

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CONCURSO PÚBLICO**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO



DIA - 20/12/2009

CARGO: ENDOCRINOLOGISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE



GABARITO RASCUNHO
CONCURSO HUAC - 2009

1.	16.
2.	17.
3.	18.
4.	19.
5.	20.
6.	21.
7.	22.
8.	23.
9.	24.
10.	25.
11.	26.
12.	27.
13.	28.
14.	29.
15.	30.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01 - São alterações cardíacas atribuídas ao hipotireoidismo, EXCETO:

- a) Diminuição do débito cardíaco.
- b) Diminuição da contratilidade miocárdica.
- c) Disfunção diastólica.
- d) Diminuição da resistência vascular periférica.
- e) Hipertensão diastólica.

02 - Em relação à microangiopatia diabética:

- a) Tem menor progressão durante o controle glicêmico intensivo do que a macroangiopatia.
- b) Os inibidores da aldose redutase levam a regressão clínica da retinopatia proliferativa.
- c) A microalbuminúria persistente não é reversível com o controle lipídico adequado.
- d) A filtração glomerular aumenta progressivamente na fase de nefropatia clínica.
- e) A presença das IRMA (microanormalidades intraretinianas) tem o mesmo significado clínico dos exudatos algodonosos.

03 - Em relação à doença cardiovascular do diabetes tipo 2 podemos afirmar:

- a) A disfunção diastólica é um evento tardio na evolução da doença.
- b) A redução da queda noturna fisiológica da pressão arterial sistêmica ocorre precocemente no diabetes tipo 2.
- c) A disfunção sistólica de VE ocorre tardiamente após o IAM.
- d) A terapia com doses máximas de uma estatina potente (em comparação com doses moderadas) leva a maior benefício clínico do que em não diabéticos.
- e) A sinvastatina não reduz o risco cardiovascular em diabéticos tipo 2 que apresentam níveis séricos elevados de creatinina.

04 - São produtos de secreção do adipócito, EXCETO:

- a) Estradiol e androstenediona.
- b) Visfatina e resistina.
- c) Adiponectina e Leptina
- d) TNF-alfa e Interleucina-6.
- e) Ácidos graxos e angiotensinógeno.

05 - Para o diagnóstico de hiperparatireoidismo normocalcêmico é importante excluir, exceto:

- a) Uso de lítium.
- b) Uso de diuréticos tiazídicos.
- c) Deficiência de Vitamina D.
- d) Hipercalcúria renal.
- e) Hiperfosfatasia.

06 - O uso ilícito de andrógenos por atletas, pode levar a que efeitos adversos, EXCETO:

- a) Infertilidade.
- b) Redução do Colesterol da HDL.
- c) Sonolência e apatia.
- d) Ginecomastia.
- e) Lesões de tendões.

07 - Com relação aos fatores de risco e os critérios diagnósticos de intolerância à glicose e diabetes mellitus, é incorreto afirmar que:

- a) Mulheres com diabetes gestacional prévio têm risco aumentado de desenvolver diabetes mellitus se utilizarem contraceptivos orais.
- b) Intolerância à glicose ou diabetes mellitus ocorre em até 20-30% dos pacientes com acromegalia e síndrome de Cushing.
- c) Glicemia \geq 200 mg/dl na amostra de 120 minutos do teste oral de tolerância à glicose é compatível com diabetes, sendo desnecessário a coleta de outras amostras após a administração da glicose para fins diagnósticos.
- d) Quase metade dos indivíduos com 65 anos ou mais apresentam intolerância à glicose ou diabetes devido a deficiência relativa de insulina e/ou piora da sensibilidade tecidual aos efeitos da insulina.
- e) Sobrepeso, hipertensão arterial e síndrome dos ovários policísticos são fatores de risco que devem levar a um rastreamento mais precoce e mais frequente para o diabetes tipo 2.

- 08 - A retinopatia é uma das temidas complicações crônicas do diabetes. Assinale a alternativa INCORRETA:
- Exame oftalmológico deve ser realizado no momento do diagnóstico no diabetes gestacional uma vez que a gestação acelera a progressão da retinopatia nestas mulheres.
 - Cerca de 20% dos pacientes com diabetes tipo 2 apresentam algum grau de retinopatia no momento do diagnóstico.
 - A causa mais comum de perda visual em diabéticos é o edema macular.
 - A chance de uma retinopatia não-proliferativa evoluir em 1 ano para a forma proliferativa varia entre 1 e 45%, dependendo da severidade do quadro oftalmológico.
 - Hematócrito baixo é um fator de risco independente para retinopatia e está associado com formas mais graves da doença.
- 09 - Você recebe um paciente encaminhado do clínico geral com suspeita de crises de hipoglicemia. Qual afirmação NÃO está correta com relação ao diagnóstico diferencial destes casos?
- A maioria dos insulinomas são tumores pequenos, resultando que somente 10% deles são detectados pela tomografia computadorizada ou ressonância magnética.
 - A tríade de Whipple é crítica para confirmar hipoglicemia de jejum e pós-prandial, idealmente com os sintomas observados pelo médico e a glicemia medida em laboratório.
 - Hiperinsulinemia com níveis altos de peptídeo C e pró-insulina ocorre nos casos de insulinoma e uso de sulfoniluréias.
 - Diabéticos em tratamento com hipoglicemiantes orais ou insulina podem apresentar hipoglicemia na vigência de antibioticoterapia com quinolonas.
 - Ausência de hipoglicemia após 48 horas de jejum é suficiente para excluir o diagnóstico de insulinoma.
- 10 - Todas as afirmações são corretas quanto ao tratamento farmacológico de um paciente com diabetes tipo 2, exceto:
- Os principais efeitos clínicos da metformina são a redução da resistência hepática à insulina e estímulo da gliconeogênese.
 - Pioglitazona e rosiglitazona podem cursar com aumento de peso e edema.
 - A nateglinida é especificamente designada para controle de glicemia pós-prandial, não tendo efeito significativo na glicemia de jejum.
 - Titulação progressiva da dose é uma medida útil para reduzir a frequência e intensidade das náuseas que acomete 40)50% dos pacientes na fase inicial da terapia com exenatida.
 - Ocorre manutenção ou perda de peso no tratamento com metformina, inibidores da alfa)glucosidase e inibidores da DPP-IV.
- 11 - A obesidade foi categorizada como a “epidemia do final do século” pela Organização Mundial de Saúde, num documento de 1998. Assinale a alternativa que apresenta um conceito CORRETO com relação a esta nova epidemia:
- A definição prática atual de obesidade baseia)se na relação do índice de massa corporal (IMC) com morbidade e mortalidade ao invés de sua relação com composição corporal.
 - A distribuição do tecido adiposo corporal tem pouca importância na patogênese das morbidades associadas à obesidade.
 - Aspectos étnicos podem influenciar a distribuição corporal de gordura, mas não a prevalência de morbidades associadas ao IMC.
 - Obesidade, mas não sobrepeso, aumenta o risco de diabetes mellitus tipo 2
 - O risco de câncer de mama é maior em mulheres com sobrepeso e obesidade tanto antes como após a menopausa
- 12 - Homem, 57 anos, usando metformina 500 mg 3 vezes ao dia há aproximadamente 6 meses, sem apresentar perda de peso, com cetonúria sempre negativa. Ao exame: índice de massa corporal 34 kg/m² e pressão arterial (PA) = 140x 85. Apresenta glicemia de jejum = 134 mg/dl, 2 horas após o café da manhã = 160 mg/dl e 2 horas após o almoço = 177 mg/dl; colesterol total = 240 mg/dl, HDL)colesterol (HDL) = 55 mg/dl, triglicerídeos (TGC) = 140mg/dl e hemoglobina glicosilada (HbA1C) = 6,1%. A respeito deste caso é correto afirmar:
- PA, IMC e TGC encontram-se dentro dos objetivos do tratamento.
 - IMC, HDL e HbA1C encontram-se dentro dos objetivos do tratamento.
 - PA, TGC e colesterol total não estão dentro dos objetivos do tratamento.
 - PA e HDL, mas não glicemia de jejum, encontram-se dentro dos objetivos do tratamento.
 - HbA1C, HDL e TGC encontram-se dentro dos objetivos do tratamento.

- 13 - São fatores que aumentam o HDL-colesterol:
- Cigarro, estatinas, progestágenos, dieta com pouca gordura.
 - Álcool, fibratos, estrógenos, exercício.
 - Dieta com pouca gordura, ácido nicotínico, estrógenos, estatinas.
 - Álcool, fibratos, estatinas, dieta com pouca gordura.
 - Álcool, beta-bloqueadores, ácido nicotínico, exercício.
- 14 - Você acaba de prescrever um inibidor da HMG-CoA redutase para um paciente que apresentava hipercolesterolemia e aumento no LDL-colesterol. Com relação a estas drogas, não é verdadeira a afirmação que:
- O efeito colateral mais sério é a miopatia, que ocorre mais comumente em pacientes idosos, com insuficiência renal ou hepática, hipotireoidismo não tratado ou em uso de fibratos
 - Clofibrato é a droga de escolha numa terapia combinada, pois há menor risco de miopatia com este agente do que com fenofibrato ou genfibrozil.
 - Pode ocorrer aumento entre 5-10% nos níveis de HDL-colesterol.
 - Dose diária de 40 mg de pravastatina, 20 mg de sinvastatina e 10 mg de atorvastatina são equivalentes, promovendo reduções similares nos níveis de LDL-colesterol.
 - Várias ações cardioprotetoras têm sido descritas, incluindo melhora na circulação e função endotelial, estabilidade de placas, ações anti-inflamatórias e anti-oxidantes.
- 15 - Com relação a fisiopatologia e diagnóstico da síndrome metabólica, é incorreto afirmar que
- níveis elevados da enzima 11-hidroxisteroide deidrogenase tipo 1 na gordura visceral podem levar a maior produção local de cortisol a partir da cortisona.
 - peessoas com sobrepeso já podem apresentar resistência insulínica e síndrome metabólica.
 - na população de origem asiática, a obesidade abdominal é definida por uma circunferência de cintura maior ou igual a 90 cm nos homens e 80 cm nas mulheres
 - o processo lipolítico é mais ativo na gordura subcutânea do que na gordura intra-abdominal
 - níveis séricos de leptina e interleucina-6 correlacionam-se diretamente com a quantidade de gordura corporal, ao contrário do observado com os níveis de adiponectina
- 16 - Paciente vem a consulta com sinais e sintomas sugestivos de tireotoxicose. Nega uso de medicamentos. TSH < 0,1µm/L. Assinale a alternativa INCORRETA na abordagem deste caso:
- níveis de tireoglobulina baixos podem estar presentes nos casos de tireotoxicose factícia por uso exógeno de hormônio tireoideano.
 - TRAb negativo afasta a possibilidade de Doença de Graves.
 - se a paciente tiver 20 anos, bócio multinodular tóxico é um diagnóstico pouco provável.
 - dor ou sensibilidade à palpação da tireóide e captação baixa à cintilografia são achados da tireoidite subaguda.
 - tireotropinoma pode ser descartado, uma vez que nesta situação a clínica de tireotoxicose se acompanha de níveis inapropriadamente normais ou até altos de TSH.
- 17 - Paciente vem a consulta com um laudo citológico de uma punção aspirativa de tireóide (PAAF) não guiada que foi inconclusivo. Qual afirmação a seguir não é verdadeira sobre esta situação?
- pode-se fazer uma prova terapêutica com supressão do TSH, pois invariavelmente as lesões benignas ficam iguais ou reduzem de tamanho, enquanto as malignas crescem.
 - a repetição da PAAF guiada por ultrasonografia aumenta a chance de obter uma amostra diagnóstica.
 - se o nódulo for um incidentaloma menor que 1 cm e sem achados ultrasonográficos de malignidade, não é imperativo repetir a PAAF.
 - ao redor de 10-20% dos nódulos com PAAF inconclusiva que são retirados cirurgicamente abrigam lesões malignas.
 - cintilografia não deve ser solicitada pois tem pouco ou nenhum valor no diagnóstico diferencial.

- 18 - Com relação a osteoporose e fraturas osteoporóticas, é incorreto afirmar que
- os efeitos do calcitriol são muito superiores aos da vitamina D no ganho de massa óssea.
 - calcitonina pode ser útil para aliviar a dor de pacientes com fraturas vertebrais.
 - bifosfonatos e PTH sintético são boas opções terapêuticas na osteoporose induzida por glicocorticóides.
 - pacientes com diabetes tem maior risco de fraturas ósseas, embora a densidade mineral óssea seja normal ou até aumentada nestes pacientes.
 - não há indicação de reposição estrogênica na menopausa para prevenção de osteoporose
- 19 - Mulher, 21 anos, solteira, fez consulta ginecológica de rotina quando foi solicitado uma dosagem de prolactina com resultado de 74 µg/L. Refere atraso menstrual no último mês. Qual afirmativa é incorreta com relação a abordagem deste quadro?
- HCG deve ser solicitado se a paciente referir vida sexual ativa.
 - macroprolactinemia pode ser a causa da alteração laboratorial, especialmente se a paciente negar uso de medicamentos e não apresentar outros sinais de hiperprolactinemia.
 - dosagem de TSH é importante, pois até 20% dos casos de hipotireoidismo primário podem cursar com hiperprolactinemia.
 - uma possibilidade diagnóstica é ovários policísticos que cursa com valores elevados de prolactina em até 1/3 das mulheres.
 - prolactinoma é uma possibilidade diagnóstica que não deve ser considerada.
- 20 - Quanto ao desenvolvimento do Edema Cerebral na Cetoacidose Diabética, marque a CORRETA.
- É mais comum em adolescentes que em crianças pequenas
 - Geralmente surge após decorrerem 20-22 horas de tratamento
 - Desaceleração do ritmo cardíaco, elevação de pressão arterial e incontinência urinária ocorrem prematuramente
 - "Trials" clínicos documentam evidências de que está relacionado à redução rápida da glicose e hiper-hidratação
 - Entre os fatores de risco estão uréia baixa e sódio que não se reduz no decorrer do tratamento
- 21 - No que se refere aos incidentalomas adrenais, qual dos parâmetros abaixo seria menos útil na diferenciação entre adenoma e carcinoma?
- Tamanho da lesão.
 - Níveis séricos do sulfato de deidroepiandrosterona.
 - Citologia adrenal obtida por biópsia percutânea com agulha fina.
 - Densidade pré-contraste da lesão à tomografia computadorizada (TC).
 - Velocidade de clareamento do contraste endovenoso durante a TC.
- 22 - Sobre a macroprolactinemia (MP), não se pode dizer que:
- A grande maioria dos casos resulta da presença de um complexo (antígeno) anticorpo de prolactina monomérica e IgG .
 - A maior parte dos pacientes com MP têm níveis de prolactina < 100 ng/mL; contudo, valores tão altos quanto 400 ng/mL ou mais podem ser encontrados.
 - Em função da média atividade biológica da macroprolactina, não é raro o achado de sintomas como galactorréia ou distúrbios menstruais em mulheres com MP.
 - MP predomina no sexo feminino e é encontrável em qualquer faixa etária
 - Em comparação à hiperprolactinemia monomérica, MP responde aos agonistas dopaminérgicos de forma mais lenta e menos previsível.
- 23 - Homem de 52 anos de idade, HIV-positivo, em uso de ritonavir, foi encaminhado ao endocrinologista para tratamento de dislipidemia. Exames laboratoriais: colesterol total = 276 mg/dL; triglicerídeos = 390 mg/dL; colesterol HDL = 33 mg/dL, colesterol não-HDL = 243 mg/dL e colesterol LDL = 165 mg/dL. O paciente fora submetido à angioplastia 3 anos antes. Qual dos seguintes fármacos seria o mais indicado para reversão da dislipidemia neste paciente?
- Atorvastatina.
 - Pravastatina.
 - Sinvastatina.
 - Fluvastatina.
 - Qualquer das estatinas acima mencionadas, desde que usadas em doses equivalentes.

- 24 - Determinadas condições aumentam o risco para a miotoxicidade induzida pelas estatinas, exceto:
- Co-administração de gemfibrozil.
 - Hipotireoidismo primário.
 - Uso concomitante de claritromicina.
 - Diabetes Mellitus.
 - Uso concomitante de fenobarbital.
- 25 - Mulher de 26 anos de idade queixa-se de sintomas compatíveis com hipoglicemia e diz não fazer uso qualquer medicação. Na avaliação laboratorial constatou-se: glicemias de jejum = 40 e 42 mg/dL; insulinas basais (dosadas juntamente com as mencionadas glicemias) = 24 e 26 mU/L (VR:2)19); peptídeo C = 0,2 ng/mL (VR: 0,36–3,59). A hipótese diagnóstica mais plausível é:
- Insulinoma.
 - Hipoglicemia auto-induzida por insulina.
 - Hipoglicemia auto-induzida por sulfonilureia.
 - Nesidioblastose.
 - Hipoglicemia mediada por IGF-II.
- 26 - Mulher de 48 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há aproximadamente 2 anos. Desde então, vem “controlando” sua doença apenas com dieta hipocalórica, prescrita por uma nutricionista, tendo perdido 8 kg. Foi submetida à angioplastia coronariana há 6 meses. Ao exame físico: circunferência abdominal = 88 cm; PA = 140/85mmHg; IMC = 27,8 kg/m². Exames bioquímicos: glicemia de jejum = 148 mg/dl; glicemia pós-prandial = 198 mg/dL; HbA1c = 8%; Triglicerídeos (TG) = 285 mg/dL; col. total = 225 mg/dL; LDL-c = 130 mg/dL; HDL-c = 38 mg/dL. Com relação ao tratamento dessa paciente, é incorreto afirmar que:
- A terapia com metformina (850 mg/dia) se impõe.
 - A paciente deve ser inicialmente medicada com fenofibrato, visando-se uma redução máxima dos TG.
 - Deve-se considerar o uso de sibutramina (10 mg/dia) ou rimonabant (20 mg/dia).
 - Se não houver contra-indicação, deve ser iniciado aspirina (100 mg/dia).
 - Devem-se almejar níveis de LDL-c < 70 mg/dL.
- 27 - Homem de 55 anos sabe ser portador diabetes tipo 2 há 8 anos. Faz uso de metformina (2 g/dia), gliclazida MR (120mg/dia) e sinvastatina (20 mg/dia). Submeteu-se angioplastia coronariana há 6 meses. Últimos exames laboratoriais: glicemia de jejum = 194 mg/dL; glicemia pós-prandial = 234 mg/dL; HbA1c = 9,8% (VR:4-6%); colesterol total = 225mg/dL; colesterol HDL = 35 mg/dL; colesterol LDL = 140 mg/dL; triglicerídeos = 250 mg/dL. Qual das opções terapêuticas abaixo citadas seria a menos apropriada para a melhora do controle glicêmico?
- Introduzir exenatide (10 µg/dia).
 - Adicionar pioglitazona (30 mg/dia).
 - Adicionar insulina glargina pela manhã ou à noite.
 - Adicionar insulina detemir à hora de deitar.
 - Suspender a gliclazida e iniciar insulina aspart bifásica (2 vezes ao dia)
- 28 - Diversas condições podem resultar na necessidade de doses diárias maiores ou menores de L)tiroxina (L)T4 em pacientes hipotiróides. Nesse contexto, é incorreto afirmar que:
- Sertralina acelera o clearance hepático da L-T4.
 - Carbonato de cálcio reduz a absorção intestinal da L-T4.
 - Raloxifeno aumenta a metabolização hepática da L-T4.
 - Cirurgias de derivação jejunoileal podem resultar na necessidade de doses maiores de L-T4.
 - Necessidade de doses menores de L-T4 pode decorrer da terapia androgênica em mulheres.
- 29 - A uma paciente com doença de Graves foram administrados 15 mCi de 131I. Seis meses após, T3 e T4 livre estavam normais mas o TSH ainda suprimido (0,05 mUI/L [VR: 0,45–4,5]). Ao exame físico: tireoide difusamente aumentada(+2+); ritmo cardíaco regular, FC = 88 bpm. Sobre este caso, podemos afirmar que:
- A paciente, muito possivelmente, não está curada do hipertireoidismo.
 - Deve-se repetir o 131I devido, sobretudo, ao risco de arritmias cardíacas.
 - Deve-se iniciar metimazol ou propiltiouracil.
 - Tireoidectomia deve ser considerada.
 - Acompanhar a paciente com avaliações periódicas da função tireoidiana seria a conduta mais razoável.
- 30 - Níveis elevados de TSH, associados a concentração sérica normal do T4 e T3 livres, podem ser encontrados nas seguintes situações, EXCETO:
- Mutações germinativas do gene do receptor do TSH.
 - Síndrome do eutiróideo doente.
 - Tireoidite de Hashimoto.
 - Terapia com dopamina.
 - Doença de Addison.

