

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Em relação à fisiologia do sistema endócrino, julgue os itens a seguir.

- 61 O hormônio liberador do hormônio do crescimento (GHRH) é secretado pelo núcleo ventromedial do hipotálamo, área sensível à concentração sérica de glicose, e situações clínicas que modificam a glicemia podem afetar a secreção desse hormônio.
- 62 Os pituícitos, células da neuro-hipófise semelhantes às células gliais, não secretam hormônios, mas dão suporte às fibras nervosas terminais e terminações nervosas dos tratos originados do hipotálamo.
- 63 Embora a vasopressina e a ocitocina sejam produzidas em regiões próximas — nos núcleos supraópticos e periventriculares do hipotálamo —, elas apresentam estruturas de aminoácidos bastante diferentes, o que justifica a ausência de similaridade funcional.
- 64 Ao entrarem nas células-alvo, a tiroxina e a tri-iodotironina novamente são ligadas a proteínas intracelulares e são usadas de forma gradual, ao longo de dias e semanas.

Julgue os itens a seguir, acerca do crescimento normal e patológico.

- 65 O hormônio do crescimento é responsável pela diferenciação celular, e a IGF-1 pela expansão e hipertrofia da placa de crescimento.
- 66 A relação do segmento superior e do segmento inferior (SS/SI) pode oferecer importantes informações sobre a causa da baixa estatura, sendo a relação SS/SI diminuída geralmente encontrada em situações patológicas como raquitismo e hipotireoidismo.
- 67 Nas formas mais graves de deficiência do hormônio do crescimento, a criança pode nascer com estatura normal, ou pouco abaixo da média, e pode não apresentar alterações na velocidade de crescimento no primeiro ano de vida.

A respeito da diabetes melito tipos 1 e 2, julgue os itens subsequentes.

- 68 Mais de 90% dos pacientes com diabetes melito tipo 1 possuem antígenos de classe II HLA DR3 ou DR4, e a expressão desses alelos raramente ocorre em indivíduos sem a doença.
- 69 A ausência de relato, pelos pais, de poliúria e polidipsia em adolescentes que chegam ao pronto-socorro desidratados e com alteração no nível de consciência praticamente descarta o diagnóstico de diabetes melito tipo 1.
- 70 As insulinas de ação ultrarrápida devem ser administradas preferencialmente trinta minutos após as refeições para o controle da glicemia pós-prandial.
- 71 Um dos efeitos da atividade física de moderada a alta intensidade no tratamento da diabetes melito tipo 2 em crianças e adolescentes é a redução da ativação da enzima AMPK, que inibe a expressão de receptores de GLUT-4 na fibra muscular.

Em relação aos distúrbios nutricionais, julgue os itens que se seguem.

- 72 Se a criança apresentar queilose, glossite, aumento da sensibilidade à luz, lacrimejamento e blefarite angular, deve-se suspeitar de deficiência de riboflavina (B2).
- 73 O marasmo normalmente acomete crianças acima de dois anos de idade, com presença de alterações na pele, hepatomegalia, ascite, face de lua, edema de membros inferiores bilateral e apatia, quadro que caracteriza o diagnóstico.
- 74 No tratamento hospitalar de paciente com desnutrição energético-proteica grave, deve-se focar, inicialmente, na correção energética da dieta, oferecendo-lhe, no primeiro dia, 150 kcal/kg/dia, mais o fator de estresse, que pode variar de 10% a 30%.

Em relação aos distúrbios da diferenciação sexual, julgue os itens seguintes.

- 75 Na disgenesia gonadal incompleta ou parcial 46 XY, existe o risco de transformação neoplásica das gônadas, sendo geralmente indicadas, em idades precoces, a remoção dos derivados de Wolff, a remoção das gônadas e a reconstrução da genitália externa de acordo com o sexo feminino.
- 76 A diferenciação sexual pode ser secundária a alterações hormonais hipotálamo-hipofisárias, como ocorre na síndrome de Kallmann, cujo diagnóstico pode ser dado na infância, devido a criptorquidia e(ou) micropênis, ou na puberdade, devido ao atraso puberal.
- 77 Nos casos da deficiência de 5-alfa-redutase do tipo 2 em indivíduos 46 XY, a ambiguidade genital é discreta e o diagnóstico muitas vezes é dado apenas no período da adolescência, devido ao atraso no desenvolvimento puberal.

Considerando um recém-nascido que tenha nascido hipotônico, com níveis elevados de cálcio e paratormônio, com significativo quadro de desmineralização óssea, julgue os itens subsequentes.

- 78 A herança da doença é ligada ao X e deve-se investigar a mãe para o quadro de hipercalcemia hipocalciúrica familiar.
- 79 A fisiopatologia da doença está relacionada a alterações da função do receptor sensor de cálcio (CaSR) tanto nas paratireóides como nos rins.
- 80 O tratamento geralmente é cirúrgico, com paratireoidectomia total ainda no período neonatal.

No Brasil, a obesidade vem crescendo. Estudos apontam que 50% da população está acima do peso e, entre as crianças, esse número estaria em torno de 15%. A respeito de obesidade infantil, julgue os itens que se seguem.

- 81** A grelina reduz a expressão do neuropeptídeo Y e da AGRP (proteína relacionada ao gene Agouti) no hipotálamo, aumentando a fome, a ingestão de alimentos e a deposição de gordura no corpo.
- 82** Na síndrome de Prader-Willi, os níveis de grelina estão elevados, o que contribui para a hiperfagia e a obesidade.
- 83** O GLP1 (peptídeo semelhante a glucagon 1) atua no estômago reduzindo o tempo de esvaziamento gástrico e nas células beta pancreáticas aumentando a secreção de insulina, com consequente aumento da neurotransmissão da via de sinalização anorexígena central.
- 84** A meta de tratamento para a obesidade em crianças abaixo de 7 anos de idade incompletos é a perda gradual de peso, alcançada com reeducação alimentar e prática de atividade física.
- 85** A síndrome de Bardet-Biedl decorre de uma mutação homocigótica e caracteriza-se por polidactilia, distúrbios do trato urinário, distrofia retiniana e hipogonadismo.

Considerando que uma menina de 7 anos de idade com classificação de Tanner M1P3 seja levada ao consultório médico devido a odor axilar há 3 meses, julgue os itens subsequentes.

- 86** Caso a paciente apresente velocidade de crescimento elevada, LH e FSH normais e testosterona e SDHEA aumentados, deve ser aventada a possibilidade de tumor adrenal.
- 87** Caso a criança apresente uma 17OHP normal, exclui-se o diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita não clássica.
- 88** Se a criança evoluir para estadiamento puberal M2P3, com massa abdominal palpável e presença de testosterona elevada, exclui-se o diagnóstico de tumor ovariano.
- 89** A síndrome de Li-Fraumeni está associada a maior risco de tumor adrenal.
- 90** Considerando-se o diagnóstico de deficiência de 3 beta-hidroxiesteroide desidrogenase, espera-se clitoromegalia ao exame físico.

Criança de 12 anos de idade com quadro de agitação, nervosismo e tremores havia 2 meses foi levada às pressas ao atendimento básico para ser avaliada após ingestão acidental de 2 comprimidos de levotiroxina. À avaliação, apresentava temperatura axilar de 38 °C, frequência cardíaca de 140 bpm, letargia e diarreia.

Considerando esse caso clínico, julgue os próximos itens, relativos a crise tireotóxica e hipertireoidismo na infância.

- 91** A abordagem inicial da crise tireotóxica consiste no controle da hipertermia, na administração de propranolol para controle da frequência cardíaca e de metimazol e lugol, além de controle volêmico.
- 92** A colestiramina é uma opção para o tratamento da crise tireotóxica, pois inibe a absorção dos hormônios tireoidianos.
- 93** A doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo na infância e está relacionada com mutação em HLA DR3, HLA B8 e HLA DQA1.
- 94** O uso de antitireoidianos está associado a plaquetopenia e granulocitopenia.
- 95** A radioiodoterapia é indicada para bólios grandes ou tireoide sem a presença de nódulos.

No que diz respeito aos distúrbios puberais, julgue os itens que se seguem.

- 96** A síndrome de Noonan decorre da mutação no gene PTPN11 e cursa com hipogonadismo hipogonadotrófico.
- 97** A síndrome de McCune Albright cursa com puberdade precoce periférica, não havendo risco de avanço de idade óssea e perda de previsão de estatura final.
- 98** Nos pacientes com micropênis e deficiência de 5a-redutase, o tratamento é realizado com aplicação local de gel de dihidrotestosterona.
- 99** A síndrome de Kallman caracteriza-se por hipogonadismo hipergonadotrófico associado a anosmia e(ou) hiposmia.
- 100** A testotoxicose decorre de mutação inibidora do receptor de LH nas células de Leydig e seu tratamento é realizado com o uso de inibidores de aromatase.

Espaço livre