

0/0

RM 2024  
1ª Fase – Prova Objetiva

F23 F23

RESIDÊNCIA MÉDICA  
Áreas de Atuações  
Transplante de Medula Óssea1  
1/100

## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F23**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
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 esta capa será considerado(a) ausente da prova.



**TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA**

<b>LISTA DE ABREVIÇÕES</b>	<b>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</b>
<p>AA – Ar ambiente            AU – Altura Uterina            AAS – Ácido Acetilsalicílico            BCF – Batimentos Cardíacos Fetais            BEG – Bom Estado Geral            bpm – Batimentos por Minuto            BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros            Cr – Creatinina            DU – Dinâmica Uterina            DUM – Data da Última Menstruação            FC – Frequência Cardíaca            FR – Frequência Respiratória            Hb – Hemoglobina            HCM – Hemoglobina Corpuscular Média            Ht – Hematócrito            IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%            IMC – Índice de Massa Corpórea            ipm – Incursões por Minuto            IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal            mmHg – Milímetros de Mercúrio            MMII – Membros Inferiores            MV – Murmúrios Vesiculares            P – Pulso            PA – Pressão Arterial            pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>            PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva            PO – Pós-Operatório            pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>            POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>            PS – Pronto-Socorro            PSA – Antígeno Prostático Específico            REG – Regular Estado Geral            RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)            RN – Recém-nascido            Sat – Saturação            SpO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigênio            TEC – Tempo de Enchimento Capilar            Temp. – Temperatura axilar            TPO – Tireoperoxidase            TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH            TSH – Hormônio tireo-estimulante            TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral            U – Ureia            UBS – Unidade Básica de Saúde            USG – Ultrassonografia            UTI – Unidade de Terapia Intensiva            VCM – Volume Corpuscular Médio            VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>            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 – 1,3 mg/dL            Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina            Desidrogenase Láctica &lt; 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 – 3,5 g/dL            LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL            HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL            Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL            Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL            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 &lt; 4 ng/mL            Sódio = 135 – 145 mEq/L            TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL            Amilase = 28 – 100 U/L            Lipase = inferior a 60 U/L            Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>            Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL            Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6%            Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL            Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg            Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL            RDW: 10 a 16%            Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>            Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>            Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>            Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>            Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>            Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>            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 align="center"><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA            (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</b></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><b>Gasometria Arterial:</b>            pH = 7,35 a 7,45            pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg            pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg            Base Excess (BE) = -2 a 2            HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L            SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L            Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>            Células até 4/mm<sup>3</sup>            Lactato até 20 mg/dL            Proteína até 40 mg/dL</p>



## 01

Mulher de 34 anos apresenta diagnóstico recente de Leucemia Promielocítica Aguda de alto risco no D10 de tratamento com Idarrubicina + ATRA. Evolui com febre de 38,5 °C, ganho de peso de 3 kg, dispneia com necessidade de oxigênio sob cateter nasal a 2 L/min. Raio-X de tórax: opacidades bilaterais. A melhor conduta é:

- (A) Manter ATRA e iniciar diureticoterapia.
- (B) Suspender ATRA e iniciar diureticoterapia.
- (C) Manter ATRA e iniciar corticoterapia.
- (D) Suspender ATRA e iniciar corticoterapia.

## 02

Mulher de 35 anos está em acompanhamento por Leucemia Promielocítica Aguda de alto risco. Tratada com Daunorrubicina + ATRA e manutenção por 2 anos, com término há 1 ano. Em seguimento com PML-RARa negativo, retorna sem queixas, mas com novo exame trimestral positivo, confirmado em segunda coleta. Realizou tratamento com ATO + ATRA, apresentando remissão molecular. A conduta mais adequada nesse momento é:

- (A) Monitorizar PML/Rara em medula óssea a cada 3 meses.
- (B) Prosseguir para manutenção durante 2 anos.
- (C) TMO autólogo.
- (D) TMO alogênico.

## 03

Homem de 60 anos, assintomático, foi encaminhado por anemia e reação leucoeritroblástica. Exame clínico: hipocorado com baço a 2cm de RCE. Hemograma: Hb 8,2g/dL; Presença de 4 eritroblastos/100 leucócitos; leucócitos 8.000/mm<sup>3</sup>, com desvio escalonado a esquerda, sem mieloblastos; plaquetas = 650.000/mm<sup>3</sup>. Biópsia de medula óssea: megacariócitos predominantemente pequenos e hipolobados, com reticulogênese grau 2. Cariótipo normal. EPO sérica 80 mU/mL (valor de referência 5-28). Pesquisa de mutação MPL positiva. A conduta mais apropriada é

- (A) avaliação para transplante alogênico de medula óssea.
- (B) ruxolitinibe.
- (C) luspatercept.
- (D) eritropoetina.

## 04

Paciente de 45 anos está em avaliação por dispneia. Nega comorbidades. Nega tabagismo. Exame clínico: descorado, com hepatoesplenomegalia. Hemograma: Hb 8g/dL; Leucócitos 50.000/mm<sup>3</sup>, com presença de 30.000 eosinófilos; Plaquetas 90.000/mm<sup>3</sup>. FISH para PDGFRa positivo. A terapêutica mais adequada é:

- (A) Hidroxiurea.
- (B) Imatinibe.
- (C) Midostaurin.
- (D) Mepolizumabe.

## 05

Homem de 65 anos, sem comorbidades, está em avaliação por adenomegalias. Hemograma: Hb 11g/dL; Leucócitos 40.000/mm<sup>3</sup> com 80% de linfócitos; Plaquetas 90.000/mm<sup>3</sup>. Exame clínico: adenomegalias cervicais, axilares e inguinais de até 3 cm, móveis, indolores e fibroelásticas; baço a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Imunofenotipagem de sangue periférico: população CD20+, CD19+, CD22+, CD5+, CD23+, CD200+ e restrição de cadeia kappa. Duas semanas após o início do tratamento, o paciente retorna com diarreia e cefaleia. Ao exame, redução de adenomegalias. Hemograma com Hb 10g/dL; Leucocitos 400.000/mm<sup>3</sup>, com 95% de linfócitos; Plaquetas 90.000/mm<sup>3</sup>. O tratamento mais provável foi:

- (A) Venetoclax + Obinotuzumabe.
- (B) Acalabrutinibe.
- (C) Ibrutinibe.
- (D) Bendamustina + Rituximabe.

## 06

Homem de 36 anos no D+28 de um TMO haploidêntico por LLA Ph positivo em uso de ciclosporina e MMF evolui com piora de função renal, hipertensão e aumento da necessidade transfusional de hemácias e plaquetas. Exames: DHL 850 U/L, Hemograma com VCM discretamente aumentado, presença de hemácias fragmentadas, haptoglobina <10g/L. O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são:

- (A) Incompatibilidade ABO maior. Suspender ciclosporina e MMF até melhora dos índices hematimétricos.
- (B) Anemia hemolítica auto-imune. Evitar corticoterapia pelo risco de reativação viral no pós-TMO.
- (C) Microangiopatia trombótica. Suspender ciclosporina imediatamente.
- (D) Incompatibilidade ABO menor. Transfundir hemácias e plaquetas ABO compatíveis e corticoterapia.

## 07

Homem de 58 anos com exame de rotina demonstrando linfocitose. Nega comorbidades. Hemograma: Hb 13g/dL; Leucócitos 30.000/mm<sup>3</sup> com 83% de linfócitos; Plaquetas 350.000/mm<sup>3</sup>. Exame clínico sem alterações. Imunofenotipagem: população compatível com Leucemia Linfocítica Crônica, IgHV (região variável da imunoglobulina) mutada e FISH com deleção do 17p. A conduta mais adequada é:

- (A) Expectante.
- (B) Acalabrutinibe.
- (C) Rituximabe + fludarabina + ciclofosfamida.
- (D) Venetoclax + obinotuzumabe.



## 08

Mulher de 60 anos encontra-se em avaliação por linfocitose e esplenomegalia. Hemograma: Hb 12g/dL; Leucócitos 15.000/mm<sup>3</sup>, com linfócitos de 10.000/mm<sup>3</sup>, Plaquetas = 120.000/mm<sup>3</sup>. Exame clínico: baço a 4 cm de RCE. Imunofenotipagem: população CD20+, CD19+, CD22+, CD23-, CD5-, CD10-, CD103-, CD123-. Biópsia de medula óssea: infiltração por células com as mesmas características. Ciclina D1 positiva. SOX11 negativa. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Leucemia linfocítica crônica.
- (B) Linfoma de células do manto.
- (C) Tricoleucemia.
- (D) Linfoma B esplênico.

## 09

Mulher de 72 anos queixa-se de astenia. Relata apenas hipotireoidismo. ECOG 0. Hemograma: Hb 7g/dL; reticulócitos 20.000/mm<sup>3</sup>; Leucócitos 800/mm<sup>3</sup>, com neutrófilos de 180/mm<sup>3</sup>. Plaquetas 19.000/mm<sup>3</sup>. Biópsia de medula óssea: celularidade global 7%. Cariótipo normal. Presença de clone HPN detectado em 1,5% de monócitos. A conduta mais adequada é:

- (A) Eltrombopague em monoterapia.
- (B) Imunossupressão com ciclosporina e eltrombopague.
- (C) Terapia imunossupressora com antitumoglobulina + ciclosporina + eltrombopague.
- (D) Azacitidina em ciclos de D1-D7 a cada 28 dias.

## 10

Homem de 50 anos está em investigação de astenia há 3 semanas. Exame clínico: hipocorado, petéquias em membros inferiores, ECOG = 0. Hemograma: Hb 7g/dL; Leucócitos 40.000/mm<sup>3</sup>, com 85% de blastos; Plaquetas 20.000/mm<sup>3</sup>. Avaliação medular e imunofenotipagem confirmam leucemia mieloide aguda. Cariótipo normal. Avaliação molecular com CEBPA mutado TAD monoalélico. A estratificação de risco de acordo com a *European Leukemia Net* é:

- (A) Favorável.
- (B) Intermediário.
- (C) Desfavorável.
- (D) Muito desfavorável.

## 11

Homem de 45 anos queixa-se de dor epigástrica. Sem comorbidades. Endoscopia digestiva alta com úlcera gástrica. Biópsia: linfoma MALT gástrico, com pesquisa de helicobacter pylori negativa. Estadiamento clínico por Lugano I. Pesquisa de t(11;18) positiva. A melhor conduta é:

- (A) Radioterapia localizada.
- (B) Radioterapia + 2-4 ciclos de rituximabe.
- (C) 2-4 ciclos de rituximabe.
- (D) Repetir endoscopia em 3 meses.

## 12

Mulher de 55 anos encontra-se em avaliação por plaquetose sustentada há 1 ano. Nega comorbidades ou uso de medicações. Relata episódios de hematomas espontâneos e episódios de epistaxe autolimitados. Hemograma: Hb 13g/dL; Leucócitos 11.000/mm<sup>3</sup>; Plaquetas 1.200.000/mm<sup>3</sup>. Pesquisa de JAK2 V617F positiva. A classificação de risco pelo IPSET modificado e o perfil de von Willebrand esperado são:

- (A) Baixo risco. Atividade de von Willebrand 35% e fator de von Willebrand 40%.
- (B) Baixo risco. Atividade de von Willebrand 30% e fator de von Willebrand 80%.
- (C) Risco intermediário. Atividade de von Willebrand 35% e fator de von Willebrand 40%.
- (D) Risco intermediário. Atividade de von Willebrand 30% e fator de von Willebrand 80%.

## 13

Mulher de 60 anos queixa-se de astenia progressiva há 6 meses e acrocianose de extremidades durante exposição ao frio. Exame clínico: hipocorada e levemente ictérica. Hemograma: Hb 7,0 g/dL, VCM 110 fL, com leucócitos e plaquetas normais. Reticulócitos 11% (220.000/mm<sup>3</sup>). Presença de hemácias aglutinadas, hemograma realizado com sangue aquecido a 37 °C. Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) É rara sendo responsável por 1% dos casos de anemias hemolíticas autoimunes.
- (B) É reconhecida atualmente como uma doença linfoproliferativa clonal da medula óssea MYD88 L265P negativa.
- (C) A hemólise é predominantemente intravascular devido ativação do complemento.
- (D) Esplenectomia está indicada nos casos não responsivos a corticoides.

## 14

Homem de 56 anos está em avaliação por adenomegalia axilar. Nega comorbidades e nega sintomas. Biópsia excisional compatível com linfoma de Hodgkin predominância linfocitária nodular. Sorologia para HIV, Hepatite B e Hepatite C negativas. PET-CT: estágio IA, sem acometimento extranodal. VHS = 20 mm/h. Ecodopplercardiograma transtorácico normal. A melhor conduta é:

- (A) Irradiação de campo envolvido isolada.
- (B) 2-4 ciclos de ABVD + irradiação de campo envolvido.
- (C) 4-6 ciclos de R-CHOP.
- (D) 4-6 ciclos de Brentuximab-AVD.



**15**

Homem de 50 anos apresenta diagnóstico recente de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B. Estadiamento clínico por Ann Arbor I, sem doença bulky. ECOG 0, DHL normal. FISH para rearranjo de MYC negativa. Célula de origem por algoritmo de Hans centro germinativo. IPI 0. O tratamento mais adequado é:

- (A) Radioterapia localizada com intuito curativo.
- (B) 4 ciclos de R-CHOP 21 (com ou sem 2 ciclos de rituximabe).
- (C) 4 ciclos de R-CHOP 21 + radioterapia.
- (D) 4-6 ciclos de R-Pola-CHP.

**16**

Homem de 56 anos com diagnóstico de Mieloma Múltiplo, sem comorbidades e ECOG 0. Exames iniciais com Hb 9 g/dL; Leucócitos 7.000/mm<sup>3</sup> com diferencial normal; Plaquetas 120.000/mm<sup>3</sup>. Eletroforese de proteínas séricas: pico monoclonal de 5 g/dL, imunofixação positiva para IgG/Kappa. Mielograma com 20% de plasmócitos com imunofenotipagem confirmando população de plasmócitos clonais. Avaliação urinária: proteinúria de 700 mg/24h, com imunofixação positiva para IgG/Kappa. Tratado com VRd (bortezomib + lenalidomida + dexametasona). Após 4º ciclo, eletroforese de proteínas séricas com pico M de 0,4 g/dL, com imunofixação positiva para IgG/Kappa e proteinúria < 30 mg/24h. A classificação de resposta alcançada é:

- (A) Resposta mínima.
- (B) Resposta parcial.
- (C) Resposta parcial muito boa.
- (D) Resposta completa.

**17**

Homem de 60 anos é encaminhado por pico monoclonal identificado em exame de rotina. Sem queixas e sem alterações ao exame clínico. Hemograma normal. Função renal sem alterações e cálcio normal. Eletroforese de proteínas séricas com pico monoclonal de 3.2 g/dL. Imunofixação IgG/Lambda e relação kappa/lambda livre 0,05 (valor de referência 0,26 a 1,65). Biópsia de medula óssea com 8% de plasmócitos clonais. FISH sem alterações. Inventário ósseo normal. Avaliação urinária com proteinúria < 100 mg/24h, com imunofixação urinária positiva para IgG/Lambda. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Gamopatia de significado indeterminado.
- (B) Gamopatia de significado clínico.
- (C) Mieloma múltiplo smoldering.
- (D) Mieloma múltiplo.

**18**

Mulher de 32 anos refere anemia desde a infância com episódios intermitentes de icterícia e desconforto em flanco esquerdo, sem necessidade transfusional. Exame clínico: Descorada+/4+, icterícia +/4+, baço a 4 cm do RCE. Hemograma: Hb 10,2 g/dL, VCM 111 fL, leucócitos e plaquetas normais. Reticulócitos 11%. Saturação da transferrina 45%. Ferritina 513 ng/mL. A mãe e dois irmãos também tem anemia. A alteração molecular mais provável é mutação no gene:

- (A) Da anquirina.
- (B) Da beta globina.
- (C) Do piezo 1.
- (D) Da piruvatoquinase.

**19**

Homem de 22 anos foi diagnosticado com anemia hemolítica após uso de trimetoprim e sulfametoxazol para tratamento de infecção urinária. Foi feita hipótese diagnóstica de deficiência de G6PD e solicitado hemograma e dosagem da enzima. Exames, 2 dias após o início dos sintomas, mostraram Hb 10,5 g/dL, reticulócitos 12% e dosagem normal de G6PD. Esses resultados demonstram que:

- (A) O paciente não tem deficiência de G6PD.
- (B) Deve ser realizado outro teste após normalização da hemoglobina e reticulócitos.
- (C) Leucócitos podem ter contaminado a amostra dando resultado falso negativo.
- (D) A presença de sulfa pode ter falseado o resultado.

**20**

Homem de 50 anos com 8 semanas de febre intermitente (até 38,5 °C), mal-estar, mialgia e perda de peso não quantificada. Exame clínico: REG, descorado 1+/4+, T: 37,6 °C, sopro sistólico 2+ em borda esternal esquerda, baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo, nódulos eritematovioláceos dolorosos em região hipotenar esquerda e polpas digitais. Hemograma: Hb 9,0 g/dL, VCM 78 fL, HCM 26 pg, leucócitos 16.950/mm<sup>3</sup> (segmentados: 85%, linfócitos: 10% e monócitos: 5%), plaquetas: 470.000/mm<sup>3</sup>. A causa mais provável para a anemia é:

- (A) Aumento de citocinas inflamatórias e dos níveis de hepcidina.
- (B) Redução do ferro associada a eritropoese ineficaz.
- (C) Diminuição da resposta à eritropoetina devido à hipergamaglobulinemia.
- (D) Hemólise associada à presença de paraproteína.



**21**

Mulher de 21 anos encaminhada devido a sangramento uterino anormal. Está em uso de anticoncepcional oral combinado, com bom controle do quadro. Na avaliação, a paciente apresenta pontuação de 9 no *bleeding assessment tool* do ISTH (ISTH-BAT). Mãe com fluxo menstrual semelhante ao seu ao longo da vida e dois irmãos que não apresentam sangramento. Exames de triagem: contagem plaquetária normal, TP normal e TTPa prolongado. Em relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) É possível que se a investigação diagnóstica for realizada nesse momento os resultados sejam falso-negativos.
- (B) O diagnóstico pode ser estabelecido com a quantificação do fator VIII < 50%.
- (C) O quadro laboratorial descarta deficiência de fatores da via intrínseca, mas não da via comum ou da via extrínseca.
- (D) O teste de agregação plaquetária com ristocetina faz parte da investigação inicial.

**22**

Mulher de 45 anos, com diagnóstico de LMA de alto risco, com remissão citomorfológica e doença residual mensurável negativa pós indução convencional, é submetida a transplante alogênico aparentado *fullmatch*, com condicionamento mieloablativo e profilaxia pós transplante com metotrexato e ciclosporina. Quatorze dias pós infusão das células-tronco, apresenta *rash* eritematoso maculo-papular difuso, acometendo cerca de 90% da superfície corporal. O tratamento mais adequado é:

- (A) Metilprednisolona 1 mg/kg endovenosa, com pesquisa concomitante de outros diagnósticos diferenciais.
- (B) Metilprednisolona 2 mg/kg endovenosa, com pesquisa concomitante de outros diagnósticos diferenciais.
- (C) Metilprednisolona 1 mg/kg após biópsia de pele confirmatória.
- (D) Metilprednisolona 2 mg/kg após biópsia de pele confirmatória.

**23**

Homem de 20 anos, com diagnóstico de LLA, foi submetido a transplante alogênico mieloablativo contendo TBI. A enxertia neutrofílica foi no D+16, mantendo plaquetopenia com necessidade transfusional. No D+20, foi feito diagnóstico da síndrome da obstrução sinusoidal. São critérios diagnósticos presentes nessa síndrome:

- (A) Ganho de peso, hepatomegalia dolorosa, ascite e trombose hepática.
- (B) Ganho de peso, hepatomegalia dolorosa, ascite e refratariedade plaquetária.
- (C) Ganho de peso, hepatomegalia indolor e aumento de enzimas caniculares.
- (D) Aumento de bilirrubinas, hepatomegalia indolor, ascite e trombose hepática.

**24**

Mulher de 26 anos, assintomática, refere ciclos menstruais abundantes e de longa duração, sendo feito diagnóstico de anemia ferropriva. Exame clínico: BEG, desc+/4+ peso 50 kg. Hb 10,5 g/dL, VCM 74 fL, ferro sérico, índice de saturação da transferrina e ferritina sérica compatíveis com deficiência de ferro. A melhor orientação terapêutica nesta fase é:

- (A) Ferro via oral em dias alternados.
- (B) Reposição parenteral de dose única de ferro.
- (C) Ferro via oral dividido em 2 ou 3 tomadas.
- (D) Ferro parenteral 2 vezes por semana por 4 semanas.

**25**

Mulher de 22 anos, com diagnóstico de doença falciforme, chega à emergência com crise algica. Exames laboratoriais: Hb 6,2 g/dL, DHL 550 U/L e reticulócitos 8%. Solicitou-se transfusão de concentrado de hemácias. Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positiva, com identificação de anti-C. Foi transfundida uma unidade fenótipo compatível. Seis dias após a transfusão, retorna com febre e dor óssea. Hb 4,2 g/dL, reticulócitos 0,25%, DHL 700 U/L, PAI inalterado, TAD negativo. A conduta mais apropriada nesse momento é:

- (A) Imunoglobulina intravenosa e suspender transfusões.
- (B) Tratamento de suporte e observação.
- (C) Nova transfusão com unidades fenotipadas.
- (D) Novas transfusão com unidades recentes e leucodepletadas.

**26**

Homem de 14 anos é encaminhado devido a história de epistaxe de repetição, com antecedente de transfusão de concentrado de hemácias em um dos episódios. Exames de triagem da hemostasia: contagem plaquetária, TP e TTPa normais. Não apresenta história familiar de doença hemorrágica. Em relação ao caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) Um teste de agregação plaquetária normal descarta distúrbios plaquetários.
- (B) A deficiência de fator XIII é uma possibilidade diagnóstica e o tratamento padrão disponível é transfusão de plasma fresco.
- (C) O diagnóstico de doença de Von Willebrand pode ser descartado, uma vez que o TTPa está normal.
- (D) Pode se tratar de trombostenia de Glanzmann, e a redução importante ou ausência de glicoproteínas IIb e IIIa sugere esse diagnóstico.



## 27

Homem de 35 anos foi submetido a transplante de medula óssea alogênico com doador haploidêntico e condicionamento mieloablativo com uso de ciclofosfamida pós-transplante. Enxertia neutrofílica no D+18. Evolui, no D+28, com hematúria macroscópica com necessidade de sondagem vesical e irrigação. A causa mais provável da hematúria é:

- (A) Cistite hemorrágica pela ciclofosfamida.
- (B) Infecção por BK vírus.
- (C) Infecção por adenovírus.
- (D) Microangiopatia trombótica.

## 28

Homem de 55 anos, com diagnóstico de mielodisplasia, apresenta os seguintes anticorpos identificados nos testes pré-transfusionais: anti-C, anti-e, anti-Jka, anti-Lua e anti-Lea. São solicitadas duas unidades de hemácias em caráter de urgência, mas a agência não possui unidades compatíveis com todos os anticorpos. A orientação a seguir, baseando-se no significado clínico dos anticorpos apresentados, é respeitar os antígenos:

- (A) C, e, Lua.
- (B) e, Jka, Lua.
- (C) C, e, Jka.
- (D) Jka, Lua, Lea.

## 29

Mulher de 32 anos queixa-se de mal-estar, cefaleia e febre de 38 °C há algumas horas, tomou dipirona e procurou atendimento de urgência. Refere ter diagnóstico de hemoglobinúria paroxística noturna com melhora da doença desde que iniciou tratamento com eculizumabe. Exame clínico: T = 37,7 °C, sem outras alterações. A conduta mais apropriada nesse caso é:

- (A) Antibioticoterapia imediata e colher exames para investigação da febre.
- (B) Colher hemoculturas e observar evolução.
- (C) Sintomáticos e aguardar evolução.
- (D) Colher líquor e manter em observação.

## 30

Homem de 60 anos foi internado para tratamento de broncopneumonia comunitária, evolui com aparecimento de lesões urticariformes pequenas em membro inferior direito após a instalação de concentrado de plaquetas por aférese. A conduta a ser tomada a seguir é:

- (A) Suspende a transfusão, corticoesteróides e devolver a unidade de plaquetas ao banco de sangue.
- (B) Suspende a transfusão, anti-histamínicos até remissão do quadro, reinstalar a bolsa após.

- (C) Diminuir a velocidade de gotejamento da bolsa e medicar com anti-histamínicos.
- (D) Suspende a transfusão e manter o paciente sob observação por 24h.



**RM 2024**  
1ª Fase – Prova Objetiva

**0/0**

**1**

1/100

