

01. Um recém-nascido que apresente o seguinte achado pode ser definido como genitália indiferenciada (ou ambígua).

- A) Pênis medindo 3,0cm.
 - B) Criptorquidia bilateral.
 - C) Genitália feminina com clitóris de 4mm de diâmetro.
 - D) Hipospádia leve isolada.
 - E) Genitália feminina com clitóris com 7mm de comprimento.
-

02. O debate sobre a importância da realização do teste de triagem biológica neonatal (teste do pezinho) seus avanços e desafios deve ser foco das políticas de atenção à saúde da criança.

Quanto à realização e interpretação do teste do pezinho, é CORRETO afirmar que

- A) se houver recusa por parte dos familiares para a coleta, mesmo após ampla explicação do profissional de saúde, o profissional deve colher o teste, mesmo sem a autorização, considerando os riscos da não realização do exame.
 - B) é uma condição de exceção toda coleta realizada após o 28º dia de vida, sendo consideradas exceções os prematuros, dificuldades de acesso de populações indígenas e de floresta, questões culturais e casos de negligência.
 - C) está indicada a coleta de 4 amostras, sendo a 1ª amostra: na admissão na UTI Neo, 2ª amostra: 48–72 horas, 3ª amostra: até o 28º dia e 4ª amostra: 4 meses de vida em prematuros com peso ao nascer < 1500gramas.
 - D) recém-nascidos que receberam nutrição parenteral total, devido à elevação de vários aminoácidos no sangue, só devem colher o teste do pezinho 2 semanas após a suspensão.
 - E) em recém-nascidos prematuros com > 32 semanas de idade gestacional, devem ser colhidas 3 amostras, sendo a 1ª amostra: na admissão na UTI Neo, 2ª amostra: 48 – 72 horas e 3ª amostra: com 40 semanas de idade gestacional corrigida.
-

03. Recém-nascido prematuro (36 semanas), com peso adequado para idade gestacional. Vinha bem, até que, com 12 horas de vida, apresentou dosagem de glicemia capilar de 33mg/dL. Encontra-se nesse momento assintomático e mamando ao seio, mãe com colostro.

Assinale a alternativa que indica a conduta adequada conforme orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

- A) Manter alimentação ao seio, observar clinicamente e repetir glicemia capilar em 30 a 60 minutos.
 - B) Fazer push oral de glicose com 200mg/kg e observar próxima dosagem de glicemia capilar com 24horas de vida.
 - C) Fazer push venoso de glicose com 100mg/kg e repetir glicemia capilar com 1 hora.
 - D) Instalar venoclise com velocidade de infusão de glicose de 5 a 8 mg/kg/min e deixar dosagens de glicemia capilar a cada 6 horas.
 - E) Solicitar exames de amostra crítica para investigar causa de hipoglicemia, pois, apesar da prematuridade, o recém-nascido é adequado para a idade gestacional.
-

04. A introdução alimentar é um dos momentos mais importantes na construção de bons hábitos que perdurarão por toda a vida. As orientações acerca da oferta alimentar, embora essenciais, ainda são envolvidas por muitos mitos e desinformação. Uma criança nascida prematura vem para consulta de seguimento e no momento está com 6 meses de idade cronológica. Nega sintomas prévios ou queixas atuais.

Qual sua abordagem com a família acerca das orientações para introdução alimentar?

- A) A criança só deve iniciar sua introdução alimentar aos 6 meses de idade corrigida.
 - B) A criança deve ser avaliada quanto aos sinais de prontidão para uma avaliação mais individualizada acerca da introdução alimentar.
 - C) A criança poderá iniciar a introdução alimentar já nesse momento, mas com atenção a alguns alimentos alergênicos, como o ovo, que devem ser evitados.
 - D) A criança já deveria ter iniciado sua introdução alimentar, já que os prematuros têm maior demanda metabólica e não devem ficar tantos meses em aleitamento materno exclusivo.
 - E) A introdução alimentar deverá ser realizada entre 4 e 6 meses de idade corrigida com a introdução de um único alimento a cada 3 dias, para observarmos o desenvolvimento de alergias.
-

05. Paciente de 4 anos vem para consulta médica com quadro de febre e lesões arroxeadas em pele de início há algumas horas e queda do estado geral. Genitora relata que paciente começou quadro de febre, cefaleia, mialgia e vômitos há menos de 24 horas com piora rápida e progressiva do quadro, tendo evoluído com lesões purpúricas em tronco e membros. Nega outras queixas. Nega comorbidades. Cartão vacinal sem vacinas registradas desde os 5 meses de idade. Ao exame: estado geral decaído, hipocorado, sudoreico, hidratação limítrofe, pulsos finos, ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 165bpm; murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios e com taquidispnéia; abdome depressível, indolor e sem visceromegalias. Lesões purpúricas em tronco e membros e exame neurológico meníngeo inconclusivo com presença de hipotonia muscular.

Diante da sua hipótese diagnóstica, qual seria a conduta mais apropriada?

- A) Estabilizar paciente com hidratação venosa 20mL/Kg; iniciar antibiótico venoso; realizar exames complementares e tratar familiares que viviam com o paciente.
- B) Transferir para serviço de referência para seguimento clínico e tratar todos os profissionais que tiveram qualquer contato com o paciente.
- C) Iniciar hidratação venosa com 20 mL/kg de solução balanceada; solicitar vaga de UTI e aguardar exames complementares para realização de outras medidas terapêuticas.
- D) Realizar hidratação venosa e antibiótico na primeira hora de atendimento, além de manter paciente no leito mais visível à equipe de enfermagem, para melhor monitoramento.
- E) Ofertar hidratação venosa 10 mL/Kg em 1 hora com solicitação de exames séricos ao término dessa fase e manter paciente internado em monitorização contínua.

06. Considere o acompanhamento ambulatorial de um lactente com 9 semanas de vida, que nasceu pré-termo, Idade Gestacional de 31 semanas, com peso de nascimento de 1.220 g. Ele encontra-se corado, em bom estado geral e em aleitamento materno exclusivo e com peso atual de 2.690 g. A mãe afirma que mantém sua suplementação de ferro, além de um 'polivitamínico', conforme solicitado pelo seu obstetra, e declara que fez o uso destes desde o primeiro trimestre de gravidez. A alimentação da nutriz é adequada, com boa ingestão de frutas, legumes, verduras, leite e seus derivados, além do consumo diário de proteínas animais; afirma também que tem hábitos saudáveis, entre estes, não fumar.

Qual das suplementações listadas abaixo NÃO tem indicação rotineira em ser feita nesse momento da consulta para a criança em questão? Considere as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

- A) Vitamina A
- B) Ferro (3 mg/kg/dia)
- C) Ácido fólico
- D) Zinco
- E) Vitamina D

07. Analise as assertivas abaixo sobre a Doença Celíaca (DC) na infância:

- I.** Trata-se de uma doença caracterizada por uma resposta imunológica à ingestão de glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. O tratamento consiste numa dieta totalmente isenta de alimentos, como trigo, aveia, centeio, entre outros, que contêm, em seu estado natural, uma família de proteínas denominada glúten.
- II.** São manifestações clínicas possíveis de serem encontradas em crianças/adolescentes com DC: diarreia crônica ou constipação intestinal; baixa estatura; anemia ferropriva e atraso no desenvolvimento puberal.
- III.** O diagnóstico histológico da DC consiste na presença de atrofia das vilosidades do intestino delgado associada ao aumento de eosinófilos intraepiteliais (acima de 25 para cada 100 enterócitos).

Podemos afirmar que

- A) todas as assertivas estão corretas.
- B) todas as assertivas estão incorretas.
- C) apenas a assertiva I está correta.
- D) apenas a assertiva II está correta.
- E) apenas a assertiva III está correta.

08. Adolescente masculino de 15 anos, em consulta com Hebiatra, queixa-se do ‘não aparecimento de pelos pubianos’ e do tamanho da sua genitália. A médica, ao examinar o paciente, não visualizou pelos pubianos, além de um volume testicular de 2 ml bilateralmente, e um pênis com 4 cm de comprimento. Durante a consulta, a mãe do adolescente relata que o filho foi avaliado aos 10 anos por otorrinolaringologista, pois ele apresentava dificuldade em sentir odores (desde pequeno e até o presente momento). À época, o médico solicitou uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do crânio, e no laudo constavam bulbos olfatórios hipoplásicos, porém hipófise e haste hipofisária de aspectos usuais. A mãe não conseguiu retorno ao especialista para mostrar a RNM.

Diante do exposto, uma das principais hipóteses diagnósticas que a Hebiatra deverá fazer é de

- A) Retardo Constitucional do Crescimento e da Puberdade.
- B) Síndrome de McCune-Albright.
- C) Síndrome de Kallmann.
- D) Tumor de células de Leydig.
- E) Hiperplasia suprarrenal congênita forma tardia.

09. Em relação à Hipercalemia na Pediatria, analise as assertivas abaixo:

- I. Entre as causas deste distúrbio eletrolítico, podemos citar: hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipotermia e rabdomiólise.
- II. Diante dessa condição, são achados comuns no eletrocardiograma: depressão do seguimento ST e redução da amplitude da onda T.
- III. Gluconato de cálcio a 10%, solução polarizante (glicose com insulina) e resinas do troca como o Ursacol, são algumas opções terapêuticas para o tratamento desse distúrbio eletrolítico.

Podemos afirmar que

- A) todas as assertivas estão corretas.
- B) todas as assertivas estão incorretas.
- C) apenas a assertiva I está correta.
- D) apenas a assertiva II está correta.
- E) apenas a assertiva III está correta.

10. Quando avaliamos a composição do Leite Materno maduro, de mães de crianças nascidas a termo, o nutriente mais abundante é o seguinte:

- A) Lactose.
- B) Ácidos graxos polinsaturados.
- C) Caseína.
- D) Proteína do soro do leite.
- E) Fibras (Oligossacarídeos).

11. Paciente apresenta diagnóstico de transtorno do espectro autista; ao exame físico, apresenta hérnia umbilical e é obeso.

No período neonatal, apresentava hipotonia e letargia. Qual é o provável diagnóstico?

- A) Síndrome do X frágil
- B) Doença de Pompe
- C) Síndrome de Algehan
- D) Síndrome de Prader-Willi
- E) Distrofia muscular de cinturas

12. Considere um escolar de 9 anos, previamente hígido, internado em UTI Pediátrica por sepse, em ventilação mecânica, drogas vasoativas, antibioticoterapia e em venoclise de manutenção. Ele ficou 10 dias em jejum enteral. Na admissão, o menor encontrava-se entre -1 e -2 Escore-z na curva IMC/idade da OMS. Após 10 dias de internamento, situava-se entre -2 e -3 na mesma curva. Pediatra da UTI decide iniciar dieta enteral no 11º de internamento. Sobre esse período de transição de um estado catabólico para anabólico no qual este escolar se encontra, analise as assertivas abaixo:

- I. Considerando o processo fisiopatológico ocorrido durante a privação nutricional de 10 dias, é esperado que esse escolar apresente níveis elevados de insulina e baixos de glucagon, explicando, em parte, o intenso catabolismo (perda de peso) que o menor sofreu.
- II. Uma reintrodução nutricional inadequada poderá fazer com que esse escolar desenvolva a síndrome de realimentação, classicamente caracterizada pelas seguintes alterações eletrolíticas: hiperfosfatemia, hipercalemia, hipomagnesemia e retenção de água.
- III. Entre as vitaminas do complexo B, a tiamina tem papel fundamental como cofator na produção de ATP; assim, caso ocorra uma síndrome de realimentação, o consumo excessivo dessa vitamina sem sua devida reposição poderá levar a distúrbios neurológicos, cardiovasculares e acidose metabólica.

Podemos afirmar que

- A) todas as assertivas estão corretas.
 B) todas as assertivas estão incorretas.
 C) apenas a assertiva I encontra-se correta.
 D) apenas a assertiva II encontra-se correta.
 E) apenas a assertiva III encontra-se correta.

13. Lactente de 8 meses é levado pela mãe à emergência pediátrica devido a quadro de diarreia e vômito que iniciou há cerca de 24 horas. Paciente foi encaminhado para a área vermelha e encaminhado para avaliação médica imediata. Ao ser examinado pelo plantonista, foi diagnosticado com desidratação grave e iniciadas medidas terapêuticas prontamente.

Quais características clínicas a criança deveria ter para ser classificada como desidratada grave?

- A) Mucosas muito secas, sinal da prega < 2 segundos
 B) Intranquilo, olhos fundos, pulso cheio, bebendo água avidamente
 C) Letárgico, pulso fraco, sinal da prega abdominal desaparece lentamente
 D) Mucosas secas, lágrimas presentes, sinal da prega abdominal > 2 segundos
 E) Irritado com avidez para ingerir líquidos, sinal da prega < 2 segundos

14. Genitora levou filho de 9 anos à consulta ambulatorial devido à, queixa de perda de peso nos últimos 2 meses. Relatou ao médico que notou as roupas do filho mais folgadas, apesar do aumento do apetite da criança, que está constantemente referindo fome e sede. Percebeu, também, que o filho nesse período está acordando para ir ao banheiro urinar cerca de 2 a 3 vezes. Após escutar as queixas atentamente e examinar o paciente, o médico explicou a mãe que precisaria solicitar alguns exames para confirmar sua principal suspeita.

Qual resultado de exames laboratoriais confirmaria a principal suspeita do médico para esse caso?

- A) HbA1C = 5,3%
 B) Glicemia de jejum = 120 mg/dL
 C) Glicemia ao acaso = 140 mg/dL
 D) Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose = 220 mg/dL
 E) Dosagem de insulina = 20 µU/mL.

15. Uma residente de pediatria resolve acompanhar sua mãe e irmã de 7 anos em consulta com o Endocrinopediatra. Sua mãe está um pouco apreensiva, pois acha que a filha mais nova pode ter diabetes, já que come uma quantidade muito grande de doces. Tentando se preparar para ajudar sua família a tirar as dúvidas na consulta, a residente começou a estudar um pouco sobre diabetes e sua fisiopatologia, quando se deparou com o termo “fase de lua de mel”.

Considerando a fisiopatologia da Diabetes Mellitus tipo 1, quais são as características da “fase de lua de mel”?

- A) Autoimunidade presente + normoglicemia sintomática
 B) Peptídeo C abaixo da detecção + disglucemia pré-sintomática
 C) Secreção de insulina normal + normoglicemia pré-sintomática

- D) Perda progressiva da secreção de insulina + complicações crônicas
 E) Secreção de insulina aumentada l+ hiperglicemia pré-sintomática

16. Pediatra atende um paciente de 15 anos, sexo masculino, que retornou para trazer exames solicitados na consulta anterior. Não apresentava novas queixas e referia que estava ansioso para saber se realmente tinha diabetes. Dentre os exames laboratoriais, trazia os seguintes resultados: HbA1c = 5,7%, Glicemia de jejum = 98 mg/dL, HDL = 30 mg/dL, LDL = 200 mg/dL, Triglicerídeos = 180 mg/dL. Ao exame físico, o estudante identificou região cervical com pele hipercrômica e textura mais grossa, e IMC: Escore Z > +3.

Baseado nos dados acima qual é o diagnóstico do paciente e qual tratamento iniciaria nesse momento?

- A) Dislipidemia e glargina
 B) Diabetes tipo 2 e metformina
 C) Diabetes tipo 1 e insulinoaterapia
 D) Pré-diabetes e mudança de estilo de vida
 E) O paciente não é diabético, mas deveria iniciar metformina para redução do risco.

17. Em relação a pacientes com baixa estatura, analise as afirmativas abaixo e coloque V nas verdadeiras e F nas falsas.

- Baixa estatura familiar apresenta velocidade de crescimento normal
 Retardo constitucional de crescimento e puberdade é caracterizado por atraso de desenvolvimento puberal, baixa estatura e idade óssea compatível com idade cronológica
 Em pacientes com baixa estatura por ter sido pequeno para idade gestacional, deve ser iniciada reposição de somatotropina, se não apresentou recuperação até os 2 a 4 anos de idade. Não são necessários testes de estímulo para confirmação de deficiência de hormônio de crescimento.
 Portadores de Deficiência do hormônio de crescimento sempre apresentam estatura abaixo do percentil 3, conforme definição de baixa estatura.

Assinale a alternativa que indica a sequência CORRETA.

- A) VVVF B) VVFF C) FVVF D) VFVF E) FFVF

18. Menina, 12 anos, procura atendimento por não apresentar menarca até o momento. Refere telarca aos 10 anos. Ao exame: M2P3, estatura no percentil 5, peso no percentil 10 (dados da OMS), com idade óssea 11 anos. Estatura familiar entre P25 e 50.

Após essa avaliação inicial, qual seria a conduta inicial?

- A) Como possível retardo constitucional do crescimento e puberdade, avaliar velocidade de crescimento, sem realizar exames laboratoriais.
 B) Solicitar cariótipo para avaliar síndrome de Turner.
 C) Solicitar teste de estímulo com clonidina para avaliação de deficiência de hormônio de crescimento.
 D) Solicitar TSH, T4 livre, IGF-1, antitransglutaminase e, se exames normais, solicitar teste de estímulo com clonidina para avaliação de deficiência de hormônio de crescimento.
 E) Iniciar estrógeno e progesterona para estimular a evolução da puberdade e desencadear a menarca.

19. Sabemos que DM1 é a causa da maior parte de casos de diabetes em crianças, porém existem outros tipos de diabetes que também podem ocorrer nesse período.

Assinale a alternativa que indica a situação em que devemos pensar em algum desses outros tipos.

- A) Necessidade de dose total diária de insulina < 0,5 UI/kg no primeiro ano de evolução.
 B) Se apresentar sobrepeso ou obesidade ao diagnóstico do diabetes.
 C) Diagnóstico de diabetes antes de 12 meses de vida.
 D) História familiar de portadores de diabetes de início precoce, sem associação com obesidade e evoluindo com hiperglicemia leve.
 E) Se apresenta dosagem de peptídeo C detectável após 6 meses do diagnóstico de diabetes.

20. Menina com 5 anos de idade, tem o diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita desde o primeiro mês de vida, em uso de hidrocortisona e fludrocortisona; é admitida na emergência com queixa de febre e disúria há 24 horas, vômitos há 6 horas. Ao exame, EGRegular, desidratada, hipoativa e sonolenta, pulsos cheios e simétricos. AR/ACV e Abd: sem alterações. FR: 22irpm. FC: 112bpm. PA: 80×60mmHg. Glicemia capilar: 55mg/dL.

Qual das alternativas abaixo NÃO faria parte da sua conduta?

- A) SG10% 2ml/kg em bolus e realizar nova glicemia capilar após 15 minutos
- B) SF 0,9% 20ml/kg em 30-60 minutos
- C) Hidrocortisona endovenosa 50mg/m²SC.
- D) Após o ataque inicial de corticoide, dobrar a dose de hidrocortisona e de fludrocortisona utilizadas em casa pela paciente
- E) Colher ionograma e corrigir distúrbios eletrolíticos

21. Menino com 8 anos de idade, vem para a consulta ambulatorial por alteração em exames laboratoriais há 1 mês, realizados por uma queixa de dor no pescoço já superada. Nega outras queixas e comorbidades. Peso no percentil 50 e estatura no percentil 75, estatura familiar entre os percentis 50 e 75, exame físico sem alterações. TSH: 8,3 mU/L (VR: 0,4-4,5mU/L) e T4 livre: 0,8 ng/dL (VR: 0,7-1,5ng/dL).

Qual a conduta recomendada?

- A) Iniciar imediatamente a levotiroxina e repetir a função tireoidiana, com dosagem de anticorpos, após 6-8 semanas.
- B) Repetir a função tireoidiana, com dosagem de anticorpos, além de iniciar levotiroxina imediatamente após a coleta.
- C) Repetir a função tireoidiana, com dosagem de anticorpos, porém aguardar os resultados para definir o início da levotiroxina.
- D) Tranquilizar a família de a elevação do TSH é transitória e esperada nesta faixa etária e programar para colher nova função tireoidiana aos 10 anos de idade.
- E) Solicitar USG de tireoide para definir o início da levotiroxina.

22. Recente dado do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de 2023 mostrou uma prevalência do transtorno do espectro autista (TEA) de uma para cada 36 crianças nos Estados Unidos.

Qual dos seguintes fatores NÃO é considerado fator de risco para o TEA?

- A) Uso de inibidores da receptação da serotonina durante a gestação
- B) Idade paterna acima de 45 anos
- C) Fertilização in vitro
- D) Vacinas que contém mercúrio
- E) Idade materna abaixo de 20 anos

23. Criança de 8 anos, sexo masculino, apresenta-se com queixa de inchaço e urina escurecida há 3 dias. Nega outras queixas e nega comorbidades. Ao exame físico, a criança apresentava bom estado geral, hidratado, corado; ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas, murmúrio vesicular sem ruídos adventícios com discreta taquipneia, abdome flácido e depressível e PA 133x69mmHg.

Pensando na sua hipótese diagnóstica e suas possíveis etiologias, qual critério diagnóstico deve ser preenchido para indicarmos a realização de biópsia renal?

- A) Alteração da função renal persistente por mais de 2 semanas
- B) Hematuria macroscópica persistente por mais de 4 semanas
- C) Hipocomplementemia persistente por mais de 10 semanas
- D) Proteinúria subnefrótica por mais de 4 semanas
- E) Proteinúria nefrótica por mais de 8 semanas

24. Durante plantão em sala de parto, você participa de assistência ao parto de criança termo, 38 semanas e 5 dias, genitora sem comorbidades e pré-natal sem intercorrências. Criança nasceu de parto vaginal com Apgar 9/10. Durante sua avaliação inicial, você observa presença de falo, interpretado como pênis, e ausência de testículos palpáveis bilateralmente.

Os genitores estavam irradiantes e interrogavam a saúde de seu filho José. Qual sua explicação?

- A) Criança estava com malformação anatômica em região genital sendo necessário avaliar ambulatorialmente com equipe da genética as condutas a serem tomadas diante das alterações constatadas.
- B) Criança estava saudável, mas era portadora de criptorquidía bilateral, sendo necessário internamento para investigação, não sendo possível liberação de sexo na declaração de nascido vivo.
- C) Criança era portadora de criptorquidía bilateral, situação comum e transitória, sendo orientado seguimento habitual para monitorar a descida dos testículos.
- D) Criança tinha uma doença grave e importante, sendo necessário seu internamento em UTI e intervenção cirúrgica imediata.
- E) Criança estava saudável e seria feito seguimento com ultrassonografia para avaliação testicular ambulatorialmente.

25. Criança de 10 anos portadora de cardiopatia congênita corrigida (comunicação interventricular) vem para serviço de urgência com queixa de dispneia. Havia perdido seguimento ambulatorial e estava sem uso de medicação ou avaliação médica há aproximadamente 3 anos. Durante sua avaliação, a criança foi apresentando deterioração clínica progressiva, evoluindo com perda da consciência e monitor evidenciando linha reta (assistolia). Você se encontra sozinho na sala vermelha no momento. Qual a sua conduta inicial diante do quadro clínico em questão?

- A) Definir se houve parada cardiorrespiratória e, caso seja confirmada, iniciar reanimação cardiopulmonar com desfibrilador 2 J/Kg
- B) Avaliar presença de pulso e de respiração, enquanto organiza material de gasometria para afastar causas como hipercalemia
- C) Iniciar manobras cardiovasculares com compressões cardíacas na proporção 15:2, enquanto aguarda desfibrilador
- D) Verificar pulso e respiração, além dos cabos, ganho e derivação, enquanto pede ajuda e inicia compressões cardíacas
- E) Proceder às manobras de reanimação cardiovasculares e administração imediata de adrenalina endovenosa

26. As glifozinas, como são denominados os Inibidores da SGLT2, são drogas bastante utilizadas no tratamento do diabetes. Sobre as contraindicações do uso dessa classe de droga, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Não há contraindicação para uso em pacientes com insuficiência renal crônica terminal (dialise).
- B) Todos os iSGLT2 são contraindicados em pacientes com hepatopatia crônica.
- C) Todos os iSGLT2 são contraindicados na gravidez e lactação.
- D) Existe recomendação para pacientes pediátricos.
- E) São indicadas amplamente para pacientes diabéticos tipo 1.

27. Sobre o uso de Inibidores da Aromatase para tratamento de baixa estatura, podemos afirmar que

- A) aumentam o nível de testosterona, principal hormônio que age na maturação das epífises.
- B) estão indicados em meninos com puberdade precoce central, sendo bastante seguros e apresentam dados bem robustos de melhora de altura final.
- C) está indicado o uso apenas em meninas com estatura relativamente baixa no início da puberdade e com idade óssea avançada.
- D) podem ser usados associados com hormônio do crescimento, sendo que a associação mostrou-se mais efetiva do que cada uma das medicações quando usadas isoladamente.
- E) têm poucos efeitos colaterais, não sendo necessário monitoramento específico durante o uso.

28. Com relação ao tratamento e prognóstico de câncer diferenciado de tireoide (CDT) na faixa pediátrica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os pacientes com nódulo único podem ser submetidos à lobectomia.
- B) Os pacientes com metástase ao diagnóstico apresentam um prognóstico ruim e elevada mortalidade.
- C) Apesar de elevada taxa de metástase cervical, não é recomendado, de rotina, o esvaziamento cervical do compartimento central.
- D) Todos os pacientes pediátricos devem ser submetidos à tireoidectomia total e esvaziamento cervical.
- E) Invasão linfonodal é muito comum e está associado a pior prognóstico, usualmente associado a múltiplos nódulos acometidos com neoplasia, apresentação mais comum na faixa pediátrica.

29. Qual das causas abaixo NÃO é etiologia da puberdade precoce central?

- A) Hamartoma hipotalâmico
 - B) Neurofibromatose tipo 1
 - C) Hipotireoidismo primário
 - D) Síndrome de McCune-Albright
 - E) Esclerose tuberosa
-

30. Menina de 6 anos é lavada ao consultório por aumento de broto mamário há cerca de 2 meses, com aumento da altura nos últimos 6 meses. Mãe não notou odor axilar, aumento de pelos pubianos ou alteração de humor. No exame físico, a menor estava no percentil 97 (OMS), com 126 cm, peso de 24 kg (percentil 85 – OMS), e IMC 15,1 kg/m² (percentil 35 OMS), com Tanner M2P1. Trazia exames complementares mostrando LH 0,8 UI/L; FSH 2,4 UI/L; estradiol 5 pg/ml; TSH 3,4 microUI/ml; idade óssea no rx de mãos com avanço de 15 meses e RM de crânio normal.

Qual é o diagnóstico dessa paciente?

- A) Puberdade precoce central
 - B) Puberdade precoce periférica
 - C) Telarca precoce isolada
 - D) Puberdade fisiológica
 - E) Pubarca precoce isolada
-

31. São indicações para tratamento cirúrgico de tumores hipofisários não funcionantes os citados abaixo, EXCETO

- A) Crescimento tumoral.
 - B) Perda da função hipofisário (hipopituitarismo).
 - C) Pacientes que desejam engravidar.
 - D) Lesões próximas do quiasma óptico.
 - E) Uso de anticoagulante (apoplexia).
-

32. Paciente do sexo feminino de 14 anos e 6 meses de idade com queixa principal de falta de mama. Aos 10 anos, surgiram os pelos pubianos, sem entretanto, desenvolver as mamas. Sem patologias crônicas, a não ser otite de repetição. Pais referem puberdade normal. Ao exame físico, paciente apresentava altura 139 cm (bem abaixo do percentil 5) e peso de 47 kg (percentil 25) , com tireoide normopalpável, abdômen e aparelho cardiovascular normal, olfato normal, sem deformidade física e estadiamento puberal de Tanner M1 e P3.

Diante desse quadro clínico, qual o valor esperado das gonadotrofinas e qual exame subsequente melhor indicado?

- A) LH e FSH normais; Ressonância de sela túrcica
 - B) LH e FSH reduzidos; ultrassonografia pélvica
 - C) LH e FSH elevados; cariótipo
 - D) LH e FSH aumentados; tomografia de crânio
 - E) LH e FSH reduzidos; dosagem de 17-hidroxiprogesterona
-

33. Qual das patologias abaixo é causa de hipogonadismo hipogonadotrófico funcional ou transitório?

- A) Síndrome de Turner
 - B) Síndrome de Kallman
 - C) Disgenesia gonadal
 - D) Craniofaringioma
 - E) Anorexia nervosa
-

34. Paciente portadora de diabetes tipo 1 há 3 anos. Atualmente com 15 anos, com 42 kg, apresenta-se em consulta médica de revisão com monitor contínuo de glicose para sua avaliação, que foi recentemente instalado. Dados do sensor mostram Tempo no alvo de 60%, acima do alvo em 29 % e 11% abaixo do alvo, considerando alvo terapêutico de 70 a 180 mg/dL. A HbA1c era estimada em 6,7%, com variabilidade glicêmica de 42%. Paciente usava insulina degludeca 26 unidades pela manhã e insulina lispro conforme contagem de carboidrato, com uma média de 8 unidades no café, 08 unidades no almoço e 6 unidades no jantar. No gráfico tinha episódios de hiperglicemia no café e hipoglicemia após almoço e na madrugada.

Com esses dados, podemos afirmar que a melhor medida terapêutica nesse caso é a seguinte:

- A) Como vem tendo hipoglicemia na madrugada, necessita fazer lanche noturno rico em carboidrato, após o jantar.
- B) Como a hemoglobina glicada estimada está abaixo de 7,0%, indica excelente controle, sem necessidade de ajuste da insulina.
- C) Como vem fazendo hiperglicemia pós café, necessita aumentar insulina de correção matinal, além de aumentar a insulina basal.
- D) Como vem fazendo hipoglicemias, é necessário diminuir a insulina de correção do almoço e jantar.
- E) Como vem fazendo hipoglicemia em vários momentos, incluindo a madrugada, deve reduzir dose da insulina basal como primeira medida.

35. A Metformina pode ser usada em paciente com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

Em qual das situações abaixo, a metformina NÃO é uma boa opção de tratamento na SOP?

- A) Para melhorar as manifestações cutâneas, como acne e hirsutismo.
- B) Na presença de irregularidade menstrual, quando o contraceptivo oral não pode ser usado.
- C) Na presença de hiperglicemia, nos casos de diabetes ou pré- diabetes.
- D) Na falência das modificações de estilo de vida da paciente.
- E) Na possibilidade de melhora da fertilidade em mulheres com SOP, pois melhora as taxas de ovulação.

36. Gestante de 28 anos, na 26ª Semana, foi encaminhada para pelo obstetra assistente para sua avaliação, pois foi identificado hipercolesterolemia nos exames laboratoriais. A paciente refere que sempre teve colesterol alto, que o pai teve infarto aos 50 anos e seus dois irmãos também têm colesterol elevado. A paciente sempre fez exercícios, sem tabagismo ou etilismo, e matinha peso sempre normal. No exame físico, chama atenção a presença de xantomas tendinosos. Estava com pressão arterial e frequência cardíacas normais. Os exames mostravam Colesterol total 356mg/dL, HDL 41mg/dL, LDL 275 mg/dL e triglicerídeos de 200 mg/dL. Glicemia de 80 mg/dL e TSH 2,0 mUI/L.

Qual a melhor conduta para esse caso?

- A) Iniciar a estatina após a 32ª semana de gestação
- B) Iniciar ezetimibe de imediato
- C) Fazer plasmáfereze do LDL de imediato
- D) Aguardar o término da gestação para iniciar o tratamento.
- E) Iniciar fibrato, pois é o único aprovado para uso na gestação

37. Mulher de 50 anos é admitida com quadro de desidratação, confusão mental, emagrecimento e náuseas. O acompanhante informa uma perda do apetite nos meses, com piora das náuseas e alguns episódios de vômitos. Os exames iniciais mostram uma cálcio de 14 mg/dL (VR: 8,8 – 10,2), com PTH 450 pg/mL (VR:10-65), fosforo 1,9 mg/dL (VR: 2,5-4,5) e clearance de creatinina de 55 ml/min, com creatinina de 2,5 mg/dL, ionograma normal e discreta anemia no hemograma.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hiperparatireoidismo primário
- B) Hiperparatireoidismo secundário a insuficiência renal
- C) Hipercalcemia associada à malignidade
- D) Osteomalacia oncogênica
- E) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar

38. Homem de 45 anos investigando cefaleia, realizou ressonância magnética de encéfalo e evidenciou-se uma massa hipofisária de 0,6 x 1,3 cm, cm crescimento supra selar. Paciente sem estigmas ou sintomas outros sugestivos de hipersecreção hipofisária.

Assinale a alternativa CORRETA para investigação.

- A) Não necessita fazer campimetria, pois a tumoração é muito pequena (microadenoma).
- B) Deve dosar LH e FSH, pois a principal causa desses tumores é gonadotropinoma, que costumam estar bem elevados.
- C) A dosagem de prolactina só deve ser feita nos homens com sintomas de hipogonadismo.
- D) Uma dosagem de IGF-1 normal, sem supressão de GH após o teste de tolerância oral à glicose, exclui acromegalia.
- E) Repetir a Ressonância de sela túrcica após 1 ano, se paciente se mantiver assintomático.

39. Uma mulher de 59 anos, em tratamento para osteoporose com alendronato 70 mg semanal, procura atendimento, por apresentar alteração nos exames tiroideanos, com TSH 0,1 (VR: 0,4-4,0 mUI/L) e T4 livre 1,5 (VR: 0,7- 1,8 ng/dL. Completamente assintomática.

Assinale a alternativa que indica a melhor conduta para esse caso.

- A) Como tem hipertireoidismo subclínico, indicado suspender bisfosfonato e tratar imediatamente pelo risco aumentado de fratura, com avaliação da etiologia do hipertireoidismo posteriormente.
- B) Repetir os exames com 3-6 meses. Caso persista alterado, investigar e tratar de acordo com a etiologia, pois a associação do hipertireoidismo subclínico com perda de massa óssea e fraturas está bem estabelecida.
- C) Tratamento imediato com droga antitiroideana pelo risco de arritmia (fibrilação atrial) nessa faixa etária.
- D) Não fazer nenhuma conduta, pois a alteração laboratorial é mínima, devendo ser erro laboratorial.
- E) Deve-se suspender imediatamente o bisfosfonato e repetir novos exames tiroideanos com 15 dias, pela interferência do bisfosfonato na secreção hipofisária de TSH.

40. Sobre a avaliação de paciente com nódulos tiroideanos, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Cintilografia está indicada nos pacientes com nódulo e TSH suprimido.
- B) Pacientes com nódulos sólidos, hipoeoicos, com microcalcificação e com mais de 10 mm no maior diâmetro pela ultrassonografia, têm indicação de punção aspirativa com agulha fina (PAAF).
- C) Tireoidectomia está indicada naqueles nódulos com citologia na PAAF categorias V e VI na classificação de Bethesda.
- D) Deve-se dosar o TSH, tireoglobulina e calcitonina para todos os nódulos maiores que 10 mm no maior diâmetro pela ultrassonografia.
- E) Pacientes com nódulos mistos, hiperecoicos e menores que 10 mm no maior diâmetro não têm indicação de PAAF.

41. Paciente de 48 anos, portadora de pan-hipopituitarismo após ressecção transesfenoidal de macroadenoma hipofisário há 5 anos, traz exames para sua reavaliação. Usa levotiroxina 100 mcg/dia, hidrocortisona 20 mg/dia, anticoncepcional oral. Exames mostram TSH = 0,08 (VR: 0,4- 4,0 mUI/L) e T4 livre 1,3 (VR: 0,7-1,7ng/dL).

Qual a conduta a ser adotada nesse caso?

- A) Aumentar a dose da levotiroxina para 112 mcg/dia.
- B) Diminuir a dose da levotiroxina para 88 mcg/dia.
- C) Diminuir a dose da levotiroxina para 75 mcg/dia e rever novo TSH e T4 livre com 2 meses.
- D) Suspender a hidrocortisona para reavaliar a função tiroideana sem a sua interferência
- E) Manter a dose da levotiroxina

42. Um recém nascido de 5 dias, filho de mãe diabética tipo 1, foi avaliado pela pediatra com solicitação de dosagem de anticorpos por solicitação dos pais. Estavam receosos quanto ao risco de o filho ter também diabetes tipo 1. Foram identificados anticorpos positivos para anti-GAD e anti-insulina.

Qual será a melhor conduta nesse caso?

- A) Repetir testes após 9 meses de idade para melhor estratificação do risco.
- B) Para confirmar, necessitaria do anti-ZnT8. Na presença de 3 anticorpos positivos, fecharia o diagnóstico de diabetes tipo 1 na criança.
- C) Não necessita repetir anticorpos, apenas acompanhar com glicemia e insulinemia periodicamente para definir o tratamento.
- D) Repetir os testes a cada 6 meses para melhor estratificação do risco.
- E) Avaliar a titulação dos anticorpos, pois o risco de diabetes tipo 1 envolve tanto a positividade como a titulação dos anticorpos.

43. Mulher de 68 anos, hipertensa, tabagista e com insuficiência cardíaca (classe funcional NYHA III), fez exames de rotina identificando diabetes (HbA1c- 8,3% e glicemia de jejum de 148) e creatinina de 2,0mg/dL com TFGe 28 ml/min.

Qual das medicações a seguir é a mais bem indicada para essa paciente?

- A) Lixisenatida
 - B) Metformina
 - C) Dapaglifozina
 - D) Pioglitazona
 - E) Sitagliptina
-

44. Jovem de 18 anos, masculino, com diabetes tipo 1 há cerca de 2 anos, em tratamento com múltiplas doses de insulina (basal-bolus prandial) em uso irregular, apresenta quadro infeccioso viral há 3 dias e dá entrada no pronto-socorro com quadro de náuseas, vômitos, dor abdominal e sonolência há cerca de 12 horas. Na avaliação inicial, estava sonolento, desidratado, desorientado, dispneico, taquicárdico (FC -124 bpm) e hipotensão (PA- 90 x 55 mmHg). Exames iniciais mostram glicemia de 510 mg/dL, HbA1c- 12%, potássio- 4,0 mEq/L (VR: 3,5- 4,5), sódio 144 mEq/L (VR: 135-145), gasometria com pH de 7,2 (VR: 7,35-7,45) e bicarbonato de 14 mEq/L.

Em relação a esse paciente, qual a melhor conduta diagnóstica e terapêutica?

- A) Bicarbonato deve ser iniciado diante do quadro de acidose metabólica grave ($\text{pH} < 7,3$) e bicarbonato baixo (< 15).
 - B) Hidratação venosa vigorosa deve ser imediatamente iniciada com solução fisiológica 0,9%, podendo usar a 0,45% em casos com hipernatremia ($\text{Na} > 150$ mEq/L).
 - C) Como a etiologia da cetoacidose é a hiperglicemia, é fundamental usar insulina intravenosa, devendo ser suspensa quando a glicemia atingir 250 mg/dL pelo risco de hipoglicemia.
 - D) Após o início da insulina, o potássio tende a normalizar e usualmente não requer reposição, a não ser quando menor que 3,0 mEq/L, pelo risco acentuado de arritmia.
 - E) A reposição de fósforo deve ser sempre realizada, pois os pacientes com cetoacidose tendem a fazer importante hipofosfatemia.
-

45. Homem de 71 anos tem fratura de colo de fêmur D após queda da própria altura. Tem diabetes tipo 2 e hipertensão desde os 50 anos. Após a correção cirúrgica da fratura, foi realizada a densitometria mineral óssea que evidenciou baixa massa óssea (osteopenia) em coluna lombar (L1-L4: -2,2 SD score T) e em fêmur esquerdo (colo: - 1,9 SD score T).

Em relação ao caso, podemos afirmar que

- A) paciente não tem osteoporose, conforme demonstrado pela densitometria, sendo necessário adequar ingestão de cálcio e vitamina D, além dos exercícios como tratamento principal.
 - B) paciente deve ser considerado como portador de osteoporose, com fratura típica de fragilidade e indicado tratamento medicamentoso, independente de densitometria mostrar osteopenia.
 - C) como paciente tem osteopenia, está indicado uso do FRAX para determinar a necessidade de medicação.
 - D) não tem como calcular o risco pelo FRAX, pois paciente é homem e tem mais de 70 anos.
 - E) paciente tem diabetes e tem risco mais elevado de fraturar por maior remodelação óssea e menor densitometria, comparado à população que não tem diabetes.
-

46. Um paciente masculino de 34 anos foi diagnosticado com diabetes através de exames de rotina, há cerca de 2 anos. Não tinha alterações significativas no exame físico, incluindo IMC normal de 23 kg/m². Foi logo iniciado tratamento com metformina, mas não teve controle adequado e rapidamente passou a usar outros remédios, persistindo sem controle e decidido por iniciar insulina há 8 meses.

Considerando esse caso, qual o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A) MODY, devendo ser feito teste genético (incluir pesquisa de mutação para HNF1-alfa, HNF4-alfa e glucoquinase).
 - B) MODY, devendo ser feita, apenas, a pesquisa da glucoquinase inicialmente.
 - C) LADA, com necessidade de pesquisa de anticorpo anti-GAD, confirmando o diagnóstico, se positivo.
 - D) LADA, mas sem conseguir confirmar o diagnóstico, pois os anticorpos rapidamente se negativam, considerando que paciente tem 2 anos de diagnóstico.
 - E) Diabetes tipo 2, com falência pancreática associada, sem necessidade de anticorpos ou mutação devido a idade do paciente (> 30 anos).
-

47. Jovem de 18 anos procura atendimento para avaliação de ginecomastia. Nega uso de medicamentos e drogas ilícitas, assim como uso de álcool e cigarro. Refere ter função sexual preservada. No exame físico, tinha mama M2 bilateralmente, sem galactorreia ou dor. No estágio puberal, tinha G5P5 (Tanner) com volume testicular de 20 ml.

Nesse caso, quais os exames mais apropriados que deveriam ser solicitados?

- A) Testosterona, FHS, LH, estradiol, beta-HCG
 - B) Prolactina, androstenediona, cortisol, ACTH
 - C) TSH, T4 Livre, testosterona, FSH
 - D) Cariótipo, IGF-1, SHBG, prolactina
 - E) Progesterona, 17-hidroxiprogesterona, testosterona, estradiol
-

48. Criança de 2 anos veio encaminhada para avaliação de uma suposta insuficiência adrenal. Sobre esse quadro, podemos afirmar que

- A) como não tem relato de hipoglicemia, já se descarta a hipótese de insuficiência adrenal.
 - B) Adrenoleucodistrofia pode ser descartada, já que a criança não ser do sexo feminino, já que se trata de uma herança autossômica recessiva.
 - C) Hiperplasia adrenal congênita é provável, mesmo sem macrogenitossomia, e deve ser investigada perda de sal inaparente.
 - D) Hipoplasia adrenal congênita é a hipótese mais provável, por ser de aparecimento mais tardio e a criança ainda ter 2 anos.
 - E) como é um menino, já se descarta a possibilidade de hiperplasia adrenal congênita.
-

49. Qual dos pacientes abaixo NÃO teria indicação de avaliar hipertensão endócrina?

- A) Homem, 40 anos, hipertensão há 2 anos, obesidade e diabetes.
 - B) Mulher, 35 anos, com hipertensão paroxística, com cefaleia, sudores, palpitação.
 - C) Mulher, 38 anos, hipertensa há 2 anos, com obesidade central e estrias violáceas no abdômen.
 - D) Homem, 40 anos, hipertensão há 10 anos com hipocalcemia.
 - E) Mulher, 40 anos, em uso de 3 anti-hipertensivos em dose máxima e com hipertensão mantida (PA: 180 x 110 mmHg).
-

50. No raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X, encontramos um padrão laboratorial específico.

Assinale a alternativa mais típica do paciente com XLH.

- A) Fósforo baixo, PTH alto, 25(OH)D normal, 1,25(OH)D baixo, FGF23 elevado
 - B) Fósforo baixo, PTH baixo, 25(OH)D baixo, 1,25(OH)D alto, FGF23 elevado
 - C) Fósforo baixo, PTH alto, 25(OH)D baixo, 1,25(OH)D baixo, FGF23 baixo
 - D) Fósforo baixo, PTH baixo ou normal, 25(OH)D normal, 1,25(OH)D baixo, FGF23 baixo
 - E) Fósforo baixo, PTH baixo, 25(OH)D alto, 1,25(OH)D alto, FGF23 elevado
-

GRUPO 17
- ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA -