

0/0

RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

F29 F29

RESIDÊNCIA MÉDICA
Anos Adicionais
Endocrinologia e Metabologia

1
1/100



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

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 F29**. 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 e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. 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.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. 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 esta capa será considerado(a) ausente da prova.



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% 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</p>
<p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p>



01

Pai refere que em junho de 2023, aos 2 anos, paciente passou a apresentar aumento de pilificação corporal e do tamanho peniano, associado a acne, ganho de peso, voz grave, além de alterações bruscas de humor. Exames laboratoriais evidenciaram elevação das concentrações hormonais, testosterona e cortisol. Em investigação subsequente de puberdade precoce periférica isossexual, foi identificada volumosa lesão nodular sólida heterogênea de 9,6 x 8,1 x 7,4 cm em loja adrenal D, em íntimo contato com rim D e veia cava inferior. Antecedentes familiares: mãe com leucemia aos 30 anos e avó materna com sarcoma ósseo aos 50 anos. Assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento cirúrgico deve ser considerado por vídeo-laparoscopia.
- (B) O principal gene envolvido na patogênese molecular é o *TP53*.
- (C) A criança não apresenta risco de desenvolver outros tumores.
- (D) A incidência do carcinoma adrenocortical é elevada devido ao gene *RET* (p.R337H).

02

Paciente com 18 anos apresenta-se com quadro clínico de síndrome de Cushing: hematomas aos mínimos traumas, miopatia proximal, estrias violáceas em abdômen e pleura facial com lentigineas ao redor dos olhos e em lábios. ACTH abaixo do limite do ensaio e cortisol sérico 27 ug/dL (valor de referência: 5-25 ug/dL). Assinale qual a hipótese diagnóstica mais plausível.

- (A) Hiperplasia microneodular pigmentosa primária (PPNAD).
- (B) Doença adrenocortical macroneodular bilateral (BMAD).
- (C) Doença de Cushing.
- (D) Adenoma adrenal.

03

Paciente, sexo feminino, 62 anos, com quadro de hipertensão resistente diagnosticada aos 46 anos. Nega hipocalemia, câimbras e fraqueza muscular. Antecedentes patológicos: insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção normal. A paciente realizou uma tomografia de abdômen para investigar dor abdominal, que mostrou nódulo em adrenal direita medindo 1,8 cm com 32 unidades Housfield na fase pré-contraste.

- Em uso: anlodipino 5 mg 2x/dia, losartana 50 mg 2x/dia, hidralazina 50 mg 8/8h, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metoprolol 50 mg/dia.
- Ao exame clínico: PA: 150x100 mmHg, FC: 72 bpm, sem estigmas de Cushing.
- Investigação hormonal: aldosterona 18 ng/dL, renina 88 uUI/mL, metanefrina plasmática 0,4 nmol/L (< 0,6) e normetanefrina plasmática 1,4 nmol/L (< 0,9).

Em relação à investigação diagnóstica e manejo dessa paciente, podemos afirmar:

- (A) A paciente tem diagnóstico de feocromocitoma (elevação de normetanefrina e imagem suspeita), logo, podemos prosseguir diretamente para adrenalectomia direita após preparo pré-operatório com doxazosina.
- (B) É necessária a troca das medicações anti-hipertensivas por hidralazina, verapamil e clonidina por 2 semanas antes de repetir o rastreamento para hiperaldosteronismo primário.
- (C) Visto que a paciente tem elevação de normetanefrina plasmática, não é necessário investigar hipercortisolismo com o teste de depressão do cortisol com 1 mg de dexametasona.
- (D) Como a paciente apresenta elevação de normetanefrina plasmática <2x o limite superior da normalidade e imagem suspeita para feocromocitoma, a realização do teste da clonidina está indicada para confirmar o diagnóstico bioquímico de feocromocitoma.

04

Menino de 5 anos é levado ao pediatra pela mãe devido a quadro de aumento de peso e alta estatura desde a infância. Apresenta hiperfagia e engordou rapidamente desde o nascimento. Sem histórico de hipoglicemias, hipotensão, diarreia e infecções recorrentes. Ao exame físico, apresenta um Z-IMC >+3 e um Z-altura >+2. Exames laboratoriais demonstraram leptinemia normal, hiperinsulinemia. Um exame de DEXA mostrou um aumento de massa de gordura e de massa livre de gordura. Em relação ao quadro de obesidade deste paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) O fenótipo é altamente sugestivo de deficiência da pró-opiomelanocortina.
- (B) A síndrome de Prader-Willi e excesso de glicocorticoide devem ser descartados devido ao fenótipo.
- (C) A presença de leptinemia dosável exclui o diagnóstico de deficiência de leptina.
- (D) A leptinemia normal não exclui o diagnóstico de deficiência do receptor de leptina.

05

Paciente de 50 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética realizou exame de imagem (TC de tórax sem contraste) para controle de nódulo pulmonar indeterminado identificado há 6 meses. No exame atual observa-se lesão nodular em loja suprarrenal esquerda de 3,0 cm e 10 UH e nódulo pulmonar calcificado. Ao exame físico, apresenta IMC de 31 kg/m² e PA 140 x 100 mmHg. Assinale a alternativa correta.

- (A) Recomenda-se rotineiramente biópsia adrenal na investigação diagnóstica.
- (B) Nódulos adrenais ≥ 4 cm e heterogêneos e/ou UH > 20 apresentam maior risco de malignidade.
- (C) Todos os pacientes devem realizar o teste de supressão do cortisol com prednisona 1 mg *overnight*.
- (D) Deve-se excluir feocromocitoma para todas as massas/nódulos adrenais.



06

Paciente, sexo masculino, 60 anos, relata diagnóstico de hipertensão aos 41 anos. Refere uso regular das medicações anti-hipertensivas. Nega hipocalemia, câimbras e fraqueza muscular. Antecedentes patológicos: diabetes melito e IAM prévio.

- Em uso: anlodipino 5 mg 2x/dia, losartana 50 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, atenolol 50 mg/dia e clonidina 0,1 mg 12/12 horas.
- Ao exame clínico: PA 170x100 mmHg, FC 72 bpm, sem estigmas de Cushing.
- Investigação hormonal: aldosterona 19 ng/dL, renina < 4 uIU/mL, metanefrina plasmática 0,4 nmol/L (< 0,6) e normetanefrina plasmática 0,6 nmol/L (< 0,9), cortisol após dexametasona 1 mg = 2,8 ug/dL.
- TC abdômen: nódulo em adrenal D medindo 1,9 cm com densidade de 9 unidades Hounsfield (UH) na fase pré-contraste; espessamento difuso da adrenal esquerda e nódulo mal delimitado medindo 1,1 cm com densidade de 19 UH na fase pré-contraste.

Em relação à investigação diagnóstica e manejo dessa paciente, podemos afirmar:

- O diagnóstico de hiperaldosteronismo primário está confirmado. Como o paciente tem nódulos bilaterais, deve ser instituído tratamento medicamentoso com espironolactona.
- É necessária a troca das medicações anti-hipertensivas por hidralazina, verapamil e doxazosina por 2 semanas para repetir o rastreamento para hiperaldosteronismo primário com nova dosagem de aldosterona e renina.
- Após estabelecimento de diagnóstico de hiperaldosteronismo com teste confirmatório, o paciente deve ser submetido ao cateterismo de veias adrenais para investigar a lateralidade da produção de aldosterona.
- Em virtude da associação do hiperaldosteronismo primário com hipercortisolismo, não há necessidade de realizar cateterismo de veias adrenais e o paciente deve ser submetido à adrenalectomia laparoscópica direita.

07

Homem de 35 anos, com peso ao nascimento de 3.900 g e aumento do peso desde a infância. Refere algumas tentativas de perda de peso desde a adolescência e alguns tratamentos, com endocrinologistas e nutricionistas, com perda de peso e recuperação posterior, tendo sido prescritos medicamentos antiobesidade (orlistate, liraglutida). Refere glaucoma de ângulo fechado e que está em uso de colírios. Teve uma convulsão com diagnóstico de epilepsia na adolescência, mas atualmente não toma mais medicamentos. O peso máximo é o atual, de 116 kg (IMC 40 kg/m²), tendo chegado a 102 kg (IMC 35 kg/m²) no tratamento mais eficaz, mas sempre voltando a recuperar o peso perdido ao parar as medicações. Não tolerou tratamento com liraglutida devido à reação alérgica no local da injeção. Pai de peso normal, mãe e uma irmã tinham obesidade, mas foram submetidas à cirurgia bariátrica. Não há outros dados dignos de nota ao exame

físico. Em relação aos tratamentos aprovados para a obesidade deste paciente, assinale a alternativa correta.

- Antes de indicar uma cirurgia bariátrica, deve-se avaliar a resposta à sibutramina e topiramato.
- Antes de indicar uma cirurgia bariátrica, deve-se avaliar a resposta à combinação de naltrexona e bupropiona.
- O paciente tem indicação de cirurgia bariátrica, sendo a melhor opção a derivação gástrica em Y-de-Roux.
- O paciente tem indicação de cirurgia bariátrica, sendo a melhor opção a interposição ileal.

08

Menina de 12 anos é trazida pela mãe por ansiedade devido ao *bullying* e estigmatização social na escola. Seu peso ao nascimento foi de 4.200 g e tem excesso de peso desde então. Refere aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimenta-se bem, incluindo variedade de frutas, legumes e verduras, sucos de frutas e pouca fritura. Faz atividade física duas vezes por semana na escola nas aulas de educação física e tem um tempo acumulado de telas de 4 horas por dia. A mãe apresentou aumento de 25 kg durante a gestação e tem obesidade. O pai também apresenta obesidade. É filha única. Ao exame físico, apresenta peso de 77 kg (IMC 30 kg/m²), que corresponde a um Z-IMC de +2,8. O fígado é palpável a 2 cm do rebordo costal, apresenta acantose nigricans +++/4 e *genum varum*. A pressão arterial é de 130x85 mmHg e a frequência cardíaca é 92. Em relação ao quadro de obesidade desta paciente, assinale a alternativa correta.

- O IMC é útil em crianças e adolescentes com obesidade, sendo a recomendação do Ministério da Saúde o uso das curvas do CDC.
- Ainda não é necessária intervenção porque durante a adolescência há uma tendência de redução do IMC.
- Metformina, orlistate e liraglutida são medicamentos aprovados para o tratamento da obesidade infantil e podem ser usados nesse caso.
- O aumento do peso materno antes e durante a gestação está associado com a adiposidade neonatal e na infância do conceito.

09

Jovem, 26 anos, IMC = 21 kg/m², circunferência abdominal de 73 cm, assintomática, previamente hígida, recebe os seguintes exames após consulta em ginecologista: Glicemia de jejum 132 mg/dL e HbA1c 7,2%. Nega história familiar de diabetes melito. Sobre o tipo de diabetes dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- Teste de tolerância oral à glicose é indicado para complementar a investigação.
- O fato de estar assintomática e não ter história familiar, praticamente exclui a possibilidade de diabetes monogênico.
- A hipótese de diabetes melito tipo 1 não pode ser descartada.
- Dosagem de peptídeo C normal indica diagnóstico de diabetes melito do tipo 2.



10

Jovem 14 anos com diagnóstico de diabetes tipo 1 desde os 6 anos de idade, peso atual 54 kg. Faz uso de insulina glargina 30 UI pela manhã e insulina análoga de ação rápida conforme contagem de carboidratos 1: 8 g, alvo glicêmico 100 mg/dL, fator de sensibilidade de insulina 40 mg/dL em todas as refeições. O paciente apresenta a seguinte monitorização de glicemia capilar:

Dia	Jejum	Pós-café	Pré-almoço	Pós-almoço	Pré-jantar	Pós-jantar	Ao deitar	Madrugada
1	359	180	142	197	121	201	174	166
2	297	152	111		129	162	141	
3	232	175	92				69	

Sobre o ajuste na prescrição deste paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A dose de insulina basal está adequada.
- (B) A dose de insulina basal está insuficiente e a melhor alternativa seria acrescentar uma dose noturna de insulina glargina.
- (C) O paciente apresenta fenômeno do alvorecer e pode ser tentada a troca de insulina glargina por insulina NPH.
- (D) A dose de insulina prandial está muito elevada.

11

MCB, 36 anos, sexo feminino, parda, brasileira, natural de Brumado (BA) e procedente de São Paulo. Queixa principal: “Perda de gordura no corpo”. Relata perda de gordura corporal desde o primeiro ano de vida. Diagnóstico de diabetes aos 18 anos necessitando de altas doses de insulina. Antecedentes pessoais: hipertrigliceridemia grave (2 episódios de pancreatite) e diabetes. História Familiar: pais são primos; refere 3 primos falecidos com quadros semelhantes ao seu. Medicações em uso: metformina, ciprofibrato e insulina. Apresentação clínica pode ser observado nas imagens a seguir:



- Exame físico: PA: 120x80 mmHg; FC: 84 bpm; peso: 59,5 kg; altura: 157 cm; IMC: 24,1 kg/m², cintura abdominal de 82 cm.
- Exames laboratoriais: HbA1c: 9,8%; Glicemia: 237 mg/dL; TGO/AST: 28 mg/dL; TGP/ALT: 37mg/dL; Triglicerídeos: 780 mg/dL; Colesterol total: 180 mg/dL; HDL: 33 mg/dL; LDL: 92 mg/dL.

Com base nos dados descritos acima é correto afirmar:

- (A) A principal hipótese é de lipodistrofia parcial familiar.
- (B) O gene mais comumente acometido nessa condição é o *LMNA*.
- (C) Os genes mais comumente acometidos nessa condição são *BSCL2* e *AGPAT2*.
- (D) Trata-se de Síndrome de Wolfran.



12

Paciente 72 anos com diagnóstico de diabetes há 10 anos, IMC de 26 kg/m², em uso de dapaglifozina 10 mg/dia, gliclazida 60 mg/dia e metformina 2 g/dia. Procura pronto atendimento com queixa de mal estar, dor abdominal e vômitos há 2 dias. Nega febre e sintomas respiratórios. Glicemia capilar com valor de 175 mg/dL. Assinale qual exame laboratorial é fundamental para prosseguir a investigação.

- (A) Hemograma.
- (B) Proteína C Reativa.
- (C) Creatinina sérica.
- (D) Cetonemia.

13

Mulher de 55 anos, com quadro de ganho de peso após a menopausa (aos 48 anos), procura o endocrinologista para auxílio farmacológico no tratamento da obesidade, após três meses de tentativas de mudança de estilo de vida. Refere que há dois anos teve episódio de dor precordial e em região epigástrica, sendo diagnosticada isquemia miocárdica tratada com *stent* coronariano e que na mesma ocasião foi submetida a uma endoscopia, sendo constatada metaplasia intestinal no terço distal do esôfago (esôfago de Barret). Ao exame físico, apresenta 84,5 kg (IMC 33 kg/m²), com uma relação cintura/estatura (RCE) de 0,6 e uma relação abdômen/quadril (RAQ) de 1,1. A pressão arterial é normal. Está usando clopidogrel, AAS e, frequentemente, omeprazol para refluxo gastroesofágico. Apresenta nos últimos dois anos glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL e hemoglobina glicada de aproximadamente 6%. Em relação ao quadro de obesidade desta paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Embora a RAQ indique predomínio de obesidade visceral, a RCE está normal, indicando um equilíbrio entre gordura visceral e subcutânea.
- (B) O uso de liraglutida seria muito bem indicado, devido ao potencial de redução do risco cardiovascular, sem prejuízos para o quadro clínico.
- (C) A combinação de naltrexona e bupropiona está contraindicada devido ao efeito noradrenérgico da bupropiona em paciente com cardiopatia.
- (D) Espera-se que com o uso de orlistate durante 4 anos haja uma redução de cerca de 45% no risco de ocorrência de diabetes tipo 2.

14

Mulher de 34 anos, com aumento de peso desde a adolescência, é admitida no pronto atendimento com queixa de dor de cabeça incapacitante há vários meses, que não responde ao tratamento com analgésicos. Refere ainda visão turva, zumbido no ouvido e enjoo. Apresenta há dez anos hipertensão, tratada com ramipril 10 mg por dia. Há cerca de seis meses está em acompanhamento com um endocrinologista devido ao quadro de obesidade, com uso de sibutramina 10 mg por dia. Ao exame físico, o peso é 110 kg (IMC 39 kg/m²), e a pressão arterial é de

135x90 mmHg. O exame de fundo de olho mostrou papiledema bilateral, e a ressonância magnética de crânio foi normal. Foi feita uma punção líquórica com pressão de 35 cm H₂O (valor normal <25), cuja análise qualitativa foi normal. Houve alívio da dor após a punção. Assinale qual o possível diagnóstico.

- (A) Pseudotumor cerebral.
- (B) Cefaleia devido a provável apneia do sono.
- (C) Efeito colateral da sibutramina.
- (D) Cefaleia crônica diária.

15

Homem de 62 anos com antecedente de hipertensão arterial e sobrepeso, nega antecedente de diabetes, procura pronto atendimento por febre, tosse produtiva e desconforto ao respirar há 2 dias.

- Exames laboratoriais:

Hb: 13,4 g/dL

Leucócitos: de 16.200/mm³

Neutrófilos: 82% com desvio à esquerda

Creatinina: 1,2 mg/dL

Na⁺: 136 mEq/L

K⁺: 4,5 mEq/L

Glicemia capilar: 201 mg/dL

Hb glicada: 5,9%

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Paciente com provável diagnóstico de diabetes tipo 2.
- (B) Deve-se iniciar monitorização glicêmica pré-prandial por pelo menos 24 horas.
- (C) Deve-se iniciar tratamento com metformina.
- (D) O diagnóstico de hiperglicemia de estresse somente pode ser feito com medida de glicemia pré-prandial.

16

Paciente de 29 anos, com antecedente de hipoparatiroidismo pós-tireoidectomia total por carcinoma papilífero de tireoide, está em uso de 125 µg/dia de levotiroxina, 2 cp/dia de calcitriol e 2 cp/dia de carbonato de cálcio, encontrando-se bem compensada. Relata gestação recente sem intercorrências e encontra-se em período puerperal, amamentando seu bebê recém-nascido. Queixa-se de inapetência, náuseas e poliúria. Assinale a alternativa correta.

- (A) Paciente pode estar com hipercalcemia relacionada à amamentação devendo ser revistas as doses de calcitriol e carbonato de cálcio.
- (B) O mais provável é que paciente se encontre em hipotireoidismo e a dose de levotiroxina deve ser revista.
- (C) Deve-se pesquisar presença de metástase tireoidiana com lise óssea.
- (D) Paciente deve estar hipocalcêmica visto que durante a amamentação as necessidades de cálcio requeridas pelo bebê são aumentadas.



17

Paciente no segundo trimestre da gestação passa a apresentar episódios recidivantes de cólica renal. Na investigação é feito diagnóstico de hiperparatireoidismo primário. Assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário está contraindicado durante a gestação.
- (B) Aconselha-se proceder o tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário a fim de se evitar trabalho de parto prematuro.
- (C) Caso a paciente entre em trabalho de parto prematuro, o recém-nascido deve ser monitorado em relação à hipercalcemia visto que o PTH ultrapassa a barreira placentária.
- (D) O tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário durante a gestação deve ser feito assim que diagnosticado, independentemente da idade gestacional, pelo risco de sofrimento fetal.

18

Paciente de 14 anos, sexo masculino, é trazido ao pronto atendimento após apresentar episódio de convulsão. A mãe do paciente relata que o mesmo vinha se queixando, nos últimos meses, de parestesias periorais e em extremidades, além de câimbras, particularmente durante a prática de exercícios físicos. No exame físico, nota-se que paciente apresenta braquidactilia de 4º quirodáctilos. Após realização de tomografia de crânio, observa-se calcificações tênues em núcleos da base. Assinale a alternativa correta.

- (A) Espera-se que o paciente apresente hipocalcemia com PTH indosável ou baixo, além de hiperfosfatemia.
- (B) É importante o rastreamento de hipertireoidismo e/ou gigantismo nesta condição por se tratar de doença associada a hiperprodução hormonal.
- (C) Esta condição frequentemente está associada à displasia fibrosa óssea poliostótica.
- (D) Provavelmente a base molecular da condição responsável pela convulsão do paciente reside em mutação inativadora em heterozigose na proteína G α .

19

Paciente de 2 anos, sexo feminino, apresenta redução da velocidade de crescimento e encurvamento de membros inferiores (*geno varo*). Os exames laboratoriais apresentam hipofosfatemia e elevação dos níveis de fosfatase alcalina para a faixa etária. Na radiografia de joelhos, nota-se sinais evidentes de raquitismo. O pai da paciente e sua avó paterna tiveram histórico semelhante na infância. Assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente deve ser portadora de raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X e a terapia-alvo consiste no uso de medicação anti-FGF23.

- (B) O provável diagnóstico da paciente é de síndrome de Fanconi e a dosagem de gasometria venosa é fundamental para a detecção de alcalose metabólica.
- (C) Embora, mais raro, é importante descartar defeitos tubulares nos transportadores de sódio e fósforo 2a e 2c que habitualmente cursam com níveis baixos de calcitriol.
- (D) O tratamento desta condição é feito habitualmente com uso de solução fosfatada e diurético de alça.

20

Paciente de 38 anos, sexo masculino, apresenta doença de Graves com dificuldade de controle com tratamento clínico sendo indicado tratamento cirúrgico. Assinale a alternativa correta.

- (A) Dosagens altas de tireoglobulina pré-operatória se correlacionam com risco de hipoparatiroidismo pós-operatório.
- (B) Recomenda-se dosagem pré-operatória de calcitriol para a avaliação de deficiência de vitamina D e sua reposição sempre que baixa.
- (C) A dosagem de PTH no 1º dia pós-operatório é recomendada e níveis abaixo de 10 pg/mL são preditores de risco aumentado de hipoparatiroidismo.
- (D) Pacientes com captação difusa e aumentada na cintilografia tireoidiana pré-cirúrgica apresentam maior risco de hipoparatiroidismo.

21

RN (5 dias de vida) com diagnóstico de genitália atípica ao nascimento (falus de 1,5 cm de comprimento, orifício perineal único (seio urogenital presente), gônadas não palpadas. US pélvico/inguinal não identificou presença de derivados Mullerianos. Gônadas visualizadas no canal inguinal, região superior próximo do anel inguinal. Testosterona sérica (48 horas de vida) = 180 ng/dL. Assinale a alternativa correta.

- (A) Para o registro do bebê deve-se aguardar o resultado do teste triagem neonatal para defeito da 21 hidroxilase.
- (B) A hipótese diagnóstica de diferenças do desenvolvimento sexual 46,XY é a mais provável frente aos dados descritos.
- (C) A pesquisa dos valores de estradiol, LH, FSH, e prolactina podem ajudar a esclarecer o diagnóstico.
- (D) A ausência de derivados Mullerianos no US pélvico exclui o diagnóstico de diferenças do desenvolvimento sexual 46,XX.



22

Indivíduo homem transgênero em hormonioterapia supervisionada com testosterona injetável trimestral há 3 anos. A realização de exames laboratoriais periódicos é importante no acompanhamento dos efeitos colaterais da terapia hormonal. Assinale qual desses achados laboratoriais consiste em um efeito colateral frequente causado pelo uso de testosterona injetável.

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Eritrocitose.
- (C) Uremia.
- (D) Hiperglicemia.

23

Mãe traz menina de 6 anos de idade cronológica para avaliação de baixa estatura. Gestação e parto sem intercorrências. Não lembra peso e comprimento ao nascimento. Nega qualquer doença ou internação hospitalar. Alimenta-se bem, muito ativa e bom relacionamento com outras crianças. Na avaliação clínica foi constatado um desvio padrão de altura para a idade cronológica igual a -1,5. Não foram observadas outras anormalidades no exame físico. Assinale a alternativa correta.

- (A) Hormônio de crescimento, LH, FSH, DHEAS são dosagens hormonais basais que devem ser realizadas para a investigação diagnóstica dessa criança.
- (B) A realização de cariótipo, idade óssea e ressonância magnética de hipófise devem ser solicitadas previamente ao início do tratamento.
- (C) A avaliação da curva de crescimento e o acompanhamento da velocidade de crescimento (em 6 meses) são informações que contribuirão para o diagnóstico.
- (D) Hipotireoidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Turner e tumores virilizantes de suprarrenais podem ser a causa de baixa estatura desta menina.

24

Paciente de 22 anos portadora de disgenesia gonadal completa 46,XY com variante patogênica identificada no gene SRY, foi encaminhada para tratamento. Assinale a proposta terapêutica correta para a paciente.

- (A) Estrogenioterapia isolada contínua e dilatação vaginal com molde.
- (B) Estrogenioterapia isolada contínua associada a gonadectomia bilateral.
- (C) Estrogenioterapia isolada contínua, gonadectomia bilateral e dilatação vaginal com molde.
- (D) Estrogenioterapia contínua associada a progestágenos cíclico e gonadectomia bilateral.

25

Paciente encaminhada para investigação diagnóstica aos 18 anos por amenorréia primária. Exame físico dos diversos aparelhos sem alteração. Sem distormismos corporais. Nega uso de medicações hormonais. Cariótipo 46,XY. Exame físico: peso = 76 kg, altura = 172 cm, mamas Tanner V, ausência de pelos axilares, pelos pubianos Tanner II, genitália externa feminina normal e estrutura dolorosa palpada na região inguinal bilateralmente. Ultrassonografia pélvica revelou ausência de imagem compatível com útero e não foi possível visualizar a presença de gônadas durante o exame. Assinale qual padrão hormonal confirmaria a hipótese diagnóstica.

- (A) LH elevado, testosterona elevada.
- (B) LH baixo, testosterona baixa.
- (C) LH e FSH elevados, testosterona baixa.
- (D) LH e FSH baixos, testosterona elevada.

26

Uma mulher de 20 anos, grávida de 11 semanas, queixou-se de náuseas associadas a falta de apetite. Ela manteve o peso. Seu obstetra solicitou alguns exames e, devido aos resultados, encaminhou a paciente para avaliação. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 120x84 mmHg, sem tremores de extremidades. Frequência cardíaca: 88 bpm. Sua tireoide é palpável, indolor e de tamanho normal. Ela traz os seguintes exames: creatinina sérica normal, enzimas hepáticas normais, glicemia: 75 mg/dL, TSH: 0,1 mU/L (valor de referência: 0,4 a 5,0), T4 livre: 1,5 ng/dL (valor de referência 0,7 a 1,8). Assinale qual é o diagnóstico mais provável.

- (A) Eutireoidiano doente.
- (B) Hiperêmese gravídica.
- (C) Hipertireoidismo por doença de Graves.
- (D) Tireotoxicose transitória da gestação.

27

Um homem de 62 anos realizou exame de tomografia com [18F] *fluorodeoxyglucose positron emission* (18FDG-PET) para estadiamento de carcinoma de próstata, operado e em bloqueio hormonal. A conclusão do relatório foi: acúmulo anômalo do traçador em nódulo hipodenso de 1,5 cm no terço médio do polo superior do lobo esquerdo da tireoide (SUV=5,2). Assinale qual será a conduta correta.

- (A) Teste molecular para avaliar risco de carcinoma de tireoide.
- (B) Mapeamento e captação da tireoide com Iodo para confirmar nódulo autônomo.
- (C) Ultrassonografia da tireoide para caracterizar o nódulo tireoidiano e realizar punção por agulha fina.
- (D) Dosagem de PSA no lavado do nódulo tireoidiano para confirmar metástase.



28

Paciente do sexo feminino, 35 anos, apresenta hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto há mais de 5 anos. Faz uso regular de levotiroxina sódica 88 µg ao dia há muito tempo, com controle adequado da função tireoidiana. Queixa-se de esquecimento e insônia. Há cerca de 1 mês está fazendo uso de suplementos alimentares recomendados pelo seu personal. Realizou exames de rotina, que mostraram: TSH 5,8 mUI (VR: 0,4 a 4,8) e T4 livre 1,0 (VR: 0,9 a 1,4). Assinale quais suplementos podem estar interferindo na absorção da levotiroxina.

- (A) Biotina.
- (B) Cálcio.
- (C) Vitamina D.
- (D) Selênio.

29

Nove meses após o nascimento de seu primeiro filho, uma mulher de 24 anos de idade, apresenta-se com fadiga, ganho de peso e depressão. O parto foi complicado, sendo necessária uma cesariana. Ela não conseguiu amamentar e está em amenorreia. Sua mãe e irmã tomam levotiroxina, e um de seus irmãos tem diabetes melito tipo 1. Os resultados hormonais foram feitos e você não dispõe dos valores de referência.

	TSH (mUI/L)	T ₄ livre (ng/dL)	T ₃ total (ng/mL)
1	0,2	0,5	100
2	25,0	1,0	100
3	1,8	1,3	100
4	7,0	1,0	100

Qual das alternativas se encaixa melhor neste cenário clínico?

- (A) 1.
- (B) 2.
- (C) 3.
- (D) 4.

30

Um homem de 62 anos é encaminhado por alterações na função tireoidiana. Devido a uma arritmia supraventricular, ele está em uso de amiodarona (200 mg/dia) há 2 meses. A última avaliação cardíaca mostrou leve aumento do volume ventricular e discreta diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com frequência cardíaca normal (74 bpm), sem arritmia. Apresenta-se normotenso, com a tireoide discretamente aumentada e com aspecto nodular bilateralmente. Não apresenta alterações oculares. Ele traz os seguintes resultados: TSH 5,6 mU/L (VR: 0,5 a 4,8); T4L: 1,6

ng/dL (VR: 0,9 a 1,5); TRAb negativo. Assinale quais exames devem ser solicitados.

- (A) Lodúria.
- (B) Cintilografia da tireoide com iodo.
- (C) Ressonância nuclear magnética de hipófise.
- (D) Ultrassonografia da tireoide.



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1

1/100

