Alterações dos hormônios sexuais em homens com doenças hepáticas são frequentemente funcionais, sendo revertidas pelo transplante de fígado ou quando há recuperação da função hepática.

47. Rapaz de 16 anos foi internado com quadro de cetoacidose diabética. Diagnóstico de DM 1 há cerca de 3 anos, com péssimo controle desde o diagnóstico, com várias transgressões alimentares e omissão de insulina. Foi internado na UTI evoluindo bem nas últimas 24h, com frequência respiratória 18 ipm, consciente, orientado, pedindo para comer. Em uso de insulina regular em bomba 0,1 Unidades/Kg e hidratação com soro fisiológico 0,9%. Exames mais recentes mostram pH 7.25, bicarbonato 14 mEq/L (VR:24-28), Glicemia 120 mg/dl (VR:70-99), sódio 140 mEq/L (VR:135-145), potássio 3,8 mEq/L (VR:3.5-5.5) e cloro 91 mEq/l (90-100).

Qual a conduta a ser tomada pelo médico plantonista nesse momento?

- A) Aumentar a infusão da insulina em bomba
- B) Fazer bicarbonato intravenoso
- C) Associar soro glicosado e repor potássio
- D) Passar insulina para subcutâneo imediatamente
- E) Manter infusão da bomba de insulina

48. Níveis adequados de Vitamina D são desejados para várias situações clínicas. Sobre eles, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A reposição com mega doses (> 500.000 UI) de vitamina D está associada a menores complicações metabólicas, incluindo diabetes, menor incidência de quedas e fraturas e melhor imunidade.
- B) Níveis diminuídos de vitamina D (< 20 ng/ml) estão associados à maior chance de contágio por SARS CoV-2.
- C) Nas gestantes, recomendam-se doses altas de ergocalciferol, com dose de ataque de, pelo menos, 50.000UI por semana para evitar hipovitaminose ao feto e melhor desfechos maternos fetais, como abortamento, pré-eclâmpsia e trabalho de parto prematuro.
- D) Níveis acima de 20 ng/ml são considerados normais para a população adulta saudável (até 60 anos), segundo o último posicionamento da SBEM e SBPC, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Patologia Clínica.
- E) A dosagem da vitamina D deve ser feita com frequência, nos testes de screening populacional, já que é uma patologia muito frequente na nossa população.

49. Paciente de 45 anos com diagnóstico de Acromegalia, com tumor hipofisário que apresenta extensão suprasellar, com tamanho de 3,6 x 2,8 x 2,2 cm, com deslocamento do quiasmo óptico e hemianopsia bitemporal pela campimetria, com invasão do seio cavernoso esquerdo.

Assinale a alternativa INCORRETA em relação à abordagem terapêutica e seguimento desse caso.

- A) Nesse caso, a melhor estratégia de tratamento é o uso de análogo de somatostatina, considerada a primeira opção de tratamento.
- B) Apesar do grande volume tumoral, o tratamento cirúrgico se impõe nesse caso como primeira opção.
- C) O tratamento com o uso de pegvisomant (antagonista de receptor de GH) não é indicado nesse caso como primeira opção.
- D) A terapia pré-cirúrgica com análogo de somatostatina normalmente não interfere no resultado cirúrgico.
- E) Para os pacientes parcialmente responsivos aos análogos de somatostatina em dose máxima, o uso da cabergolina associado pode ajudar no controle laboratorial e metabólico, mesmo naqueles sem prolactina elevada.

50. Mulher de 40 anos é encaminhada pela ginecologista com queixas de fadiga, desânimo, queda de cabelo e ganho de 4 kg nos últimos 15 meses. Negava história familiar. Chama a atenção no exame físico a pele ressecada, cabelos secos e hiporreflexia patelar e aquileu. Tiroide de difícil palpação. Já vinha com exames laboratoriais mostrando: TSH 13 mUI/L (VR:0.4 a 4.0), T4Livre 0,58 ng/dl (VR: 0.8 a 1.8), e T3 0.60 ng/ml (VR:0.7 a1.8). USG de tireoide mostrava tireoide diminuída de tamanho, textura heterogênea, com dois nódulos de 0,8 e 1,1 cm na maior medida com Ti-RADS 3.

Para esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Paciente apresenta provável tireoidite crônica autoimune, indicando a dosagem de anticorpo antiperoxidase (ATPO) para ajudar na confirmação etiológica de tireoidite de Hashimoto.
- B) A reposição hormonal com levotiroxina na dose inicial de 1.6 mcg/kg de peso ao dia deve ser imediatamente recomendada, embora o ideal seja associar reposição de T3 ao tratamento.
- C) Indicação de punção do nódulo guiado por ultrassom, pois tem características bem sugestivas de malignidade.
- D) O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico não pode ser afastado nesse caso, pois tem sintomas clínicos frustos.
- E) Esse caso é típico de resistência aos hormônios tiroideanos por mutação da subunidade alfa do receptor do hormônio tiroideano.

GRUPO 29
- ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA -