

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO:

**MÉDICO**

Especialidade 17:

**ENDOCRINOLOGIA**

## CADERNO DE PROVAS – PARTE II Conhecimentos Específicos

### LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu cargo/especialidade transcritos acima estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e o nome de seu cargo/especialidade em cada página numerada desta parte de seu caderno de provas. Em seguida, verifique se o seu caderno de provas (partes I e II) contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes às provas objetivas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto aos dados identificadores do seu cargo/especialidade, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

*Civilização é, antes de mais nada, vontade de convivência.*

#### OBSERVAÇÕES:

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Considere um paciente com diagnóstico de microadenoma hipofisário produtor de GH, que há um mês foi submetido a uma adenectomia transesfenoidal, sem intercorrências. A respeito desse caso clínico e da acromegalia, julgue os próximos itens.

- 51 Se, após a cirurgia, esse paciente apresentar nadir do GH  $< 1\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$  durante o teste oral de tolerância a glicose (TOTG) com 75 g de glicose anidra, isso confirmará a remissão da doença.
- 52 No caso desse paciente não apresentar normalização hormonal após o ato cirúrgico, o uso de pegvisomant seria uma escolha adequada para iniciar seu tratamento medicamentoso.
- 53 Se o tumor for co-secretor de GH e PRL e não houver normalização hormonal após a neurocirurgia citada, estará indicado o uso de cabergolina.

Com relação às lesões selares e suprasselares, julgue os itens a seguir.

- 54 O adenoma clinicamente não funcionante (ACNF) é a principal causa de hiperprolactinemia patológica que, nesse caso, ocorre pela compressão da haste hipofisária.
- 55 Entre as lesões supra-selares, a que mais se associa ao hipopituitarismo é o craniofaringioma.
- 56 Mutações inativadoras do gene PIT-1 resultam, na maioria dos casos, em hipófise hipoplásica e deficiência isolada de GH, PRL e TSH.
- 57 Dosagem normal de IGF-I afasta o diagnóstico de deficiência de GH (DGH) durante investigação de macroadenoma hipofisário em mulher de 50 anos de idade.

Considere um homem, de 26 anos de idade, portador de distúrbio bipolar e em uso de carbonato de lítio, que refere polidipsia e diurese em 24 horas de 12 litros, com densidade urinária de 1.005. Acerca dessa situação hipotética, julgue os itens seguintes.

- 58 Nesse caso, o aumento da concentração urinária após a restrição hídrica associado ao aumento da osmolaridade urinária  $< 50\%$  após o uso da desmopressina (DDAVP) confirmam o diagnóstico de polidipsia primária.
- 59 Nesse paciente, o achado de osmolaridade plasmática levemente elevada e níveis séricos do sódio acima dos valores de referência para o método são compatíveis com o diagnóstico de *diabetes insipidus*.
- 60 Nesse quadro clínico, o uso do carbonato de lítio pode levar a *diabetes insipidus* nefrogênico por perda de massa renal funcionante.

Com relação ao diabetes melito (DM), julgue os seguintes itens.

- 61 O DM tipo 1B está associado à destruição das células  $\beta$  por auto-anticorpos, sendo que o anti-GAD é o mais prevalente.
- 62 Com base em dados de populações caucasianas européias e norte-americanas, a susceptibilidade genética ao DM tipo 1 está associada aos antígenos HLA-DR3 e(ou) DR4.
- 63 A hipertensão arterial (HA) em indivíduos diabéticos tem a mesma prevalência que a HA na população geral.
- 64 Entre todas as modificações do estilo de vida, a redução da ingestão de sódio é a que mais reduz a PA em pacientes diabéticos.

Considerando o diabetes melito gestacional (DMG), julgue os itens subsequentes.

- 65 A Sociedade Brasileira de Diabetes sugere a glicemia de jejum como o teste de rastreamento para a doença, em face de sua simplicidade, seu baixo custo e sua alta validade.
- 66 O grupo de estudo em diabetes e gravidez adota o uso das glicemias de jejum e de 2 horas (utilizando o teste de tolerância a glicose com sobrecarga oral de 75 g de glicose anidra) para diagnóstico do DMG.
- 67 As alterações endocrinometabólicas na primeira metade da gestação, são caracterizadas por diminuição da tolerância a glicose e hiperinsulinismo, levando ao estado diabetogênico.

Com relação ao tratamento do DM, julgue os itens que se seguem.

- 68 As sulfoniluréias ligam-se nos canais de potássio ATP-sensíveis por meio de um receptor específico (subunidade SUR), desencadeando a cascata que levará à liberação da insulina.
- 69 A pioglitazona pode alterar os níveis das drogas metabolizadas pelo citocromo P4503A4, levando à redução em até 30% dos níveis de etinilestradiol e noretindrona.
- 70 O exenatide atua inibindo seletivamente a DPP-4, enzima que inativa o GLP-I.

Com relação às complicações do DM, julgue os próximos itens.

- 71 O uso do AAS é contra-indicado no caso de retinopatia proliferativa em diabéticos.
- 72 O mau controle glicêmico é o fator mais importante associado ao aparecimento e à evolução da retinopatia diabética.
- 73 Na cetoacidose diabética, a diminuição da insulina e o aumento das catecolaminas e outros hormônios contra-reguladores levam a lipólise, com conseqüente produção excessiva de ácidos graxos livres, que serão oxidados em corpos cetônicos no fígado.

Com base na obesidade primária, julgue os itens seguintes.

- 74 A síndrome de Prader-Willi, que tem herança autossômica dominante e é causada por alteração do braço curto do cromossomo 15, caracteriza-se por hiperfagia, obesidade, baixa estatura, retardo mental e hipogonadismo hipogonadotrófico secundário a disfunção hipotalâmica.
- 75 A síndrome de Lawrence-Moon (SLM) é um distúrbio autossômico recessivo caracterizado por obesidade, retinite pigmentosa, retardo mental, paraplegia espástica e hipogonadismo.

Acerca das doenças tireoideanas, julgue os itens que se seguem.

- 76 Em um paciente com sinais e sintomas sugestivos de tireotoxicose, negando uso de medicamentos, com TSH  $< 0,1 \text{ mUI} \cdot \text{mL}^{-1}$ , a pesquisa de TRAb negativa descarta a hipótese de doença de Graves.
- 77 Na oftalmopatia de Graves, o aumento da produção de glicosaminoglicanos pelo tecido muscular leva ao acúmulo de líquido no tecido conjuntivo que envolve as fibras musculares, levando ao espessamento muscular, com conseqüente aumento do conteúdo e da pressão intra-orbitários.
- 78 Apesar de apresentarem diminuição da resistência vascular periférica, cerca de 10% a 20% dos pacientes com hipotireoidismo evoluem com hipertensão diastólica, em face do aumento da contratilidade miocárdica.
- 79 A tireoidite crônica autoimune materna e o uso de metimazol ou propiltiouracil constituem causas de hipotireoidismo congênito transitório.

Considere uma paciente, de 36 anos de idade, assintomática, encaminhada ao endocrinologista para avaliação de nódulo sólido, de 2,3 cm × 1,6 cm, no lobo tiroideano esquerdo, apresenta exames laboratoriais: TSH = 1,4 mUI · mL<sup>-1</sup> (VR: 0,3-5), T4 livre = 1,3 ng · dL<sup>-1</sup> (VR: 0,7-1,8), anti-TPO = 940 (VR: <34). Com relação a esse quadro clínico e aspectos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 80** Essa paciente obrigatoriamente deve realizar uma punção aspirativa por agulha fina.
- 81** O nível elevado do anticorpo antiperoxidase constitui característica sugestiva de comportamento benigno para o nódulo tiroideano.
- 82** Nessa paciente, a presença de anticorpos antitireoglobulina pode mascarar o diagnóstico de carcinoma diferenciado de tireóide.
- 83** Nessa paciente, a presença do gene quimérico PAX8-PPAR $\gamma$  é patognomônica de carcinoma folicular de tireóide.
- 84** Nessa paciente, o achado de calcificações grosseiras à ecografia de tireóide sugere o diagnóstico de carcinoma papilífero.

Considere que, em uma paciente de 16 anos de idade, foi detectada hipercalcemia (Ca = 11,5 mg/dL — VR: 8,6-10,3). Exames realizados subsequentemente mostraram: cálcio = 10,8 mg/dL; PTH = 70 pg/mL (VR: 10-65); calciúria = 80 mg/34h (VR: 150-250); relação cálcio urinário/clerence de creatinina = 0,001. A paciente informa ter um irmão com hipercalcemia e elevação do PTH. Com relação a esse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 85** Uma provável etiologia da hipercalcemia nessa paciente seria uma mutação inativadora no gene que codifica o receptor sensor do cálcio (CaR).
- 86** A ausência de hipercalcúria exclui o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário.
- 87** A conduta mais apropriada para esse caso é a paratireoidectomia subtotal (3 glândulas e transplante para o antebraço de  $\frac{1}{2}$  da paratireóide remanescente).

A respeito das doenças osteometabólicas, julgue os itens que se seguem.

- 88** Os bisfosfonatos, o alendronato e o zoledronato são aqueles cujo efeito anti-reabsortivo permanece por mais tempo após interrupção do tratamento.
- 89** Na prevenção e no tratamento da osteoporose induzida por corticoides, recomenda-se uso da vitamina D, restrição de sódio na dieta e com adequada ingestão de cálcio. Além dessas medidas, os bisfosfonatos e a teriparatida são as únicas medicações com eficácia comprovada para o seu tratamento.
- 90** No pseudopseudo-hipoparatiroidismo, o fenótipo característico do hipoparatiroidismo tipo 1B é herdado separadamente, sem resistência ao PTH, apesar dessa patologia também estar associada a mutações na proteína Gsa.

Durante investigação de nefrolitíase em mulher de 36 anos de idade, foi encontrado na tomografia computadorizada (TC) um nódulo de 2,2 cm × 1,2 cm na adrenal direita, com densidade pré-contraste de 16 unidades de Hounsfield. A paciente referia diagnóstico de hipertensão arterial há 2 anos, em uso de indapamida 1,5 mg/dia. Também relatou amenorréia e discreto ganho de peso há 2 anos.

Acerca desse caso hipotético, julgue os itens a seguir.

- 91** O diagnóstico de hipercortisolismo não exclui a possibilidade dessa lesão em adrenal direita ser um feocromocitoma.
- 92** Trata-se de um incidentaloma adrenal em paciente hipertensa, estando indicada pesquisa de hipersecreção de cortisol, catecolaminas e aldosterona.
- 93** A presença de nefrolitíase nessa paciente alerta para o diagnóstico de neoplasia endócrina múltipla (NEM) e o hiperparatireoidismo, quando associado à NEM-2, é uma das primeiras manifestações da síndrome.
- 94** Essa paciente está fora da faixa etária de maior prevalência de feocromocitoma associado a síndromes genéticas, como por exemplo a NEM-2.
- 95** Mesmo que a avaliação hormonal inicial seja normal, a paciente deve ser seguida com avaliações periódicas do tamanho da lesão adrenal e da presença de atividade hormonal.

Uma paciente de 33 anos de idade, do sexo feminino, com história de amenorréia há 2 anos, associada a sintomas de astenia, anorexia, perda de peso e hiperpigmentação discreta de dobras de pele, procura endocrinologista. Com 23 anos de idade, teve estabelecido o diagnóstico de hipotireoidismo auto-imune, porém mantém níveis normais de TSH com o uso de levotiroxina.

A respeito dessa situação hipotética, julgue os itens seguintes.

- 96** Nesse caso, para verificar a hipótese diagnóstica de insuficiência adrenal, é indicada a avaliação do cortisol sérico matinal e às 16 horas.
- 97** Nesse caso, um valor de cortisol sérico matinal > 3 e < 19 mg/dL indica a necessidade de realização de teste de estimulação rápida, com 0,25 mg de ACTH sintético.
- 98** Nessa paciente, é provável que os níveis de gonadotrofinas estejam elevados, configurando quadro de hipogonadismo hipergonadotrófico.
- 99** Trata-se de patologia de origem auto-imune, herdada de forma autossômica dominante, com penetrância incompleta. Os genes responsáveis por ela são ligados a certos alelos de risco nas classes I e II do sistema HLA.
- 100** Nessa paciente, a presença de auto-anticorpos contra GAD (descarboxilase do ácido glutâmico) não implica necessariamente desenvolvimento de diabetes melito tipo 1 a.