

Cada questão vale 1,0. Nas questões que tem dois itens, cada uma vale 0,5

1. Maria, 8 anos e 6 meses, sexo feminino, foi encaminhada para avaliação no ambulatório de ginecologia por estar muito pequena em relação as coleguinhas da escola e apresentar caracteres sexuais secundários, com aparecimento de mama há 1 ano, menarca há 7 meses (ciclos regulares de aproximadamente 40 dias e catamênios de 10 dias), pubarca mais recente. Relata Hipertricose do dorso, pele ressecada, constipação intestinal, dificuldade de concentração com queda no rendimento escolar. A alimentação apresentava-se adequada. Nega uso de medicamentos. Ao exame físico, constatou-se estatura de 1,25 cm (p5), peso de 31,3 kg (p 25-50), desenvolvimento puberal (classificação de Tanner) AH1, PH2, M4. Ausência de galactorreia.

Em se tratando de caso de puberdade precoce, responda as seguintes questões:

- a. Quais os sinais e sintomas relatados no caso que nos faz pensar em Puberdade Precoce?

Paciente de 8 anos e 6 meses, pequena para a idade, com caracteres sexuais secundários e menarca, iniciado antes dos 8 anos de idade

- b. Qual os exames necessários para elucidação do caso? Comente.

As alterações físicas da puberdade estão sob o controle do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, cuja atividade aumenta no início da puberdade

- TC ou RNM do crânio – identificação de alterações do SNC (harmatomas, craniofaringiomas, astrocitomas, gliomas, neurofibromas e teratomas. Hidrocefalia, infecções, anomalias congênitas e traumas mecânicos
- Dosagens hormonais
 - FSH e LH – sendo o LH um marcador mais sensível. LH basal > 0,6 µm/ml e relação LH/FSH > 1 sugerem

ativação puberal de causa central. O FSH basal baixo é sugestivo de causa periférica

- Teste do GnRH: LH > 10mUI/ml ou LH/FSH>1 indicam ativação puberal
- Estradiol: pouco valor. Níveis aumentados sugerem tumor
- Androgênios: testosterona, 17-hidroxiprogesterona, DHEA e androstenediona
- TSH e Prolactina: hipotireoidismo primário grave, níveis elevados de TRH, TSH e Prolactina sensibilizam os receptores gonadais e desencadeiam puberdade
- HCG: aumenta nos casos de coriocarcinoma ovariano e tumor hepático produtor de HCG
- HC: deve ser avaliado nos casos de baixa estatura
- USG abdominal-pelvica: avaliar as supra-renais, útero e ovários – determinar tamanho e do formato do útero, presença de eco endometrial, relação corpo-colo, dimensões ovarianas, presença de folículos
- Radiografia de punho: avaliar a idade óssea

2. Estudante universitária, 24 anos, nuligesta, com vida sexual ativa, procurou o serviço de ginecologia com queixa de **corrimento vaginal amarelado, de odor fétido e prurido anal**. Relata que o **odor piorava após as relações sexuais** e que percebeu **grande piora há 3 dias após realizar ducha vaginal**. Faz uso de contraceptivo oral hormonal combinado. Ao exame ginecológico observou-se **corrimento branco-acinzentado, aderente às paredes vaginais, embora facilmente removível, com pequenas bolhas e de odor fétido, semelhante ao de “peixe podre”, não sendo observado sinais flogísticos**.

Em relação ao caso, responda as seguintes questões:

- a. Qual a hipótese diagnóstica e agente etiológico? Quais os sinais clínicos que confirmam sua resposta?

Provavelmente uma vaginose bacteriana. Corrimento branco acinzentado, viscoso, com bolhas e odor de peixe podre, ausência de sinais flogísticos e piora após relação sexual e ducha vaginal

b. Por que ocorre a liberação de odor característico? Explique.

O contato da secreção com substâncias com pH básico, faz liberar as amina chamada de putrefina e cadaverina, que tem o odor de peixe podre

3. O sangramento uterino anormal (SUA), é a principal causa de consulta ao ginecologista, é responsável por 2/3 de todas as histerectomias. Estima-se que acometa 40% das mulheres em todo mundo. Além de alterar negativamente a qualidade de vida das mulheres, é responsável pelos elevados custos financeiros diretos e indiretos.

Diante disto, apresente a classificação do sangramento uterino anormal e comente a respeito.

PALM-COEN com definição dos grupos e principais patologias associadas

4. Dentre as alterações fisiológicas que o organismo materno passa na gravidez, a função tireoidiana também é alterada. Descreva quais são as principais e o porquê acontecem.

O hormônio estimulante da tireoide sofre diminuição pela presença da fração beta do hormônio gonadotrófico que apresenta semelhança molecular.

Na tireoide, observa-se aumento de seu volume.

Sua função altera-se em decorrência do nível do iodo reduzido pela taxa de filtração renal, pelo aumento da globulina transportadora de hormônios tireoidianos (diminuição das frações livres) e pela ação da gonadotrofina coriônica (beta) pela semelhança estrutural com o hormônio estimulante da tireoide.

Desde o primeiro trimestre, a globulina transportadora de hormônios tireoidianos encontra-se aumentada e atinge seu pico com 20 semanas, permanecendo em um platô com valores de cerca do dobro de não gestantes. A tiroxina sérica total (T4) e a triiodotironina (T3) apresentam picos máximos com seis a nove semanas e 18 semanas,

respectivamente. O T4 livre alcança o nível máximo com o hCG e depois volta ao normal.

5. Cite e descreva as principais características dos períodos clínicos do parto vaginal.

Dilatação (1º Período) - Inicia-se quando as contrações estão regulares e capazes de promover dilatação cervical. Difere entre multíparas e primíparas. Duração aproximada de 10 a 12 horas em primíparas e 6 a 8 horas entre multíparas.

Período expulsivo (2º Período) – Quando ocorreu a completa dilatação cervical e o feto se encontra em planos positivos de De Lee. Nessa fase as contrações uterinas podem atingir sua frequência máxima. Também difere em duração nas multíparas e primíparas.

Secundamento (3º Período) – Inicia-se quando está ocorrendo o descolamento e a expulsão da placenta e das membranas. É considerado prolongado quando ultrapassa 30 min.

Primeira hora pós-parto (4º Período) – Tem início no final do secundamento e estende-se até 1 hora após o parto. Nessa há maior risco de hemorragia uterina, sendo necessário a integridade nos mecanismos fisiológicos de controle do sangramento puerperal, sendo o principal a contração da musculatura uterina de forma fixa.

6. A assistência pré-natal é considerada uma área da medicina preventiva que objetiva promover para a mulher grávida condições de saúde e bem-estar durante todo o período gravídico, culminando com assistência ao parto adequada e menores índices de morbidade e mortalidade materno-fetal. Quais são, conforme o calendário vacinal do Ministério da Saúde do Brasil e a bibliografia sugerida, as recomendações para a vacinação de gestantes e qual o esquema indicado para cada uma?

Hepatite B (HBV) - O MS recomenda a vacinação de toda gestante apresentando sorologia negativa para o HBV. Primeira dose – primeira consulta; segunda dose – 30 dias após a primeira; terceira dose – 6 meses após a primeira

Influenza (inativada) - Recomendada para toda gestante, em qualquer trimestre, durante o período sazonal da epidemia. Dose única na gravidez, conforme campanha do MS.

Tétano, difteria e coqueluche (dTpa) - Recomendada pelo CDC, ACOG e MS. Primeira dose com 20 semanas (dT), segunda dose com 28 semanas

(dTpa) e terceira dose com 36 semanas (dT) Deve ser aplicada pelo menos até 20 dias antes do parto.

7. Descreva as principais características das células musculares miométriais, com relação a sensibilidade, excitabilidade, capacidade elástica, a tonicidade e a capacidade contrátil.

A sensibilidade dolorosa é discreta no colo e no corpo uterino. Contrações com intensidade de 40 a 50 mmHg não são identificadas pelas gestantes. Excitabilidade: as fibras miométriais podem ser excitadas. A resposta uterina a eventos estressantes está relacionada à produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e é seguida por alterações da contratilidade, por vezes associadas ao trabalho de parto prematuro.

Elasticidade: a capacidade elástica do miométrio é representada pelas características de extensibilidade e retratibilidade.

- Extensibilidade diz respeito à capacidade de adaptação da parede miométrial às alterações do conteúdo uterino ao longo da gestação e, principalmente, no trabalho de parto.

- Retrabilidade, por outro lado, a redução abrupta do volume de líquido amniótico (rotura das membranas ovulares) é seguida pelo encurtamento das fibras contráteis miométriais (com aumento de sua espessura), mantendo-se praticamente inalterado o tônus uterino.

Na expulsão fetal, à medida que a apresentação avança pelo canal de parto, a parede uterina, por causa da retrabilidade mantém-se adaptada sobre o corpo fetal.

Após a expulsão do feto, a parede adapta-se sobre a placenta.

Depois da dequitação, ainda em razão da retrabilidade, as fibras miométriais comprimem os vasos que as atravessam, garantindo a hemostasia local (o que caracteriza clinicamente o chamado "globo vivo de Pinard").

A tonicidade é representada pela pressão intrauterina no intervalo de duas contrações. Pode estar alterada para mais (hipertonia) ou para menos (hipotonia). Apesar do aumento ou da redução moderada do conteúdo uterino, normalmente seus valores pouco se alteram.

Contratibilidade: o útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação. Essas contrações são de dois tipos:

- de alta frequência e baixa amplitude (tipo A), geralmente localizadas, com frequência de 1 contração/ min e intensidade de 2 a 4 mmHg; e

- de alta amplitude (contrações de Braxton Hicks ou tipo B), cuja intensidade é de 10 a 20 mmHg e se difundem de forma parcial ou total pelo útero. Sua frequência aumenta progressivamente com a evolução da gestação, tendo acréscimo máximo nas quatro semanas que antecedem o parto. Antes de 28 semanas de gestação elas são quiescentes e, a partir

de então, há aumento gradual e coordenado na frequência e na intensidade.

O início do trabalho de parto é marcado pela ocorrência de duas contrações a cada 10 minutos, com intensidade de 20 a 40 mmHg.

8. Descreva como acontece a secreção do hormônio GnRH, citando os fatores que podem interferir nessa secreção.

FEBRASGO: A partir de comandos do córtex cerebral, o hipotálamo libera o GnRH, de maneira pulsátil. A pulsatilidade da secreção do GnRH é consequência da sua interação com outros neurormônios, gonadotropinas hipofisárias e esteroides

gonadais, e regida por efeitos de retroalimentação que envolvem neurotransmissores excitatórios (glutamato, neuropeptídeo Y e norepinefrina) e inibitórios (endorfinas e dopamina). Também atuam nessa regulação fatores ambientais, tais como estresse, exercícios físicos e desnutrição, que podem atuar como inibidores. Além disso, o ambiente hormonal mais estrogênico ou progestagênico, dependendo da secreção ovariana, leva a alteração na amplitude e frequência desses pulsos, sendo, portanto, o comando central e periférico.

9. Uma paciente que teve parto normal há 4 dias retorna à Maternidade referindo febre de 38,5°C, nos últimos dois dias. Mediante essas informações, qual é o diagnóstico? Justifique.

Morbidade febril (ou apenas febre) puerperal. Não havendo outros sintomas, não se pode especificar o local e a causa da febre. Infecção puerperal, por exemplo, refere-se à infecção do trato genital no puerpério.

10. Quais são as indicações para os testes de biologia molecular para pesquisa de DNA de HPV, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres?

PCR para HPV:

- Rastreamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo do útero, feito em conjunto ou não com a colpocitologia, em mulheres com idade maior ou igual a 30 anos.

- Em pacientes com citologia ASC-US, a fim de diferenciar de processos reativos não induzidos pelo HPV.

- Acompanhamento após tratamento de lesões de alto grau.

PCR para Clamídia e Neisseria:

- Diagnóstico da infecção por *C. trachomatis* em mulheres assintomáticas ou não.

- Rastreamento anual (recomendação do Centers for Disease Control and Prevention) em todas as mulheres sexualmente ativas com até 25 anos de idade e naquelas com mais de 25 anos, se apresentaram fatores de risco para a infecção, como novo parceiro sexual ou múltiplos parceiros sexuais, ou parceiro sexual com infecção sexualmente transmissível