

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --**Questão 41**

De acordo com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o sobrepeso infantil é a causa mais comum da procura por endocrinologista na área pediátrica. A doença afeta 13,2% das crianças entre 5 e 9 anos acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pode trazer consequências ao longo da vida. A respeito do diagnóstico dos distúrbios do metabolismo de carboidratos na população infantil, assinale a opção correta.

- Ⓐ Os análogos de GLP-I constituem terapias farmacológicas de primeira escolha no tratamento do diabetes melito tipo 2 nessa população, dada a alta prevalência de sobrepeso e obesidade.
- Ⓑ A frequência de triagem de distúrbios do metabolismo de carboidratos nessa população deve ser realizada anualmente após 5 anos de idade, preferencialmente por meio de dosagem de hemoglobina glicada.
- Ⓒ A história familiar de diabetes melito tipo 2 constitui o principal critério na escolha dos indivíduos-alvo para triagem de sobrepeso.
- Ⓓ Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl confirmada em segunda ocasião e independente da presença de sintomas constitui critério diagnóstico de diabetes melito.
- Ⓔ Para essa população, a síndrome metabólica é definida como circunferência abdominal acima do percentil 90 para idade e gênero, pressão arterial acima do percentil 90 para idade, gênero e estatura, glicemia de jejum > 110 mg/dl e LDL colesterol > 130 mg/dl.

Questão 42

Em relação ao diagnóstico e ao tratamento das dislipidemias na criança, assinale a opção correta.

- Ⓐ O diagnóstico de diabetes melito tem pouca influência na indicação de tratamento farmacológico.
- Ⓑ As estatinas constituem as drogas de escolha para o tratamento da dislipidemia na criança.
- Ⓒ As resinas sequestradoras de bile, como a colestiramina, podem aumentar as concentrações séricas de triglicerídeos.
- Ⓓ Toda criança com idade superior a 2 anos e história familiar de dislipidemia deve ser triada.
- Ⓔ Crianças que apresentam LDL colesterol ≥ 160 mg/dL e idade superior a 10 anos deve receber tratamento farmacológico.

Questão 43

No que se refere à obesidade na população pediátrica, assinale a opção correta.

- Ⓐ Análogos da somatostatina, como o ocreotídeo, constituem opção de tratamento farmacológico de obesidade nessa população.
- Ⓑ Mutações da POMC podem constituir causa monogênica de obesidade infantil, caracterizada por hiperfagia e insuficiência adrenal.
- Ⓒ A meta do tratamento da obesidade primária na população pediátrica abaixo de 5 anos de idade é a perda de 0,5 a 1,0 kg por mês.
- Ⓓ Agentes anorexígenos, como a sibutramina, são aprovados para o tratamento farmacológico da obesidade em indivíduos com mais de 12 anos de idade.
- Ⓔ A obesidade sindrômica pode estar presente nas síndromes de Prader-Willi, Bardet-Biedl e Klinefelter.

Questão 44

No que diz respeito ao tratamento do diabetes melito tipo 1, assinale a opção correta.

- Ⓐ Os análogos da GLP-I constituem opção terapêutica farmacológica em associação com insulinoterapia para o diabetes melito tipo 1.
- Ⓑ Os análogos de insulina constituem opção terapêutica mais segura e eficaz que as insulinas convencionais.
- Ⓒ A principal meta do tratamento do diabetes melito tipo 1 a longo prazo é evitar as complicações crônicas da doença.
- Ⓓ A insulina regular apresenta perfil farmacológico com início de ação em 15 minutos, pico de ação com 1 hora e duração de ação de 3 a 4 horas.
- Ⓔ A insulina NPH apresenta perfil farmacológico com início de ação com 1 hora, pico de ação com 12 horas e duração de ação de 24 horas.

Questão 45

No que se refere à cetoacidose diabética, assinale a opção correta.

- Ⓐ O edema cerebral é uma complicação rara no tratamento da cetoacidose diabética.
- Ⓑ Os critérios diagnósticos da condição incluem glicemia venosa maior que 600 mg/dl, acidose metabólica e cetonemia/cetonúria.
- Ⓒ Os principais fatores desencadeantes da cetoacidose diabética em pacientes com diagnóstico de diabetes melito tipo 1 estabelecido são infecções ou omissões na dose de insulina.
- Ⓓ A hiperpotassemia é uma complicação frequente no tratamento da cetoacidose diabética.
- Ⓔ A reposição de bicarbonato de sódio deve ser realizada quando o sangue do paciente apresentar pH menor que 7,3.

Questão 46

A respeito da patogênese e do tratamento das complicações microvasculares do diabetes melito tipo 1, assinale a opção correta.

- Ⓐ O transplante renal heterólogo não constitui opção terapêutica na doença renal diabética terminal devido à recorrência da doença no órgão transplantado.
- Ⓑ A utilização de inibidores de aldose redutase, como o sorbinil, é eficaz para deter a evolução da neuropatia diabética periférica.
- Ⓒ Fotocoagulação focal com *laser* é indicação terapêutica na retinopatia diabética não proliferativa.
- Ⓓ O estágio 3 da nefropatia diabética é caracterizado por proteinúria franca e síndrome nefrótica.
- Ⓔ Em condições de hiperglicemia crônica, a formação de produtos avançados de glicosilação de proteínas, através de ligações covalentes irreversíveis, tem papel fundamental na patogênese das complicações crônicas microvasculares do diabetes melito.

Questão 47

A respeito da doença nodular da tireoide na população pediátrica, assinale a opção correta.

- A** Quando indicada, a dose ablativa de iodo no pós-operatório de doença maligna primária de tireoide deve ser realizada preferencialmente com ^{123}I .
- B** Mutações do gene RET estão associadas ao carcinoma folicular da tireoide.
- C** A cintilografia de tireoide constitui ferramenta diagnóstica fundamental na investigação clínica da doença nodular da tireoide em crianças, sendo capaz de diferenciar doença maligna de benigna.
- D** O risco de desenvolvimento de neoplasia maligna primária da tireoide em nódulos da tireoide em crianças é quatro vezes maior do que em adultos.
- E** O carcinoma medular da tireoide, que corresponde a 5% das neoplasias da tireoide em crianças, está associado a síndromes genéticas da neoplasia endócrina múltipla (NEM) tipo 1 e tipo 2.

Questão 48

Acerca do hipotireoidismo congênito, assinale a opção correta.

- A** O hipotireoidismo central congênito pode não ser diagnosticado com a dosagem de TSH em papel de filtro.
- B** As manifestações clínicas clássicas do hipotireoidismo congênito são evidenciadas já na primeira semana de vida.
- C** O tratamento precoce para hipotireoidismo congênito, antes da terceira semana de vida, deve ser realizado com levotiroxina na dose de 1 a 3 mcg/kg/dia.
- D** A maioria dos casos de hipotireoidismo congênito resulta em erros inatos da biossíntese de hormônios tireoidiano.
- E** A triagem neonatal, obrigatória e realizada através de dosagem de TSH em papel filtro, deve ser realizada na segunda semana de vida.

Questão 49

A respeito do hipertireoidismo neonatal, assinale a opção correta.

- A** A doença de Graves neonatal só se manifesta após o nascimento.
- B** O hipotireoidismo neonatal ocorre quando o TSH materno cruza livremente a barreira transplacentária durante a gestação.
- C** Os anticorpos antirreceptores de TSH (TRAB) da mãe com doença de Graves não cruza a barreira transplacentária durante a gestação.
- D** A maioria dos recém-nascidos cujas mães têm doença de Graves apresentam hipertireoidismo central transitório.
- E** A doença de Graves neonatal constitui a causa mais frequente de hipertireoidismo neonatal transitório.

Questão 50

No que concerne à síndrome de resistência aos hormônios tireoidianos, assinale a opção correta.

- A** Crianças com bócio e manifestações crônicas de hipertireoidismo representam o quadro clássico de resistência generalizada ao hormônio tireoidiano.
- B** Concentrações séricas elevadas de T4 livre estão presentes tanto na resistência periférica quanto na resistência generalizada ao hormônio tireoidiano.
- C** Crianças prematuras com concentrações séricas inapropriadamente normais de TSH podem apresentar, na presença de concentrações séricas elevadas de T4 livre, hipotiroxemia transitória.
- D** A mutação mais frequente está localizada na subunidade alfa do receptor nuclear.
- E** A resistência hipofisária isolada ao hormônio tireoidiano se caracteriza por manifestações clínicas de hipertireoidismo e concentrações séricas elevadas de TSH e T4 livre.

Questão 51

Hormônios são moléculas informativas secretadas por tecidos especializados que desempenham papel biológico por meio de sua ligação com receptores. Considerando a fisiologia, é correto afirmar que o hormônio do crescimento (GH) utiliza o receptor

- A** citoplasmático.
- B** nuclear.
- C** JAK tirosina quinase.
- D** tirosina quinase.
- E** proteína G.

Questão 52

Paciente de 17 anos de idade, sexo feminino, com queixa de ausência de ciclos menstruais há 7 meses; refere menarca aos 13 anos de idade. Informa que, desde o ingresso na faculdade, seus hábitos de vida mudaram com início de vida sexual e uso regular de drogas recreativas, sobretudo canabidiol. Nega outras comorbidades ou uso de medicações contínuas. Foram solicitados exames de sangue para avaliação do quadro, porém até o momento só foi disponibilizado o resultado do BHCG, negativo.

Diante desse quadro clínico, em relação aos demais exames solicitados, é correto esperar

- A** prolactina reduzida, hormônio liberador de corticotrofina elevado, hormônio luteinizante reduzido.
- B** prolactina reduzida, hormônio liberador de corticotrofina reduzido, hormônio luteinizante reduzido.
- C** prolactina reduzida, hormônio liberador de corticotrofina reduzido, hormônio luteinizante elevado.
- D** prolactina elevada, hormônio liberador de corticotrofina elevado, hormônio luteinizante reduzido.
- E** prolactina elevada, hormônio liberador de corticotrofina reduzido, hormônio luteinizante elevado.

Questão 53

Paciente do sexo feminino, 4 anos de idade, foi encaminhada ao endocrinologista pediátrico, com relato de múltiplas fraturas, sem mecanismo de trauma significativo, além de queixa de sangramento vaginal há 2 meses, em aspecto de borra de café. Ao exame físico, apresentava manchas café com leite em hemicorpo esquerdo, deformidade óssea em perna esquerda e presença de telarca bilateral.

Considerando o quadro clínico apresentado, a hipótese diagnóstica para a paciente seria

- Ⓐ neurofibromatose.
- Ⓑ osteogênese imperfeita.
- Ⓒ síndrome de Turner.
- Ⓓ síndrome de McCune-Albright.
- Ⓔ osteodistrofia de Albright.

Questão 54

Paciente de 16 anos de idade, sexo feminino, portadora de diabetes melito tipo 1, desde os 8 anos de idade em uso de insulino terapia múltiplas doses. Essa paciente já apresenta duas doenças autoimunes, e a mãe se preocupa sobre o risco de ela apresentar outras doenças associadas na vida adulta. Em exames anuais, foram identificados TSH = 8,7 mUI/L (VR 0,5 a 4,5 mUI/L), T4 livre = 0,98 mUI/L (VR 0,6 a 1,6 mUI/L), antitireoglobulina = 28,5 UI/mL (VR < 4,5 UI/mL), anti-TPO = 114 UI/mL (VR < 34 UI/mL).

Diante do quadro clínico precedente, e considerando os exames apresentados, é correto afirmar que a paciente

- Ⓐ não tem risco de apresentar outras doenças associadas.
- Ⓑ pode manifestar outras doenças da síndrome autoimune do tipo 2, tal como o hipoparatiroidismo.
- Ⓒ pode manifestar outras doenças da síndrome poliglandular autoimune do tipo 1, tal como candidíase mucocutânea.
- Ⓓ pode manifestar outras doenças da síndrome poliglandular autoimune do tipo 1, tal como vitiligo.
- Ⓔ pode manifestar outras doenças da síndrome poliglandular autoimune do tipo 2, tal como doença de Addison.

Questão 55

Lactente de 36 horas de vida, hemodinamicamente estável, em uso de HOOD, realizou exames de controle devido à icterícia neonatal zona III de Kramer. Idade gestacional de 30 semanas, peso ao nascimento 950 g. Mãe apresentou diabetes gestacional. Aleitamento em seio materno exclusivo com boa aceitação. Exame físico sem alterações segmentares e sem dismorfias faciais. Nos exames laboratoriais, observou-se: cálcio 7 mg/dL (VR 7,6 a 10,4 mg/dL) e fósforo 9,6 mg/dL (VR 4,5 a 9 mg/dL).

Nesse caso clínico, a principal etiologia para a hipocalcemia é a

- Ⓐ ingesta aumentada de fósforo.
- Ⓑ resistência ao PTH por imaturidade dos túbulos renais.
- Ⓒ secreção deficitária de PTH por imaturidade das glândulas da paratireoide.
- Ⓓ mutação ativadora do gene *GNAS*.
- Ⓔ deficiência de vitamina D materna.

Questão 56

Paciente de 16 anos de idade é encaminhada para endocrinologia pediátrica para investigação de baixa estatura. Apresentava queixa de cefaleia ocasional, fronto-temporal e vista “embaçada”, sobretudo à esquerda. Refere telarca aos 12 anos de idade, mas nega menarca. Estatura: 146 cm (Z escore: -2,838), peso: 42 kg, IMC: 19,7 kg/m² (Z escore: -0,311). Tanner M2P4. Sem dismorfias faciais. Sem outras alterações no exame físico. Na investigação de baixa estatura, realizou ressonância magnética de sela turca com presença de lesão supraselar de conteúdo parcialmente cístico com compressão de quiasma óptico à esquerda. Não foi possível visualizar haste hipofisária e hipófise devido à presença de lesão.

Considerando o quadro clínico precedente, a principal hipótese diagnóstica para a paciente seria

- Ⓐ astrocitoma.
- Ⓑ cisto de bolsa de Rathke.
- Ⓒ meduloblastoma.
- Ⓓ craniofaringioma.
- Ⓔ glioma.

Questão 57

Paciente de 15 anos de idade procurou avaliação devido à baixa estatura. Refere crescimento lento desde pequena. Até o momento, não havia apresentado nenhum sinal de puberdade. Nascida a termo, com peso e comprimentos adequados para idade gestacional. Estatura: 144 cm (Z escore: -2,918), peso: 51 kg, IMC: 24,6kg/m² (Z escore: +1,435). Tanner M1P4. Ao exame físico, observou-se: braquidactilia do 4.º metacarpo bilateral, escoliose, cúbito valgo. Exames laboratoriais mostraram: LH 22,5 mUI/mL (VR pré-púbere < 0,3 mUI/mL), FSH 32,3 mUI/mL (VR pré-púbere < 0,3 mUI/mL), estradiol < 2 pg/mL (VR pré-púbere < 20 pg/mL). Cariótipo: 45,X/46,XX.

Considerando o diagnóstico clínico dessa paciente, assinale a opção que apresenta o gene responsável pela baixa estatura.

- Ⓐ *GLI2*
- Ⓑ *SHOX*
- Ⓒ *GHR*
- Ⓓ *FGR3*
- Ⓔ *SOX9*

Questão 58

Paciente de 13 anos de idade apresenta queixa de dor em coluna após queda da própria altura. Em avaliação no pronto-socorro, foi identificada uma única fratura vertebral. Ao exame físico, observou-se: fâcies de dor, dificuldade para deambular e escoriações em dorso. Estatura: 116,3 cm (Z escore: -2,11). Tanner G1P2. O médico plantonista o diagnosticou com osteoporose, recomendou repouso e solicitou densitometria óssea. No dia seguinte, foi realizada a densitometria óssea com o seguinte laudo: coluna lombar L1-L4 com densidade mineral óssea de 0,579 g/cm², Z escore -2,1; corpo total, exceto cabeça, com densidade mineral óssea de 0,748 g/cm², Z escore -2,2.

Considerando a densitometria óssea desse paciente e os exames complementares apresentados, é correto

- Ⓐ realizar a densitometria óssea e realizar também o terço distal do rádio.
- Ⓑ realizar o ajuste da densidade mineral óssea pelo Z escore de estatura, considerando a baixa estatura do paciente.
- Ⓒ realizar o ajuste da densidade mineral óssea pelo estadiamento puberal de Tanner.
- Ⓓ converter os resultados da densitometria para T escore.
- Ⓔ repetir a densitometria óssea e realizar também a avaliação do quadril.

Questão 59

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, apresenta obesidade grave, com IMC de 44 kg/m². Realizou vários acompanhamentos multidisciplinares com mudança do estilo de vida, porém, sem melhora significativa do IMC. Apresenta hipertensão arterial sistêmica estágio 2 e diabetes melito tipo 2, ambos em tratamento medicamentoso. Refere que não quer mais usar medicação. Convenceu seus pais e procurou consulta com cirurgião do aparelho digestivo a fim de realizar cirurgia bariátrica.

Nessa situação hipotética, o maior risco da cirurgia bariátrica para esse adolescente é

- A** a deficiência vitamínica.
- B** o reganho de peso após 6 meses do procedimento.
- C** a elevada mortalidade associada ao procedimento cirúrgico.
- D** a incapacidade de perder o peso corporal.
- E** o prejuízo na estatura final.

Questão 60

Lactente de 12 dias de vida, masculino, chega ao pronto-socorro infantil com episódios de vômitos incoercíveis, dificuldade de amamentação e prostração. Mãe nega febre ou outros sintomas associados. Nascido a termo de 40 semanas, peso ao nascimento de 3.332 gramas, comprimento de 50 cm. APGAR 9/9. Sem uso de medicamentos. Mãe nega intercorrências gestacionais e(ou) neonatais. Pais são primos de primeiro grau. Ao exame físico, observou-se desidratado grave, hipocorado, taquicárdico, dispneico leve; peso atual de 2.120 gramas; na genitália, ausência de gônadas palpáveis, eminências lábio escrotais totalmente fundidas e pouco pigmentadas, *falus* de 1,2 cm × 1,0 cm.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para esse paciente, nos exames laboratoriais, espera-se

- A** hipernatremia, hipocalemia e hipoglicemia.
- B** hiponatremia, hipocalemia e hiperglicemia.
- C** hipernatremia, hipercalemia e hipoglicemia.
- D** hiponatremia, hipercalemia e hiperglicemia.
- E** hiponatremia, hipercalemia e hipoglicemia.

Espaço livre