

RESIDÊNCIA MÉDICA
Área de Atuação
Transplante de Medula Óssea



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



FACULDADE DE MEDICINA

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL COREME/FM Nº 05/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20 questões** de múltipla escolha, compostas da raiz da questão e de quatro alternativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**.
6. Duração da prova: **01h00**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **00h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

 ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE VALORES LABORATORIAIS NORMAIS

<p>LISTA DE ABREVIACÕES</p> <p>AA – ar ambiente AAS – ácido acetilsalicílico BCF – batimentos cardíacos fetais bpm – batimentos por minuto BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros Cr – creatinina DUM – data da última menstruação FC – frequência cardíaca FR – frequência respiratória Hb – hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – hematócrito IMC – índice de massa corpórea ipm – incursões por minuto IC_{95%} – intervalo de confiança de 95% MV – murmúrios vesiculares IRT – tripsina imunoreativa neonatal mmHg – milímetros de mercúrio MMII - membros inferiores P – pulso PA – pressão arterial PEEP – Pressão expiratória final positiva PSA - antígeno prostático específico PO – Pós-operatório pO₂ – pressão parcial de O₂ pCO₂ – pressão parcial de CO₂ PS – Pronto-Socorro RHZE - R(rifampicina), H(isoniazida), Z(pirazinamida) e E(etambutol) RN – Recém-nascido Sat - saturação Sat O₂ – saturação de oxigênio TEC – tempo de enchimento capilar Temp. – temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante U – ureia UTI – Unidade de Terapia Intensiva TTGO – teste de tolerância a glicose oral UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – velocidade de Hemossedimentação</p> <p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-nascido= 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</p> <p>Sangue (bioquímica e hormônios):</p> <p>Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l Cloretos = 98 - 106 mEq/l Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22-322 ng/mL mulheres: 10-291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL mulheres: 60-180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dl ou 0,81 a 1,55 mmol/l Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl HDL: superior a 40 mg/dL para homens superior a 50 mg/dL para mulheres Lactato = 5 – 15 mg/dl Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl Potássio = 3,5-5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl PSA < 4 ng/mL Sódio = 135-145 mEq/L TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL Ureia = 10 a 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma):</p> <p>Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> <p>Gasometria Arterial:</p> <p>pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100mmHg pCO₂ = 35 a 45mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃ = 22 a 28 mEq/L SatO₂ > 95%</p> <p>Líquor (punção lombar):</p> <p>Células até 4/mm³ Lactato até 20mg/dL Proteína até</p>
--	--

Transplante de Medula Óssea (Hematologia e Hemoterapia)

Caso clínico para as questões **01** e **02**:

Mulher, 65 anos, sem comorbidades, diagnosticada com um Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B, padrão de célula B ativado (ABC), CD5 positivo, após realização de uma biópsia de medula óssea. Estágio clínico ao diagnóstico: IVESB (infiltração medular extensa) sem linfonodomegalias expressivas. Perfil imunohistoquímico: CD20+, CD79a+, CD5+, CD10-, CD3-, Bcl-2 +, BCL-6+, MYC, MUM-1+, SOX-11-. Imunofenotipagem de sangue periférico: 9% de células linfoides B monoclonais com marcadores positivos para cadeia leve kappa, CD19, CD5, CD20, CD200, CD45, IgM, CD22, CD38, CD44, CD81. A paciente foi tratada com seis ciclos do protocolo R-CHOP e quimioterapia intratecal profilática. Após 4 meses do término do tratamento houve progressão da doença, confirmada por biópsia, mantendo o perfil imunohistoquímico inicial.

01

A paciente foi submetida a três ciclos de resgate com o protocolo R-ICE, atingindo resposta completa ao tratamento. A respeito disso, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A melhor estratégia, buscando uma terapia curativa para essa paciente, é a coleta de células progenitoras periféricas para posteriormente ser submetida a quimioterapia em altas doses e resgate com células-tronco hematopoiéticas
- (B) A quimioterapia em altas doses, com resgate com células-tronco hematopoiéticas, não tem papel bem definido no tratamento de linfomas em fase circulante, mesmo se estiverem em remissão completa.
- (C) R-ICE, R-DHAP, R-Gemox ou R-GDP são regimes de quimioterapia comumente empregados para linfomas difusos de grandes células B recidivado ou refratário.
- (D) Apesar de incomum, o linfoma difuso de grandes células B, CD5 positivo, tem uma maior frequência de doença extranodal e fase circulante, além de pior prognóstico clínico.

02

Considerando que a paciente tenha progredido a doença com o tratamento de resgate com o protocolo R-ICE, qual seria a conduta mais assertiva de tratamento nesse momento?

- (A) Seguir com a quimioterapia em altas doses com resgate com células-tronco hematopoiéticas.
- (B) Seguir com transplante autólogo com regimes alternativos de condicionamentos contendo TBI (*total body irradiation*).
- (C) Considerando a doença quimiorrefratária, consolidação de tratamento com transplante alogênico de medula óssea.
- (D) Considerando a doença quimiorrefratária, o ideal seria alocar a paciente em algum protocolo de pesquisa clínica ou seguir com novas terapias (*CAR-T cell* e/ou anticorpos biespecíficos).

03

Em relação às neoplasias hematológicas com indicação de transplante de medula óssea, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) Os linfomas do tipo B têm indicação de consolidação de tratamento com transplante autólogo de medula óssea se houver remissão após tratamento de segunda linha.
- (B) Não é tão bem estabelecido o papel do transplante autólogo de medula óssea nos casos de recaída tardia de linfoma de Hodgkin clássico com predominância linfocitária nodular.
- (C) Em pacientes portadores de linfoma folicular com progressão de doença em um período de 24 meses da terapia de primeira linha, o transplante autólogo em segunda remissão parece melhorar as taxas de sobrevida a longo prazo.
- (D) Em pacientes jovens portadores de linfoma difuso de grandes células B de alto risco, a consolidação com transplante autólogo em primeira linha traz vantagens em termos de sobrevida global.

04

Homem, 18 anos, portador de anemia aplástica grave, recém-diagnosticado, sem tratamento prévio e com baixo volume transfusional (ferritina menor que 200 ng/mL), foi encaminhado ao serviço de transplante de medula óssea para avaliação de um possível transplante alogênico aparentado (irmão de 22 anos), HLA idêntico e isogrupo ABO.

Qual a melhor alternativa de tratamento para esse paciente?

- (A) Seguir com o transplante alogênico aparentado de medula óssea. O condicionamento mais empregado nesse contexto é a ciclofosfamida em altas doses (200 mg/m²), timoglobulina com ciclosporina (ou tacrolimus) e metotrexato como profilaxia padrão de doença do enxerto contra hospedeiro.
- (B) Como o paciente é jovem, com baixa sobrecarga transfusional, é provável que tenha uma maior sobrevida livre de progressão com o protocolo de imunossupressão contendo ciclosporina e timoglobulina de coelho.
- (C) O melhor tratamento representa a utilização de imunossupressão com ciclosporina e timoglobulina de cavalo ou alemtuzumabe.
- (D) O transplante de medula óssea nesse contexto ficaria reservado apenas caso o paciente não respondesse a, pelo menos, duas linhas de tratamento imunossupressor.

05

Homem, 51 anos, sem comorbidades, refere cansaço aos médios esforços há 01 mês com piora importante nos últimos dias. Exame clínico: descorado +++, icterico+, taquicárdico. Esplenomegalia. Hemograma: Hemoglobina: 4,6 g/dL, VCM: 106, Leucócitos: 7.010/mm³, neutrófilos: 1.900/mm³, linfócitos: 4.600/mm³. Reticulócitos corrigidos: 9%. Na investigação da anemia solicitado DHL: 615U/L, BD: 0,8 mg/dL, BI: 2,5 mg/dL, Coombs direto positivo. Eletroforese de proteínas séricas: presença de componente monoclonal 3,3 g/dL. Imunofixação IgM kappa. Dosagem de IgM: 4774,00 mg/dL. Biópsia de medula óssea com 36% de componente linfoplasmocítico monoclonal kappa. Pesquisa da mutação MYD88 positiva. Tomografia de abdome e pelve: esplenomegalia e ausência de adenomegalias. Com base no diagnóstico do paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Na ausência de infiltração de células monoclonais linfoplasmocitoides na medula óssea, mas presença de componente monoclonal IgM em sangue periférico é suficiente para o diagnóstico de Macroglobulinemia de Waldenström.
- (B) Deve-se iniciar tratamento apenas com Rituximabe para tratamento da anemia hemolítica.
- (C) Tratamento de primeira linha com Bortezomibe/ ciclofosfamida/ dexametasona, uma vez que a anemia hemolítica é causada pela imunoglobulina monoclonal.
- (D) A presença da mutação MYD88 é rara nos pacientes com Macroglobulinemia de Waldenström.

06

Homem de 58 anos, sem comorbidades, teve identificada discreta anemia em exames de rotina. Exames laboratoriais: Hemoglobina: 12,8g/dL, Leucócitos 5800/mm³ (Neutrófilos 3200/mm³ Linfócitos 1400/mm³), plaquetas 140.000/mm³; Creatinina: 0,88 mg/dL; Cálculo iônico: 1,21 mmol/L, Eletroforese proteinas séricas: pico monoclonal de 2,8 g/dL, IgG 600 mg/dL, IgM 35 mg/dL, IgA 580 mg/dL, Imunofixação sérica: IgA/lambda. Cadeias leves livres com relação lambda/kappa de 20. Beta2 microglobulina 4,2 mg/L e albumina de 4.0 g/dL. Avaliação medular: Mielograma: 30% plasmócitos. Imunofenotipagem: 18% plasmócitos clonais com restrição em cadeia lambda. FISH positivo para t(14:20). Ressonância nuclear magnética para screening de mieloma: uma lesão focal de 5mm em região de calota craniana. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a melhor abordagem para esse paciente.

- (A) Mieloma Múltiplo smoldering. Observação clínica, avaliação trimestral com exame clínico e avaliação laboratorial.
- (B) Mieloma Múltiplo IgA lambda, ISS II. Iniciar tratamento com protocolo Rd (lenalidomida e dexametasona) até progressão.
- (C) Mieloma Múltiplo IgA lambda ISS II. Indução com esquema tríplice (ex VRD: bortezomibe, lenalidomida e dexametasona), seguido de consolidação com transplante de células-tronco hematopoiéticas autólogo e manutenção com lenalidomida.
- (D) Mieloma Múltiplo IgA lambda, ISS II. Indução com esquema tríplice (ex VRD: bortezomibe, lenalidomida e dexametasona), seguido de transplante de células-tronco hematopoiéticas autólogo, consolidação com 3-4 ciclos de VRD e manutenção com lenalidomida

07

Mulher, 48 anos, assintomática, encaminhada ao hematologista para avaliação de poliglobulia encontrada em exames de rotina. Na análise laboratorial: Hemoglobina (Hb) 18,3 g/dL; Hematócrito (Ht) 55% em março de 2022 e em agosto de 2022 estava com Hb:20,0 g/dL e Ht: 59%. A investigação diagnóstica detectou mutação V617F no gene JAK-2 em 57,3% dos alelos, além de dosagem sérica de eritropoietina de 1,8 mIU/mL (normal de 2,6 a 18,5 mIU/mL). Sobre esse caso, assinale a alternativa verdadeira.

- (A) O paciente deve iniciar AAS em doses baixas, associado a flebotomias periódicas, para manter o hematócrito < 45%.
- (B) A biópsia de medula óssea é obrigatória nesse caso para comprovar a suspeita de policitemia vera.

- (C) O paciente deve iniciar uso de hidroxiureia já que tem uma policitemia vera de alto risco.
(D) Devido à alta carga alélica da mutação no JAK-2, ruxolitinibe é o medicamento indicado em primeira linha.

08

Portador de Síndrome mielodisplásica, com 4,2% de blastos na medula óssea, necessidade de transfusão de hemácias, com neutrófilos e plaquetas em número normal. Nesse contexto, são apresentados os quatro cenários a seguir:

- I) Deleção 5q como única anormalidade citogenética, mutação TET2 e s-EPO: 700 U/L;
II) Cariótipo normal, mutação SF3B1 e s-EPO: 1500U/L;
III) Cariótipo complexo, mutação TP53 e s-EPO: 200U/L;
IV) Cariótipo normal, mutação DNM3TA e s-EPO: 350 U/L.

Qual o melhor tratamento para esses seguintes cenários, de acordo com achados citogenéticos, moleculares e dosagem de eritropoetina sérica (s-EPO)?

- (A) I-Lenalidomida, II-Luspartecept, III-Hipometilante; IV-Agente estimulador da eritropoiese.
(B) I-Lenalidomida, II-Sotatercept, III-Transplante de células-tronco hematopoieticas; IV-Agente estimulador da eritropoiese.
(C) I-Agente estimulador da eritropoiese, II-Luspartecept, III-Ensaios clínicos, IV-Agente estimulador de eritropoiese.
(D) I-Talidomida, II-Luspartecept, III-Ensaios clínicos; IV-Agente estimulador da eritropoiese.

09

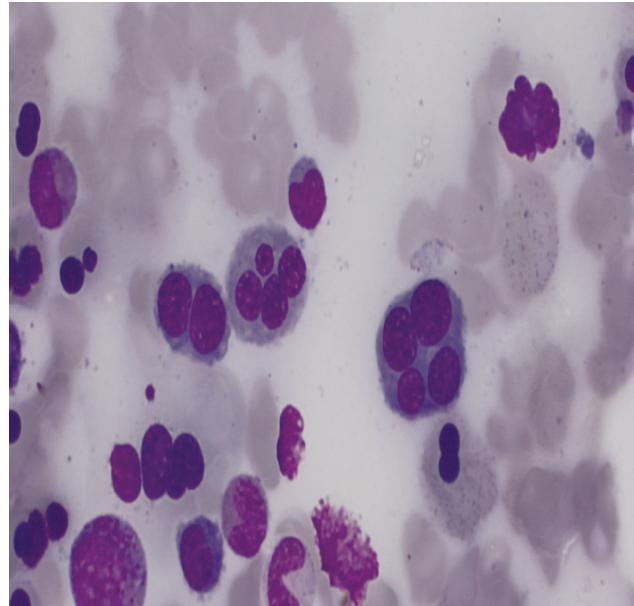
Mulher de 68 anos, com diagnóstico de Síndrome mielodisplásica, politransfundida, com petéquias, sangramento gengival e plaquetas de 6.000/mm³, comparece ao ambulatório transfusional para receber concentrado de plaquetas. Recebe um *pool* de concentrado de plaquetas irradiado. Ao final da transfusão, apresenta temperatura 38,3°C. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para a complicação apresentada, assinale a alternativa correta:

- (A) Reação transfusional mais comum, não sendo necessária notificação.
(B) É considerada uma reação leve e ocorre apenas durante a transfusão. Após medicar o paciente é possível finalizar o procedimento.
(C) Sua fisiopatologia está relacionada a mecanismos imunológicos por interação de anticorpos com antígenos do sistema HLA e citocinas inflamatórias.

- (D) São diagnósticos diferenciais a serem avaliados: contaminação bacteriana, reação hemolítica aguda e doença do enxerto contra o hospedeiro transfusional.

10

Homem de 50 anos foi encaminhado para avaliação de gamopatia monoclonal IgG Lambda. Informava ter anemia sem acompanhamento regular. Faz uso somente de anti-hipertensivos. Exame clínico: bom estado geral, decorado 2+/4+, icterico 1+/4+, baço palpável a 1 cm do RCE. Hb 10,2 g/dL, VCM 107 fL, 4450 leucócitos/mm³ (2300 neutrófilos, 1600 linfócitos, 500 monócitos), plaquetas 180.000/mm³. Reticulócitos: 1,85%, (contagem absoluta: 50.000/mm³). Bilirrubina total 3,0 mg/dL; Bilirrubina indireta 2,4 mg/dL; TGO 68 U/L (VR: até 37 U/L), TGP 22 U/L (VR: até 41 U/L); DHL 3247 U/L (VR: até 480 U/L); ferro 107 mcg/dL (VR: 59 – 158 mcg/dL); saturação de transferrina 33% (VR: 20 – 40%); ferritina 82 ng/mL (VR: 30-400 ng/mL). Mielograma: 6% de plasmócitos com as alterações citomorfológicas representadas a seguir:



Considerando o caso apresentado, assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Deficiência de piruvatoquinase.
(B) Anemia megaloblástica.
(C) Síndrome mielodisplásica.
(D) Anemia diseritropoética congênita.

11

Homem de 63 anos, hipertenso controlado fará biópsia de próstata para investigação de aumento do PSA e sintomas de prostatismo.

Há uma semana teve volumoso hematoma em braço esquerdo após injeção intramuscular de anti-inflamatório e episódios de hematúria há três dias. Nega antecedentes familiares de coagulopatias e já foi submetido a diversas exodontias sem sangramento no passado. Exames: TP AP=83% TTPA R=2,3 TT=19s (normal do dia: 17s), Hb=13g/dL leucócitos=6900/mm³ com diferencial normal, plaquetas = 415.000/mm³. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Devido à suspeita de neoplasia, deve-se liberar o paciente para biópsia sem solicitar novos exames que poderiam atrasar o procedimento.
- (B) Provavelmente o prolongamento do TTPA se deve à presença de anticoagulante lúpico, sem risco para o procedimento.
- (C) Deve-se repetir o coagulograma e TTPA com mistura a 50% para diferenciar se o paciente apresenta inibidor adquirido de fator ou deficiência de fator.
- (D) Deve-se solicitar dosagem de d-dímero para investigar fibrinólise.

12

Quanto à plaquetopenia induzida por drogas, assinale a alternativa correta.

- (A) Em geral a plaquetopenia não é grave e os pacientes não sangram.
- (B) Os mecanismos fisiopatológicos podem ser imunológicos ou alteração da produção por toxicidade medular, sendo a recuperação da contagem plaquetária, após suspensão da droga, mais lenta no segundo caso.
- (C) Em um paciente com suspeita de trombocitopenia induzida por heparina (HIT) cuja probabilidade pré-teste é intermediária (escore 4T- 4 pontos), um teste imunológico positivo confirma o diagnóstico.
- (D) A hidroclorotiazida é uma medicação associada à plaquetopenia, cujo principal mecanismo fisiopatológico envolve anticorpos direcionados ao fator plaquetário 4.

13

Quanto à profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV), assinale a alternativa correta.

- (A) A incidência de TEV em pacientes hospitalizados é alta, podendo acometer até 40% dos pacientes clínicos em enfermaria.
- (B) Quanto ao uso de meias elásticas, elas se mostraram mais seguras e eficazes na profilaxia da TEV em pacientes oncológicos, uma vez que não acarretam risco de sangramento.

- (C) Compressão pneumática intermitente pode ser associada à profilaxia medicamentosa de TEV em cirurgias prolongadas com alto risco trombótico, como em SNC, abdominais e oncológicas.
- (D) Pacientes com plaquetopenia abaixo de 100.000/mm³ não devem receber profilaxia medicamentosa de TEV.

14

Homem de 69 anos, com diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin de Grandes Células B, EC: IVX (estômago)B, no D10 do 3º ciclo de RCHOP apresenta extensa trombose venosa aguda de membro inferior esquerdo. Acerca desse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento inicial deve ser com heparina de baixo peso molecular, por exemplo, enoxaparina na dose de 1mg/kg a cada 12 horas, ou anticoagulante oral direto, por exemplo, rivaroxabana na dose de 15 mg a cada 12h.
- (B) Supondo que o hemograma atual evidenciou contagem plaquetária de 48.000/mm³, deve-se suspender o anticoagulante, pelo risco hemorrágico.
- (C) Deve ser considerada a passagem de filtro de veia cava, pelo risco de ser necessária a suspensão do anticoagulante devido a complicações do tratamento quimioterápico.
- (D) Após completar 6 meses de anticoagulação, é necessário avaliar o *status* da doença. Se o paciente continuar em quimioterapia ou na ausência de resposta completa, é necessário manter profilaxia secundária.

15

Mulher de 23 anos, previamente hígida, foi à emergência com petéquias em membros inferiores e sangramento ao escovar os dentes há 3 dias. Negou sangramentos em exodontias e rinoplastia no passado. Hemograma: Hb 13g/dL Ht 39,5% VCM 82 fl HCM 32 pg RDW 14% Leucócitos 4.500/mm³ Plaquetas 2.000/mm³. Ausência de esquizócitos. Considerando a provável patologia que acomete a paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Caso haja falha no tratamento de primeira linha, a esplenectomia deve ser postergada por pelo menos 1 ano do diagnóstico.
- (B) Não é necessário o esfregaço de sangue periférico nem contagem manual de plaquetas, uma vez que a paciente apresenta sangramentos.
- (C) O objetivo principal do tratamento é cessar o sangramento e normalizar a contagem de plaquetas.
- (D) É recomendável a investigação medular neste caso, pois pode mudar a escolha do medicamento.

16

Homem de 20 anos, portador de doença falciforme (Hb SS Banto / Banto), foi internado após episódio vaso-occlusivo. Foi iniciada terapia empírica com fluidos intravenosos, analgésicos, oxigênio suplementar e antibióticos. No 7º dia de internação, desenvolveu febre, dispneia e hipoxemia. A investigação revelou agravamento da anemia (redução da hemoglobina de 7,9 para 5,3 g/dL) e hemólise, com aumento dos marcadores inflamatórios. A tomografia computadorizada não contrastada de tórax revelou condensação pulmonar e derrame pleural bilateral. Em relação a esse quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) O caso surpreende porque o haplótipo Banto raramente é associado a crises graves.
- (B) Nesse caso, é indicado eritrocitoaferese de emergência.
- (C) Se o ecocardiograma evidenciar aumento de pressão de artéria pulmonar, será indicada a trombólise.
- (D) A complicação clínica observada pode ser associada com fenômenos neurológicos.

17

Mulher de 39 anos, com quadro de artrite reumatoide diagnosticada há 7 anos, atualmente em uso de prednisona e metotrexate, com controle inadequado da doença. Nega uso constante de AINH, nega sangramentos e sintomas anêmicos. Encaminhada pelo reumatologista por causa de anemia isolada. Com relação à causa mais provável da anemia dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) É um quadro com valores de hemoglobina abaixo de 7 g/dL.
- (B) É associado com valores reduzidos de hepcidina.
- (C) Os valores de cobre sérico são elevados.
- (D) O volume corpuscular médio é tipicamente acima de 95 fL.

18

Mulher de 49 anos foi submetida à ressecção de cólon direito e íleo terminal por câncer de cólon há 6 anos. Evoluindo com anemia macrocítica há 1 ano a despeito de reposição adequada de ferro. Há 1 ano, apresenta parestesias em pés e mãos que evoluíram com dificuldade importante de deambulação. Sobre a provável causa de anemia, é verdadeiro afirmar:

- (A) A desidrogenase láctica deve estar normal.
- (B) O tratamento inicial é com medicação injetável, mas a manutenção pode ser por via oral.
- (C) A saturação de ferro da transferrina deve estar elevada.

(D) O exame de medula óssea deve mostrar recaída do câncer de cólon.

19

Uma paciente na unidade de terapia intensiva foi submetida a uma histerectomia sem complicações há 3 dias, mas hoje se apresentou gravemente doente com hipotensão grave. Seu hematocrito é de 12%, com sinais de hemólise e TAD positivo. Ela também está com insuficiência renal aguda e coagulação intravascular disseminada (CIVD). Assinale qual das medicações apresenta maior probabilidade de causar o tipo de reação observada nessa paciente.

- (A) Cefotetan.
- (B) Metildopa.
- (C) Penicilina.
- (D) Trimetoprima/sulfametoxazol.

20

Pais de RN assintomático recebem resultado de teste do pezinho expandido que mostra deficiência de G6PD. Sobre esse caso, assinale a informação **INCORRETA**.

- (A) A condição apresentada é mais comum em homens.
- (B) Geralmente está associada à anemia crônica.
- (C) Na hemólise podem ser observados corpúsculos de Heinz.
- (D) Medicamentos tipo sulfonamida podem precipitar hemólise.

