



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo AA5**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

## Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

## TABELA DE ABREVIações E VALORES DE REFERência

LISTA DE ABREVIações	VALORES DE REFERência (ADULTOS)
AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto Ca <sup>2+</sup> – Cálcio Cl <sup>-</sup> – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K <sup>+</sup> – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg <sup>2+</sup> – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na <sup>+</sup> – Sódio PA – Pressão Arterial pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Amino transferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Amino transferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL  Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup> Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup> Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup> Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup> Monócitos = 220 a 730/mm <sup>3</sup> Segmentados = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Bastonetes = até 829/mm <sup>3</sup> Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm <sup>3</sup> Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos
<b>VALORES DE REFERência PARA GASOMETRIA ARTERIAL</b>  pH = 7,35 a 7,45 pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L SpO <sub>2</sub> > 95%	
<b>VALORES DE REFERência DE Hb PARA CRIANÇAS</b>  Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	

**01**

Mulher, 26 anos de idade, diagnosticada aos 19 anos de idade, com o que foi presumido ser diabetes melito tipo 1, devido ao seu baixo peso, está em acompanhamento. Ela foi tratada, desde então, com um esquema de múltiplas doses de insulina (basal-bólus), mas queixa-se de grande variabilidade glicêmica e episódios recorrentes de hipoglicemia que limitam a intensificação do tratamento e afetam sua rotina profissional. Sua HbA1c atual é de 7,9%. Devido à história de diabetes em seu pai e avô paterno, ambos diagnosticados antes dos 30 anos de idade e sem obesidade, foi realizado um painel genético que acaba de confirmar uma mutação patogênica no gene *HNF1A* (Fator Nuclear de Hepatócitos 1-alfa). Diante da confirmação etiológica de diabetes monogênico do tipo *HNF1A-MODY*, qual é a modificação terapêutica mais racional e eficaz para esta paciente, com o objetivo de melhorar o controle glicêmico e reduzir a ocorrência de hipoglicemias?

- (A) Trocar o esquema de múltiplas injeções por uma bomba de infusão contínua de insulina.
- (B) Manter a insulina basal e adicionar um inibidor da SGLT2 para estabilizar as glicemias.
- (C) Realizar a transição da insulino terapia para uma sulfonilureia.
- (D) Suspender a farmacoterapia e tentar controle apenas com dieta de baixo índice glicêmico.

**02**

Mulher, 60 anos de idade, possui diabetes melito há 10 anos e hipertensão arterial. Usa metformina 850 mg /dia, gliclazida 120 mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia, além de hipotensores e estatina. Refere que faz a dieta prescrita da melhor maneira que pode, e caminha meia hora diariamente, mantendo peso estável (IMC de 29 kg/m<sup>2</sup>). Exames com HbA1c de 8,5%, e glicemia de jejum de 178 mg/dL. Só tem acesso a medicações fornecidas pela UBS ou farmácia popular. Recomenda-se:

- (A) Insistir para aumentar a atividade física e reduzir o peso.
- (B) Aumentar a dose da gliclazida para 160 mg/dia.
- (C) Introduzir NPH 6 unidades ao deitar e solicitar retorno em 3 meses com hemoglobina glicada.
- (D) Introduzir NPH 6 unidades ao deitar e solicitar medidas de glicemia de jejum diariamente.

**03**

Mulher, 34 anos de idade, com pré-diabetes e IMC de 42 kg/m<sup>2</sup> foi submetida à cirurgia de *bypass* em Y de Roux há 3 anos, com normalização dos níveis glicêmicos. Comparece à consulta, com IMC de 29 kg/m<sup>2</sup> e relata que está grávida de 24 semanas. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O risco de diabetes gestacional e de recém-nascido GIG é reduzido, mas há aumento do risco de recém-nascido FIG.
- (B) O rastreio de diabetes gestacional deve ser feito com teste de tolerância oral à glicose entre 24 e 28 semanas de gestação.
- (C) O ganho de peso recomendado é de 0,45 kg por semana e independe do IMC pré-gestacional.
- (D) O tempo entre a cirurgia e a gestação coloca a paciente em alto risco para complicações materno-fetais.

**04**

Homem, 58 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há 8 anos, em uso regular de metformina e dapagliflozina, é admitido no pronto-socorro com história de 2 dias de náuseas, vômitos, dor abdominal e mal-estar geral, iniciados após um quadro gripal. Ao exame físico, está consciente, porém letárgico, taquipneico (FR de 28 irpm), desidratado e normotenso. A glicemia capilar à admissão é de 230 mg/dL.

• Gasometria arterial:  
pH: 7,12  
pCO<sub>2</sub>: 20 mmHg  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 8 mEq/L

• Os eletrólitos são:  
Na<sup>+</sup>: 135 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 4,8 mEq/L  
Cl<sup>-</sup>: 100 mEq/L  
A cetonúria é fortemente positiva (+++/4+)

Considerando a apresentação clínica e os dados laboratoriais deste paciente, qual diagnóstico explica o grave distúrbio metabólico e qual a intervenção terapêutica que deve ser iniciada com urgência para reverter o processo fisiopatológico primário?

- (A) Acidose láctica por metformina, indicar hidratação e suporte hemodinâmico.
- (B) Cetoacidose diabética euglicêmica, iniciar infusão contínua de insulina venosa.
- (C) Estado hiperglicêmico hiperosmolar, focar em reposição volêmica agressiva.
- (D) Acidose metabólica de alto hiato aniônico, aguardar função renal e painel toxicológico.

**05**

Homem, 38 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com vômitos, dor abdominal difusa, hipotensão arterial (PA de 70×40 mmHg) e prostração. Tem história de perda ponderal e hiperpigmentação da pele nas últimas semanas. O médico suspeita de crise adrenal aguda.

• Exames iniciais:  
Na<sup>+</sup>: 128 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 6,0 mEq/L  
Glicemia: 60 mg/dL

Qual a conduta imediata correta enquanto a investigação diagnóstica é conduzida?

- (A) Coletar cortisol e ACTH e iniciar hidrocortisona EV e expansão volêmica.
- (B) Solicitar teste de estímulo com ACTH antes de qualquer medida.
- (C) Administrar fludrocortisona e glicose em bólus, sem necessidade de soro.
- (D) Encaminhar para UTI e aguardar confirmação laboratorial para tratar.

**06**

Criança, sexo masculino, nascido a termo de parto normal, sem intercorrências com apresentação cefálica. Nasceu adequado para a idade gestacional. Apresentou desaceleração do crescimento a partir dos 8 anos de idade, coincidente com cefaleia diária associada à náusea e vômito. A mãe procurou serviço médico para avaliação neurológica e o exame físico apresentava altura com – 2,5 DP comparada com as crianças de mesma idade e sexo. O raio-X simples de crânio apresentava alargamento da sela com sinais de microcalcificação e a RM de hipófise apresentava lesão supraselar de característica cística e sólida. Os exames laboratoriais confirmaram deficiência de GH e TSH. Qual o diagnóstico que melhor caracteriza o quadro de deficiência hormonal múltipla associado à lesão supraselar com aspecto cístico e microcalcificação ao raio-X simples de crânio?

- (A) Hamartoma.
- (B) Craniofaringioma.
- (C) Ependimoma.
- (D) Adenoma hipofisário não funcionante.

**07**

Menina, 12 anos e 6 meses de idade, com excesso de peso desde o nascimento, em seguimento com nutricionista e psicólogo há 3 anos, é encaminhada pelo pediatra para consulta com endocrinologista devido à piora progressiva da obesidade. Tem um bom rendimento na escola, onde faz atividade física 2 vezes por semana. A menarca foi com 11 anos. O peso é 69 kg, a estatura 146 cm (normal para a idade), IMC de 32 kg/m<sup>2</sup> e Z-IMC de +2,87, com predomínio de gordura em tronco e estadiamento de Tanner M4P4. Considerando o quadro da paciente e a obesidade, assinale a alternativa correta.

- (A) Apresenta indicação de tratamento da obesidade com liraglutida.
- (B) Há recomendação de rastreio para obesidade monogênica.
- (C) Até os 16 anos, o tratamento deve ser somente com nutrição saudável e atividade física.
- (D) Deve ser pedida a dosagem de cortisol às 8 horas por suspeita de obesidade de causa endócrina.

**08**

Paciente de 80 anos de idade apresenta diabetes melito tratado com metformina. Apresenta dores articulares em mãos e joelhos. Seu ortopedista pediu avaliação da função tireoidiana, conforme resultados a seguir:

TSH: 6,0 mUI/L (ref.: 0,8 a 4,2 mUI/L)  
T4 livre: 1,3 ng/dL (ref.: 0,9 a 1,5 ng/dL)

Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- (A) Repetir a dosagem em 1 semana.
- (B) Introduzir levotiroxina na dose de 50 µg/dia.
- (C) Introduzir levotiroxina na dose de 25 µg/dia, com aumento a cada 4 semanas.
- (D) Somente observação, e repetir a dosagem em 3 meses.

**09**

Homem, 26 anos de idade é encaminhado por história familiar de doença arterial coronariana, avô paterno e pai faleceram por IAM, aos 45 e 55 anos de idade, respectivamente. Pai tabagista e dislipidêmico. Paciente assintomático, saudável, pratica esporte regularmente e mantém alimentação, razoavelmente, pobre em gorduras. Sem uso de medicamentos contínuos. Mãe diabética e sem comorbidades. Nega tabagismo. Refere ingestão de bebidas alcoólicas nos finais de semana, preferencialmente vinho. Ao exame físico, apresentou IMC de 26,7 kg/m<sup>2</sup>, PA de 120×80 mmHg. Ausência de xantelasmas. Presença de espessamento em tendões de Aquiles bilateralmente. Sem mais alterações.

- Exames laboratoriais:  
Colesterol total: 290 mg/dL  
LDL-C: 215 mg/dL  
Triglicérides: 110 mg/dL  
HDL-C: 53 mg/dL  
Não-HDL-C: 237 mg/dL  
Hb A1c: 5,7%  
TSH: 1,5 µUI/mL

Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- (A) Dislipidemia secundária ao alcoolismo.
- (B) Hiperlipemia familiar combinada.
- (C) Hipercolesterolemia familiar heterozigótica.
- (D) Dislipidemia mista de causa secundária.

**10**

Mulher, 61 anos de idade, procura atendimento devido ao aparecimento de hirsutismo e queda de cabelo nos últimos 5 anos. Ela também relata aumento do clitóris. Refere que durante a menacme tinha ciclos regulares, G3P2A1, e teve menopausa aos 52 anos. Não fez terapia hormonal da menopausa e nega uso de medicamentos ou suplementos. Ao exame físico, observa-se pelos faciais espessos e rarefação de cabelo na região temporal.

- Exames laboratoriais:  
Testosterona total: 160 ng/dL (ref.: para mulheres < 40 ng/dL)  
DHEAS: 45 µg/dL (ref.: 35 a 430 µg/dL),  
FSH e LH: com padrão de pós-menopáusia;  
Estradiol: < 10 pg/mL

Qual é a causa mais provável do excesso de andrógenos desta paciente?

- (A) Hipertecose ovariana.
- (B) Hiperplasia adrenal congênita forma não clássica.
- (C) Exposição exógena à testosterona.
- (D) Carcinoma adrenal.

Texto para as questões 11 e 12

Homem, 52 anos de idade, apresentava zumbido em ouvido direito. Na avaliação pelo otorrinolaringologista, foi solicitada ressonância magnética de crânio. O exame evidenciou uma massa, de características sólidas, ocupando toda a região selar, de 1,7 x 2,0 cm, com expansão supraselar, tocando o quiasma óptico. Não havia qualquer anormalidade no exame físico.

**11**

Em relação ao caso clínico apresentado, é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico mais provável, pelas características da imagem, é de um craniofaringioma.
- (B) O paciente apresenta um incidentaloma de hipófise, que acomete menos de 5% dos adultos que realizam imagem de crânio.
- (C) Pela extensão da lesão, indica-se a avaliação hormonal completa da função hipofisária anterior, e posterior, incluindo teste de restrição hídrica.
- (D) Apesar de não apresentar queixas visuais, a avaliação neuro-oftalmológica é indicada pela proximidade da lesão com as vias ópticas.

**12**

Considerando o caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) Em geral, o tratamento indicado é a neurocirurgia.
- (B) A radioterapia é o tratamento mais adequado, uma vez que esses tumores apresentam crescimento lento.
- (C) Esse tipo de lesão em geral é familiar, sendo necessária investigação genética.
- (D) A avaliação de reposição hormonal deve ser feita apenas após o tratamento, pois deficiências hormonais podem ser reversíveis

**13**

Homem, 40 anos de idade, com episódios esparsos de tremores e sudorese há 3 anos, que ocorrem, principalmente no período matinal antes do café da manhã ou quando atrasa as refeições. Vem apresentando ganho progressivo de peso. Sem doenças prévias. Foi levado ao pronto socorro com quadro de confusão mental após episódio convulsivo. Nesta ocasião a glicemia capilar era de 20 mg/dL. Houve recuperação completa do estado mental após a injeção de glicose. Assinale a alternativa correta.

- (A) A hipótese de insulinoma não deve ser considerada, porque o paciente ganhou peso.
- (B) A hipótese de um tumor produtor de IGF2 deve ser considerada e investigada com as determinações de IGF1 e de IGF2. Nesses casos, na vigência de hipoglicemia, a insulina está baixa.
- (C) O teste da refeição mista deve ser considerado prioritário.
- (D) Podemos afirmar que a hipoglicemia deve-se ao tumor pancreático produtor de insulina.

**14**

Mulher, 25 anos de idade, previamente saudável, procura atendimento com queixas de ganho de peso progressivo nos últimos 18 meses, fraqueza muscular proximal, hipertensão de difícil controle, diabetes melito de início recente e alterações menstruais (oligomenorreia). Nega uso de medicamentos crônicos, exceto anti-hipertensivos (anlodipino 5 mg 2x ao dia). Ao exame físico, apresenta pletora facial, preenchimento das fossas supravalculares, equimoses espontâneas em membros superiores. atrofia muscular proximal, PA de 156x98 mmHg e IMC de 27 kg/m<sup>2</sup>.

• Exames laboratoriais:

Cortisol Livre Urinário (CLU): 285 µg/24h (ref.: < 50 µg/24h)

Volume urinário: 1.500 mL

ACTH plasmático: <5 pg/mL (ref.: 5 a 46 pg/mL)

Cortisol sérico: 20 µg/dL (ref.: 6 a 25 µg/dL)

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e qual a conduta recomendada?

- (A) Síndrome de Cushing ACTH-dependente; solicitar ressonância de hipófise.
- (B) Síndrome de Cushing de origem adrenal; solicitar CT de abdômen protocolo adrenal.
- (C) Pseudo-Cushing relacionada obesidade realizar teste da dexametasona com 8 mg.
- (D) Solicitar US de abdômen para evitar radiação ionizante.

**15**

Mulher, 44 anos de idade, relata que nos últimos 6 meses vem apresentando dificuldade para deglutir, cansaço discreto e aumento de peso de aproximadamente 8 kg, com inchaço de mãos e pés. Refere ainda, cefaleia discreta/moderada e irregularidade menstrual há um ano. Hipertensão arterial e diabetes melito há dois anos. Cirurgia prévia de síndrome do túnel do carpo. Ao exame: face com pele espessada, nariz e lábios grossos e aumento dos sulcos faciais. Tireoide discretamente aumentada, superfície regular, consistência firme, indolor à palpação, ausência de nódulos e móvel à deglutição. Mãos e pés aumentados. Ao exame físico, altura: de 1,62 m, peso de 76 kg (IMC: 29 kg/m<sup>2</sup>), FC de 72 bpm e PA de 130x110 mmHg. Restante do exame normal. Assinale a alternativa que apresenta o procedimento correto para confirmação da hipótese diagnóstica.

- (A) Investigação por imagem do bócio tireoidiano.
- (B) Avaliação cardiovascular.
- (C) Avaliação completa da função hipofisária.
- (D) Avaliação reumatológica.



16

Menino, 6 anos de idade, foi levado ao pediatra por apresentar baixa estatura. Mãe referia dificuldade escolar leve e antecedente cirúrgico de orquidopexia bilateral. Ao exame físico, foi observado: face triangular, hipertelorismo ocular e ptose palpebral além de pescoço alado. Z escore de altura: -3 DP. Ausculta cardíaca revelou presença de sopro sistólico. Ecocardiograma confirmou o diagnóstico de estenose de valvar pulmonar. Em relação a esta condição de baixa estatura genética, é correto afirmar:

- (A) Está associada a criptorquia em meninos, e o hipogonadismo hipogonadotrófico é frequente em meninas.
- (B) Essa condição clínica compartilha muitos estigmas com a síndrome de Turner e seu diagnóstico é confirmado pelo cariótipo.
- (C) Malformações cardíacas esquerdas são frequentes, assim como a presença de déficit cognitivo grave.
- (D) Variantes alélicas patogênicas do gene *PTPN11* são identificadas em cerca de 50% dos casos com diagnóstico molecular estabelecido.

18

Mulher, 71 anos de idade, com hipercalcemia leve e diagnóstico de hiperparatireoidismo primário assintomático com indicação de tratamento cirúrgico. Foram realizados exames de imagem com resultado concordante entre achado de cintilografia de paratireoides com MIBI e ultrassom cervical. A paciente foi submetida a uma paratireoidectomia minimamente invasiva. No terceiro dia pós-operatório, foram realizados os seguintes exames laboratoriais:

Calcio: de 8,9 mg/dL (ref.: 8,6 a 10,3 mg/dL)  
 Fosfato: de 2,3 mg/dL (ref.: 2,5 a 4,5 mg/dL)  
 Creatinina: 0,8 mg/dL (ref.: 0,6 a 1,1 mg/dL)  
 Albumina: 4,0 g/dL (ref.: 3,5 a 5,2 g/dL)  
 25 hidroxí-vitamina D: 36 ng/mL  
 PTH: 96 pg/mL (ref.: 20 a 58 pg/mL)

Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de um caso de persistência de hiperparatireoidismo primário.
- (B) Deve-se solicitar uma tomografia de pescoço com protocolo 4D para reoperação ainda nesta internação.
- (C) Deve-se suplementar a paciente com carbonato de cálcio considerando hiperparatireoidismo secundário.
- (D) Trata-se de um caso de fome óssea e a paciente tem indicação de uso de calcitriol.

19

Homem, 52 anos de idade, foi encaminhado por fraqueza e formigamento nas extremidades superiores e inferiores, juntamente com dificuldade ocasional para caminhar. O paciente foi submetido a uma ressonância magnética da coluna cervical para descartar hérnia discal. O relatório da ressonância magnética identificou dois nódulos tireoidianos, cada um com cerca de 1 cm, no lobo tireoidiano direito. Não foi observado aumento de linfonodos cervicais. Foi solicitado uma ultrassonografia da tireoide para melhor avaliação dos nódulos tireoidianos. O ultrassom identificou um nódulo sólido hipoecoico de 0,9 × 0,7 × 0,8 cm e um nódulo sólido/cístico

de 0,7 × 0,6 × 0,4 cm no lobo tireoidiano direito. Não foram observadas microcalcificações ou margens irregulares em nenhum dos nódulos. Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada para o caso descrito.

- (A) Punção biópsia aspirativa por agulha fina do nódulo sólido de 0,9 cm.
- (B) Seguimento com ultrassonografia em 12 meses.
- (C) Introdução de levotiroxina 50 µg para controle do tamanho dos nódulos.
- (D) Tomografia cervical para avaliação de margens tireoidianas e linfonodomegalia.

17

Mulher, 47 anos de idade, refere fraqueza muscular e dores pelo corpo há cerca de 1 ano, associado à irregularidade menstrual. Ao exame físico, apresenta nódulo tireoidiano em lobo direito, de cerca de 2 cm, indolor e móvel a deglutição. Os exames laboratoriais de função tireoidiana mostram TSH menor que 0,02 µUI/mL, T4 livre de 1,4 ng/dL (ref.: 0,9 a 1,7 ng/dL) e anticorpos anti-tireoperoxidase menor que 9 UI/L (ref.: < 9 UI/L). O exame ultrassonográfico da tireoide mostrou nódulo misto, com algumas áreas císticas, hipoecoico, com halo hipoecogênico, sem microcalcificações, com vascularização central e periférica localizado em lobo direito, medindo 2,8 x 1,8 x 2,4 cm. O restante do parênquima é discretamente heterogêneo. Assinale a próxima conduta para auxiliar no diagnóstico.

- (A) Dosagem de anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb).
- (B) Punção biópsia aspirativa por agulha fina.
- (C) Cintilografia da tireoide com iodo ou tecnécio.
- (D) Dosagem de tireoglobulina.

20

Mulher, 68 anos de idade, com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário. Como a avaliação com ultrassonografia e a cintilografia com MIBI foram negativas, a paciente foi submetida à cirurgia com exploração ativa das paratireoides, o que permitiu a detecção de um adenoma de paratireoide inferior esquerda. Dezoito horas após a cirurgia, a paciente apresentou sinal de Chvostek positivo, e realizou uma primeira determinação de cálcio que revelou cálcio de 7 mg/dL (ref.: 8,6 a 10,2 mg/dL). Assinale a alternativa correta em relação ao caso descrito.

- (A) A ocorrência é inesperada, uma vez que a paciente mantém três glândulas paratireoides remanescentes e funcionantes.
- (B) Essa hipocalcemia resulta, exclusivamente, do fenômeno de fome óssea pós-operatória, não tendo relação com o ato cirúrgico.
- (C) Trata-se de uma situação rara que é acompanhada de níveis elevados de PTH, em resposta à hipocalcemia aguda observada após a cirurgia.
- (D) A hipocalcemia decorre de hipoparatiroidismo transitório induzido por manipulação cirúrgica e possível bloqueio funcional das demais glândulas paratireoides remanescentes.

RASCUNHO

