

## **013. PROVA OBJETIVA**

### **PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA OU ONCOLOGIA CLÍNICA OU HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

Área de Atuação: **Oncologia Pediátrica**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Inscrição \_\_\_\_\_

Prédio \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_

Carteira \_\_\_\_\_

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**



## PEDIATRIA

**01.** Recém-nascido, 6 horas de vida, parto vaginal a termo, com líquido amniótico meconial espesso. Apresenta salivagem excessiva, dificuldade para deglutir e episódios de cianose e tosse durante a tentativa de alimentação oral. Ao tentar passagem de sonda orogástrica, observa-se resistência a 10 cm da boca. Radiografia de tórax e abdome mostra a extremidade da sonda enovelada no terço superior do mediastino e presença de gás no estômago e intestinos.

Nesse contexto, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta inicial adequada são:

- (A) atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica distal; suspender via oral, posicionar sonda de aspiração contínua e encaminhar para cirurgia neonatal urgente.
- (B) hérnia diafragmática congênita; iniciar ventilação manual com bolsa-válvula-máscara e proceder à intubação imediata.
- (C) onfalocele gigante; cobrir a lesão com gaze seca estéril e aguardar fechamento espontâneo.
- (D) enterocolite necrosante; iniciar antibioticoterapia empírica e alimentação mínima enteral precoce.
- (E) íleo meconial; iniciar dieta por sonda e fisioterapia respiratória até eliminação do mecônio.

**02.** Recém-nascido, 8 dias de vida, nascido a termo, parto vaginal. Mãe com histórico de exantema pruriginoso e febre baixa durante o 2º trimestre da gestação, associado à artralgia, sem registro de sorologias no pré-natal. Ao exame físico: microcefalia grave ( $PC < p1$ ), hipertonia em extensão, hiperreflexia e artrogripose nos membros inferiores. Fundoscopia: atrofia de nervo óptico e áreas de coriorretinite puntiforme. Ultrassonografia transfontanelar: calcificações predominantemente corticais e subcorticais, ventriculomegalia e hipoplasia do corpo caloso. Sorologia do recém-nascido: IgM não reagente para Toxoplasma, Rubéola, CMV e Sífilis. Exame auditivo neonatal normal.

Considerando o caso clínico relatado, assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico provável e a conduta inicial apropriada.

- (A) Citomegalovirose congênita; iniciar ganciclovir endovenoso e ácido fólico.
- (B) Síndrome congênita pelo Zika vírus; instituir acompanhamento multiprofissional, estimulação precoce e vigilância neurológica contínua.
- (C) Toxoplasmose congênita; iniciar tratamento triplo por 12 meses (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico).
- (D) Rubéola congênita; manter isolamento respiratório e acompanhamento cardiológico.
- (E) Sífilis congênita precoce; tratar com penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose EV por 10 dias.

**03.** Recém-nascido a termo, 4 dias de vida, sem fatores de risco, com bilirrubina total de 15 mg/dL e bilirrubina direta de 0,6 mg/dL. Está ativo, mamando bem e com bom ganho de peso. Nesse contexto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) iniciar fototerapia intensiva imediatamente.
- (B) acompanhar clinicamente e repetir bilirrubina total, em 24 horas, mantendo aleitamento materno exclusivo.
- (C) suspender o aleitamento materno temporariamente e iniciar fórmula infantil.
- (D) solicitar exsanguineotransfusão urgente.
- (E) iniciar antibiótico empírico devido à suspeita de sepse neonatal oculta.

**04.** Qual deve ser a conduta imediata frente a um recém-nascido assintomático, a termo, com glicemia capilar de 34 mg/dL, nas primeiras 2 horas de vida, de acordo com recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria?

- (A) Administrar glicose 10% em *bolus* endovenoso (2 mL/kg) e iniciar infusão contínua.
- (B) Manter observação e repetir a glicemia em 6 horas.
- (C) Iniciar aleitamento materno imediato e repetir glicemia em 30 minutos.
- (D) Suspender o aleitamento e oferecer fórmula infantil via sonda gástrica.
- (E) Solicitar exames hormonais e metabólicos de urgência antes de qualquer intervenção.

**05.** Diante de uma criança de 2 anos com recusa alimentar seletiva, crescimento dentro dos padrões e sem sinais de doença orgânica, qual a conduta a ser adotada?

- (A) Prescrever suplemento hipercalórico oral e reduzir a oferta alimentar para 2 refeições ao dia.
- (B) Evitar insistência alimentar, orientar rotina de refeições estruturadas e manter exposição gradual a novos alimentos.
- (C) Indicar sondagem enteral temporária para garantir ingestão adequada.
- (D) Encaminhar para psicólogo e terapia alimentar.
- (E) Iniciar antidepressivo ou ansiolítico para modulação de comportamento alimentar.

**06.** Criança de 14 meses, previamente saudável, aleitamento materno até 12 meses e introdução alimentar tardia. Está ativa, mas apresenta palidez cutaneomucosa discreta. Hemograma: Hb: 9,8 g/dL; Ht: 30%; VCM: 68 fL; HCM: 23 pg; ferritina sérica: 9 ng/mL; saturação de transferrina: 10%. Não há outras deficiências nutricionais ou doenças associadas.

Nesse caso, a conduta adequada é

- (A) iniciar sulfato ferroso 3 mg/kg/dia de ferro elementar e reavaliar em 1 mês.
- (B) iniciar sulfato ferroso 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar e manter, por 3 meses, após normalização da hemoglobina.
- (C) manter apenas dieta rica em ferro e reavaliar em 2 meses.
- (D) administrar ferro parenteral imediato (ferricarbomaltose) e suspender suplementação oral.
- (E) iniciar profilaxia com ferro 1 mg/kg/dia e reavaliar em 3 meses.

**07.** L.M., 5 meses e 3 semanas, nascido a termo, aleitamento materno exclusivo até o momento, apresenta crescimento adequado. A mãe pergunta se já pode iniciar alimentação complementar salgada “para o bebê se acostumar com o gosto”.

Nesse contexto, a conduta adequada é

- (A) iniciar alimentação complementar salgada em pequenas quantidades e manter o leite materno apenas 2 vezes ao dia.
- (B) introduzir suco natural, antes da alimentação complementar, para estimular o paladar e a aceitação alimentar.
- (C) oferecer frutas amassadas, 1 vez ao dia, mantendo aleitamento em livre demanda.
- (D) aguardar, até 9 meses, para oferecer alimentos sólidos, pois o leite ainda supre todas as necessidades do lactente.
- (E) manter aleitamento materno exclusivo, até 6 meses, e iniciar alimentação complementar adequada, oportuna e segura após essa idade.

**08.** Menino de 8 meses, em aleitamento materno, apresenta boa aceitação das papas, mas a avó orienta liquidificar todos os alimentos “para não engasgar”. Por esse motivo, a mãe pergunta se deve seguir essa recomendação.

Frente ao questionamento é correto afirmar que a orientação correta é

- (A) manter alimentos liquidificados, até 9 anos de idade, se lactente apresentar dificuldade alimentar pela textura do alimento.
- (B) oferecer alimentos peneirados, até completar 7 meses, se lactente for prematuro, pois apresenta maior sensibilidade a texturas dos alimentos.
- (C) fornecer apenas alimentos pastosos, até 1 ano, e depois introduzir pedaços sólidos, pois o lactente deve aprender deglutir para não se engasgar.
- (D) oferecer alimentos amassados e gradualmente mais consistentes, respeitando o desenvolvimento motor e estimulando a mastigação.
- (E) evitar alimentos sólidos, até a erupção completa dos dentes decíduos, pois antes não consegue mastigar de forma adequada, dificultando digestão.

**09.** Criança de 4 anos e 2 meses, previamente hígida, apresenta episódio convulsivo tônico-clônico generalizado, há aproximadamente 12 minutos, não cessando após administração de diazepam retal 0,3 mg/kg realizado em casa. Chega ao pronto-socorro ainda convulsionando, com Glasgow 8; SatO<sub>2</sub>: 88% em ar ambiente; FC: 156 bpm; PA: 90/54 mmHg; temperatura: 38,6 °C e glicemia capilar: 92 mg/dL. Foi obtido acesso venoso periférico e administrado midazolam EV 0,2 mg/kg, porém, após 5 minutos, a crise persiste.

A partir do quadro apresentado, é correto afirmar que a próxima conduta para o controle das convulsões é

- (A) administrar nova dose de benzodiazepínico e aguardar, por 15 minutos, antes de qualquer outra intervenção.
- (B) iniciar fenitoína endovenosa (15–20 mg/kg) em infusão lenta, mantendo suporte ventilatório e monitorização cardíaca contínua.
- (C) administrar antitérmico endovenoso e aguardar o controle da febre antes de nova intervenção medicamentosa.
- (D) realizar punção lombar imediatamente, pois a persistência da convulsão indica meningoencefalite.
- (E) encaminhar à tomografia de crânio antes de iniciar medicação anticonvulsivante de segunda linha.

10. Menino de 5 anos, previamente saudável, é trazido ao pronto-socorro após ingestão acidental de comprimidos de amitriptilina (antidepressivo tricíclico) pertencentes à avó. Os pais relatam que o frasco continha 20 comprimidos de 25 mg e estimam que a criança possa ter ingerido cerca de 10 comprimidos (250 mg) há cerca de 1 hora. Na admissão, a criança está sonolenta, com pele quente e seca, pupilas midríaticas, FC: 148 bpm; PA: 88/52 mmHg; FR: 22 irpm; SatO<sub>2</sub>: 96% em ar ambiente. O eletrocardiograma mostra alargamento do QRS (0,14 s).

Com base nos dados apresentados, a conduta apropriada, segundo o protocolo de intoxicações pediátricas da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde (2022) é

- (A) induzir vômito com xarope de ipeca e observar, por 6 horas, em pronto-atendimento.
- (B) realizar lavagem gástrica isolada e administrar carvão ativado apenas se houver sintomas.
- (C) administrar carvão ativado e bicarbonato de sódio EV (1–2 mEq/kg) devido ao alargamento do QRS.
- (D) indicar diálise de urgência e manter observação em UTI.
- (E) prescrever hidratação venosa vigorosa e observar, por 24 horas, sem outros medicamentos.

11. Adolescente, 16 anos, sexo masculino, comparece à Unidade Básica de Saúde desacompanhado para renovação de receita de tratamento para rinite alérgica. Durante a anamnese, relata espontaneamente que iniciou vida sexual, há 3 meses, com uma parceira fixa e, na última relação, o preservativo rompeu. Ele demonstra preocupação com possível gravidez da parceira e com risco de infecções sexualmente transmissíveis, mas solicita que essa informação não seja compartilhada com seus pais, pois tem medo de punição. O adolescente encontra-se orientado, maduro e demonstra plena compreensão da situação.

Nesse contexto, do ponto de vista ético e legal, a conduta adequada é

- (A) comunicar imediatamente os pais, pois o adolescente é menor de 18 anos e a prática sexual deve ser do conhecimento da família.
- (B) recusar-se a prescrever exames e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis até que os pais compareçam à unidade.
- (C) garantir o sigilo profissional, realizar acolhimento, oferecer aconselhamento, solicitar exames de IST e orientar medidas de prevenção, reforçando o uso do preservativo.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar por conduta sexual precoce e risco social.
- (E) realizar o atendimento, mas registrar o fato no prontuário e enviar cópia ao responsável legal.

12. Menina, 3 anos e 4 meses, é trazida pela mãe por “muito cansaço e irritabilidade durante o dia”. A mãe refere que a criança resiste para dormir à noite, geralmente adormece por volta da 1h da manhã, assistindo desenhos no tablet com o pai, e acorda às 6h30 para ir à creche. Na creche, dorme apenas 20 a 30 minutos após o almoço. A mãe relata que, nos fins de semana, a menina dorme até 10h e tira longas sonecas à tarde. Nega roncos ou pausas respiratórias durante o sono. Crescimento e desenvolvimento normais, exame físico sem alterações.

Considerando o exposto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) solicitar polissonografia e encaminhar para otorrinolaringologista para investigação de apneia do sono.
- (B) prescrever melatonina, por 7 dias, e reavaliar a resposta clínica.
- (C) reforçar que variações do horário de sono são comuns nessa idade e não exigem intervenção específica.
- (D) reorganizar a rotina de sono, com horários fixos para dormir e acordar, retirada de telas à noite e rotina de relaxamento antes do sono.
- (E) reduzir o número de sonecas diurnas e recomendar que durma apenas quando demonstrar cansaço.

13. Criança de 4 anos é trazida ao pronto-socorro após acidente doméstico com líquido quente (água fervente). A queimadura envolve a região anterior do tronco e parte do braço direito, com bolhas íntegras e áreas eritematosas. O acidente ocorreu há 20 minutos. A criança chora, mas está alerta, hidratada e hemodinamicamente estável.

Nesse momento, a conduta imediata apropriada é

- (A) romper as bolhas para facilitar a limpeza da ferida e aplicar pomada antibiótica imediatamente.
- (B) aplicar gelo local, por 10 a 15 minutos, para interromper o processo de queimadura.
- (C) cobrir as lesões com gaze embebida em álcool e fazer curativo oclusivo.
- (D) limpar vigorosamente as áreas atingidas com sabão e escova para remover tecidos necrosados.
- (E) resfriar a área com água corrente em temperatura ambiente por 10 a 20 minutos.

**14.** Criança de 7 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de asma leve persistente, em uso regular de budesonida + formoterol inalatório (200/6 µg, 2x/dia), procura o pronto socorro por piora da dispneia há 4 horas. Apresenta tosse seca intensa, sibilância audível e dificuldade para falar frases completas. Sinais vitais: FC: 122 bpm; FR: 34 irpm; SatO<sub>2</sub>: 93% em ar ambiente; temperatura: 36,8 °C. Ao exame físico: uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e sibilos difusos bilaterais. Glicemia, temperatura e exame de orofaringe normais.

Assinale a alternativa correta com relação à conduta imediata apropriada nesse momento.

- (A) Administrar β2-agonista de curta ação (salbutamol) inalatório em doses repetidas, oxigênio se SatO<sub>2</sub> < 94%, e reavaliar resposta clínica em 15-20 minutos.
- (B) Iniciar corticosteroide oral isoladamente e manter observação por 1 hora antes de qualquer broncodilatador.
- (C) Iniciar antibiótico empírico por suspeita de infecção viral desencadeante e manter corticoide inalatório.
- (D) Encaminhar diretamente para internação hospitalar sem tentativa de broncodilatação inicial.
- (E) Administrar adrenalina intramuscular (0,01 mg/kg) e solicitar intubação orotraqueal imediata.

**15.** Lactente de 11 meses é levado à consulta por lesões de pele recorrentes há 6 meses. A mãe relata períodos de melhora e piora, com intensa coceira, especialmente à noite. Refere uso frequente de sabonetes perfumados, banhos longos e loções hidratantes com fragrância. Na última semana, piora das lesões nos braços e bochechas. Ao exame físico: pele seca, eritema com áreas de escoriação e crostas finas em face, tronco e dobras dos braços. Sem febre, sem sinais de infecção secundária evidente. Crescimento e desenvolvimento adequados.

De acordo com as informações apresentadas, a conduta apropriada é

- (A) orientar hidratação intensa da pele com emolientes sem fragrância, reduzir frequência e duração dos banhos, usar sabonete neutro e prescrever corticoide tópico de baixa potência nas áreas inflamadas.
- (B) iniciar antibiótico sistêmico empírico, pois a presença de crostas indica infecção bacteriana secundária.
- (C) introduzir anti-histamínico oral contínuo para controle do prurido e evitar o uso de corticoides tópicos.
- (D) prescrever corticoterapia oral curta (3–5 dias) associada a hidratante à base de ureia 10%.
- (E) indicar imunossupressor sistêmico (ciclosporina) devido ao caráter recorrente e à coceira persistente.

**16.** Durante um surto de sarampo, uma criança de 5 meses, previamente saudável, apresenta febre alta, tosse, coriza e conjuntivite. Após 3 dias, surge exantema morbiliforme que se inicia atrás das orelhas e se dissemina para o tronco e extremidades. A mãe relata que a criança não foi vacinada ainda.

Diante o exposto, a conduta corretamente indicada é

- (A) iniciar tratamento com antibiótico de amplo espectro, pois há risco elevado de infecção bacteriana secundária.
- (B) administrar vitamina A em dose única e aguardar regressão espontânea dos sintomas.
- (C) aplicar vacina tríplice viral imediatamente, mesmo durante o quadro clínico.
- (D) indicar imunoglobulina específica, pois o paciente tem menos de 6 meses de idade.
- (E) suspender toda vacinação até completa recuperação e isolamento domiciliar por 21 dias.

**17.** Lactente de 4 meses, em aleitamento misto, apresenta sangue nas fezes e irritabilidade após as mamadas. A mãe iniciou dieta de exclusão de leite e derivados, há 2 semanas, com melhora parcial dos sintomas. O pediatra considera o diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca (APLV).

Assinale a alternativa correta com relação à conduta adequada a ser seguida.

- (A) Realizar testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (*prick test*) para confirmar o diagnóstico.
- (B) Manter a exclusão materna e realizar teste de provocação oral (TPO), após 2 a 4 semanas, para confirmação diagnóstica.
- (C) Introduzir fórmula à base de soja, pois apresenta menor potencial alergênico que as fórmulas extensamente hidrolisadas.
- (D) Solicitar endoscopia com biópsia intestinal para todos os casos de suspeita de APLV não IgE mediada.
- (E) Prescrever fórmula à base de aminoácidos imediatamente, independentemente da gravidade do quadro.

## ONCOLOGIA CLÍNICA

18. O câncer é a primeira ou segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. As estimativas de número de casos novos consistem em um importante instrumento para o enfrentamento da doença.

No Brasil, para o triênio 2023–2025, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), excluindo-se pele não melanoma,

- (A) o câncer de próstata é o primeiro mais incidente no país, em homens, exceto na região Norte.
- (B) o câncer colorretal é o segundo mais incidente no país, tanto em homens quanto em mulheres.
- (C) em mulheres, o câncer de colo de útero é o segundo mais incidente em todos os estados do país.
- (D) o câncer de estômago tem maior incidência em mulheres do que em homens.
- (E) o câncer de pulmão é o terceiro mais incidente na população brasileira, com predominância de casos no sexo feminino.

19. Mulher, 59 anos, procura a unidade básica de saúde com história de sangramento vaginal. Refere que não menstrua desde os 50 anos, mas, há um ano, tem apresentado sangramento. Inicialmente, era esporádico, mas no último mês tornou-se constante. Refere desconforto em baixo ventre, com cólicas esporádicas, além de cansaço aos esforços. Tem como comorbidades HAS e DM controlados com medicação oral. Antecedentes pessoais: 2GP 2P 0A. A mãe faleceu em decorrência de câncer no útero, e a tia materna teve câncer de intestino, mas não soube dizer com qual idade. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada, com PA: 120 x 85 mmHg, FC: 80 bpm, FR: 16, IMC de 36. Ultrassonografia transvaginal mostra espessamento endometrial.

A conduta mais indicada nesse caso é:

- (A) acetato de medroxiprogesterona injetável, 150 mg a cada três meses.
- (B) DIU com liberação de levonorgestrel.
- (C) histeroscopia diagnóstica, frente à possibilidade de câncer de endométrio.
- (D) ácido tranexâmico por 4 dias.
- (E) anti-inflamatório não esteroide, por 4 dias.

20. Mulher, 35 anos, procura o atendimento para consulta de rotina. Está sem sintomas, pratica atividade física regular e tem exame físico e ginecológico normais. Viúva há um ano, refere um único parceiro ao longo de toda a sua vida. Recentemente, realizou um teste para HPV, e o resultado foi negativo para DNA-HPV oncogênico.

Nesse caso, deve-se

- (A) realizar colposcopia, imediatamente.
- (B) repetir o teste em cinco anos.
- (C) realizar colpocitologia oncótica, imediatamente.
- (D) repetir o teste em um ano.
- (E) repetir o teste em dois anos.

21. Paciente, 52 anos, sexo masculino, ex-tabagista, 22 maços-ano, parou há dois anos. Em exame pré-admissional, apresenta nódulo em pulmão esquerdo de 1,5 cm no maior eixo. Tomografia computadorizada (TC) de tórax sem contraste mostra nódulo sólido de 16 mm em LID. Refere tosse esporádica, com secreção clara. Exame físico normal.

A conduta indicada nesse caso é:

- (A) TC de tórax sem contraste em três meses.
- (B) broncoscopia com biópsia.
- (C) seguimento clínico.
- (D) TC com contraste ou PET-CT FDG.
- (E) excisão cirúrgica.

22. Paciente do sexo feminino, 48 anos, no menacme, com ciclos regulares e fluxo normal, relata quadro de fadiga e cansaço progressivos. Refere obstipação crônica, mas o quadro vem se intensificando nos últimos meses e tem a sensação de evacuação incompleta. Procura o médico e, ao exame físico, apresenta mucosas hipocoradas, sem outros achados relevantes. Exame ginecológico e toque retal normais. Hemograma revela Hb: 9 mg/dL, VCM: 70 fL, CHCM: 30 g/dL, L: 8.300/mm<sup>3</sup>, Pl: 280.000/mm<sup>3</sup>, U: 43 mg/dL, C: 0,8 mg/dL, TGO: 24 U/L, TGP: 28 U/L, BT: 1,1 mg/dL, albumina: 4,5 g/dL. Protoparasitológico de fezes negativo.

Nesse caso,

- (A) a paciente apresenta anemia com perfil de deficiência de ferro. Estão indicadas colonoscopia ou retossigmoidoscopia para prosseguir na investigação.
- (B) a anemia provavelmente se deve à perda menstrual. Indica-se reposição de ferro por três meses.
- (C) está indicado mielograma devido à severidade da anemia.
- (D) a anemia é provavelmente multifatorial, estando indicada a reposição de ferro, folato e vitamina B12.
- (E) está indicada a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Se positiva, deve-se prosseguir na investigação de perda pelo trato gastrointestinal.

23. O médico é chamado para avaliar o resultado crítico de um paciente, cujo K sérico foi de 6,1 mEq/L. O paciente refere mal-estar generalizado. Segundo os dados do prontuário, está no terceiro dia de quimioterapia sistêmica para linfoma difuso de grandes células B. Na revisão dos exames colhidos durante o dia, o médico verifica que o paciente tem Hb: 10 g/dL, leucócitos: 3.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 120.000/mm<sup>3</sup>, Ph: 7,4 mg/dL, Ca: 6 mg/dL, ácido úrico: 9 mg/dL, C: 1,7 mg/dL.

Frente a esses resultados, qual a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento adequado?

- (A) Hipercalemia da malignidade; bifosfonatos ou inibidores de RANKL.
- (B) Acidose metabólica da malignidade; bicarbonato de sódio.
- (C) Nefropatia por ácido úrico; alcalinização da urina e rasburicase.
- (D) Síndrome de lise tumoral; hidratação intensiva, alcalinização da urina e alopurinol.
- (E) Lesão tubular aguda induzida pela quimioterapia; hemodiálise.

24. Paciente, 50 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer de ovário, operado, em tratamento com quimioterapia sistêmica adjuvante, procura a unidade de emergência devido a edema de perna direita há um dia. Refere dor na região e que o edema está progredindo. Ao exame físico, apresenta edema de membros inferiores, depressível, maior à direita, com empachamento da panturrilha à direita. Doppler de membros inferiores revela trombose venosa profunda à direita.

Nesse caso,

- (A) deve ser feita a anticoagulação exclusivamente com heparina não fracionada, pelo risco aumentado de sangramento, por tempo indeterminado.
- (B) deve ser feita a anticoagulação com antagonistas da vitamina K, pelo risco de retrombose, por 6–12 meses.
- (C) está contraindicada a anticoagulação, devendo ser utilizadas medidas físicas, como meias elásticas.
- (D) está indicada a anticoagulação com heparina não fracionada, pelo risco de sangramento, por 6–12 meses.
- (E) a anticoagulação com DOACs (*direct oral anticoagulants*) é apropriada, devendo ser mantida por 3–6 meses.

25. Paciente do sexo feminino, 57 anos, está em tratamento com quimioterapia sistêmica neoadjuvante para câncer de mama. Refere ter recebido quimioterapia há sete dias e apresentou febre, com temperatura de 38 °C no dia de hoje, por cerca de uma hora. Foi orientada, pelo seu médico, a procurar o serviço de emergência para avaliação. Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,8 °C, PA: 120 x 70 mmHg, FC: 100 bpm, FR: 16 rpm. Exame físico normal. Exames de laboratório revelam Hb: 9,0 mg/dL, L: 400/mm<sup>3</sup> (não foi possível fazer o diferencial), Pl: 14.000/mm<sup>3</sup>, U: 45 mg/dL, C: 1,4 mg/dL, TGO: 48 U/L, TGP: 82 U/L. Urina 1 sem alterações significativas. Hemoculturas e urocultura em andamento.

Nesse caso,

- (A) estão indicados o início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro, em regime de internação, e transfusão de plaquetas.
- (B) estão indicadas antibioticoterapia de amplo espectro ambulatorialmente e observação clínica.
- (C) deve ser iniciado, imediatamente, filgrastim e aguardar a identificação do foco infeccioso para início da antibioticoterapia.
- (D) devem ser realizados, imediatamente, a transfusão de concentrado de hemácias, transfusão de plaquetas e filgrastim.
- (E) como não há evidência de foco infeccioso, a paciente deve ser mantida em observação clínica em domicílio.

26. O câncer colorretal é o segundo mais incidente em homens e mulheres, no Brasil, excluindo-se o de pele não melanoma. Medidas de rastreamento são importantes para redução da incidência dessa neoplasia.

No Brasil, a recomendação para rastreamento pelo Ministério da Saúde é:

- (A) pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, a partir dos 40 anos de idade.
- (B) sigmoidoscopia a cada 5 anos ou colonoscopia a cada 10 anos, a partir dos 40 anos de idade.
- (C) pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, dos 50 aos 75 anos de idade.
- (D) rastreamento apenas se o indivíduo apresentar sintomas sugestivos de câncer colorretal.
- (E) rastreamento a partir dos 45 anos de idade para portadores de doenças inflamatórias ou síndrome de Lynch.

**27.** Mulher, 35 anos, procura o atendimento de saúde por apresentar sangramento pós-coito há três meses e corrimento vaginal persistente há um mês. Refere que há dois anos realizou procedimento para cauterização no colo do útero. Desde então, não teve nenhum exame ginecológico. Tem como antecedentes duas gestações a termo, aos 16 e 18 anos de idade e um aborto espontâneo aos 22 anos de idade. Há dez dias, o sangramento vaginal é constante, acompanhado de dor em baixo ventre.

Nesse caso,

- (A) solicitar exame de colpocitologia oncótica e retorno para exame ginecológico ao cessar o sangramento.
- (B) proceder ao exame ginecológico completo, sendo os sinais e sintomas sugestivos de câncer de colo de útero.
- (C) encaminhar para colposcopia e retorno para exame ginecológico ao cessar o sangramento.
- (D) iniciar progestágenos e ácido tranexânico para controle do sangramento.
- (E) solicitar ultrassonografia pélvica, uma vez que a hipótese de gestação é a mais provável.

**28.** Paciente, 68 anos, tabagista, 30 anos-maço, procura o serviço médico com queixa de piora da tosse há um mês. Refere que notou edema progressivo da face nas últimas três semanas, com a presença de sibilos, dispneia progressiva e há dois dias rouquidão. Ao exame físico, apresenta plethora facial, edema de membros superiores, ingurgitamento de veias do pescoço, estertores subcrepitantes e sibilos bilaterais, redução do murmúrio vesicular à direita e estridor laríngeo. RX de tórax (expirado) com moderado derrame pleural à direita.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) descompensação da DPOC de base.
- (B) pneumonia em paciente com DPOC.
- (C) broncoespasmo por descompensação do DPOC.
- (D) câncer de pulmão e síndrome de Horner.
- (E) câncer de pulmão e compressão de veia cava superior.

**29.** Homem, 23 anos, procura o médico por aumento da bolsa escrotal, percebido há duas semanas. Atribui o aumento a trauma na região após jogo de futebol. Ao exame físico, encontra-se hígido, em bom estado geral, sem linfonodomegalias, exame de tórax e abdome normais. A palpação da bolsa escrotal revela aumento do testículo direito. Ultrassonografia revela massa testicular sólida.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica e os exames para diagnóstico são:

- (A) carcinoma de testículo; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, orquiectomia.
- (B) linfocele; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, PET-CT.
- (C) linfoma de testículo; DHL e biópsia de linfonodo.
- (D) linfoma de testículo; PET-CT e biópsia do testículo.
- (E) carcinoma de testículo; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, biópsia do testículo.

**30.** Em pacientes com câncer de próstata, a Escala de Classificação de Gleason é útil para a determinação de prognóstico.

Com base nessa escala, é correto afirmar que os tumores com classificação de

- (A) 6 são considerados moderadamente diferenciados.
- (B) 7 são considerados bem diferenciados.
- (C) 8 são considerados bem diferenciados.
- (D) 9 são considerados moderadamente diferenciados.
- (E) 10 são considerados indiferenciados.

**31.** Paciente, 67 anos, sexo feminino, tem o diagnóstico de câncer de mama há 10 anos. Atualmente, apresenta metástases pulmonares e ósseas. Está em uso de hormonioterapia, inibidor de ciclina e inibidor de RANK-L. Refere dor de forte intensidade, há três dias, em região cervical/dorsal, com irradiação para membro superior direito. Refere parestesias e perda de força nesse membro. Está fazendo uso de dipirona quando a dor fica insuportável, com melhora parcial.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) analgesia e encaminhamento para o ambulatório da oncologia.
- (B) bloqueio neuronal e RX de coluna cervical e torácica.
- (C) tomografia computadorizada de coluna e avaliação ortopédica.
- (D) analgesia, ressonância magnética de coluna cervical e torácica.
- (E) ressonância magnética de crânio e avaliação neurológica.

32. Mulher, 54 anos, portadora de câncer de mama triplo negativo e com história familiar de câncer de mama, ovário e pâncreas na família materna. A sua mãe faleceu jovem, e o avô materno faleceu por câncer de pâncreas. Essa paciente realiza teste genético para pesquisa de mutações germinativas, e é encontrada mutação patogênica em BRCA2. A filha de 23 anos é aconselhada a realizar o teste genético.

Qual a chance da filha ser portadora dessa mutação?

- (A) 50%
- (B) 100%
- (C) 25%
- (D) 0%
- (E) 40%

33. Paciente, 62 anos, sexo feminino, tabagista, apresenta história de aumento do volume abdominal há um mês, desconforto abdominal, empachamento e obstipação. Ao exame físico está acianótica, anictérica, descorada ++/+++ , eupneica, afebril, emagrecida, com ascite volumosa, massa palpável que ocupa o andar inferior do abdome e edema de membros inferiores. A ausculta pulmonar está presente à direita, mas abolida nos dois terços inferiores do HTE. Exames de laboratório revelam Hb: 8,5 mg/dL, C: 1,5 mg/dL, CA125: 2.500 U/mL, CEA: 10 mcg/L. RX de tórax mostra derrame pleural volumoso em hemitórax esquerdo, e tomografia computadorizada de abdome total revela massa pélvica com provável origem anexial à esquerda, ascite volumosa, além de espessamento peritoneal importante.

Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta para o diagnóstico.

- (A) Câncer de estômago; endoscopia digestiva alta.
- (B) Câncer de cólon; colonoscopia.
- (C) Câncer de reto; retossigmoidoscopia.
- (D) Câncer de endométrio; histeroscopia.
- (E) Câncer de ovário/tuba uterina; biópsia da lesão dirigida por imagem.

34. A mamografia é o exame essencial para o rastreamento do câncer de mama. Os achados na imagem são classificados segundo sistema *Breast Imaging Reports and Data System* (BI-RADS), que correlaciona os achados de imagem e a probabilidade de câncer e recomenda uma estratégia para o diagnóstico. As categorias vão de 0 a 6.

Sobre essas categorias, é correto afirmar que

- (A) Bi-RADS 0 corresponde a achados benignos; a recomendação é de rastreamento de rotina, e a probabilidade de câncer é cerca de 0%.
- (B) Bi-RADS 2 corresponde a achados benignos; a recomendação é de rastreamento de rotina, e a probabilidade de câncer é cerca de 0%.
- (C) Bi-RADS 4 corresponde a achados suspeitos; a recomendação é de rastreamento de rotina, e a probabilidade de câncer é cerca de 2%.
- (D) Bi-RADS 5 corresponde a achados suspeitos; a recomendação é de biópsia, e a probabilidade de câncer é cerca de 2%.
- (E) Bi-RADS 6 corresponde a achados suspeitos; a recomendação é de biópsia, e a probabilidade de câncer é cerca de 95%.

## HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

35. Em relação ao quadro clínico de perda progressiva de força, parestesia hipoestesia, ataxia de marcha, sinal de Romberg positivo, dismetria perda de palestesia e propriocepção associado à anemia, é correto afirmar:

- (A) a degeneração combinada subaguda da medula espinhal é uma condição neurológica causada pela deficiência da vitamina B9, resultando em lesões da substância branca dos tratos laterais e posteriores da medula.
- (B) medidas de homocisteína e ácido metilmalônico (MMA), que mediam o metabolismo da cobalamina, são úteis para determinar deficiência funcional quando há suspeita clínica e os níveis de B12 estão normais ou limítrofes.
- (C) o aumento de MMA e homocisteína apontam para uma deficiência de B12 ou B9.
- (D) melhora clínica ocorre após 3-6 meses de tratamento, porém a recuperação pode ser lenta mas a reposição adequada sempre acarreta na resolução completa dos déficits neurológicos.
- (E) a alteração neurológica ocorre nas deficiências de B12 ou B9 mesmo na ausência de anemia manifesta.

36. A irradiação tem como objetivo a prevenção da doença do enxerto contra hospedeiro pós-transfusional, através da inativação funcional dos linfócitos presentes nos hemocomponentes.
- Constitui indicação para irradiação:
- (A) reação alérgica grave a proteínas plasmáticas documentada como em casos de deficiência congênita de IgA com anti-IgA.
  - (B) pacientes que receberam quimioterapia com agentes alquilantes (bendamustina) ou análogos de purina (ex. fludarabina, cladribina, deoxicoformicina).
  - (C) prevenção de reação transfusional febril não hemolítica grave, na falta de filtro de leucodepleção, refratário a medicação preventiva.
  - (D) pacientes CMV negativos submetidos a transplante de órgãos sólidos de doadores CMV positivos.
  - (E) profilaxia de aloimunização contra antígenos leucoplaquetários em pacientes politransfundidos.
37. No que diz respeito ao concentrado de plaquetas (CP) e suas indicações, é correto afirmar:
- (A) plaquetas randômicas são obtidas a partir de uma unidade de sangue total sendo que cada bolsa contém, aproximadamente,  $5,5 \times 10^{10}$  plaquetas suspensas em 40 a 70 mL de plasma. São estocadas a 2 a 4 graus em agitação contínua.
  - (B) na plaquetopenia por falência medular de caráter crônico (anemia aplástica e síndrome mielodisplásica), o paciente deve ser observado sem transfusão de CP até que a contagem plaquetária atinja valores inferiores a  $5.000/\text{mm}^3$  (ou a  $10.000/\text{mm}^3$  na presença de hemorragias), quando então deve ser indicada a transfusão profilática.
  - (C) portadores de alterações da função plaquetária (trombastenia de Glanzmann, síndrome de Bernard-Soulier e síndrome de plaqueta cinzenta) frequentemente necessitam de transfusões de CP, pois apresentam sangramentos graves.
  - (D) na presença de alterações graves da hemostasia, trauma múltiplo ou de sistema nervoso central, a transfusão está indicada a partir de valores inferiores a  $10.000/\text{mm}^3$ .
  - (E) os fatores não imunes associados à refratariedade à transfusão de plaquetas são menos frequentes que os imunes e incluem febre, esplenomegalia, infecção, sangramento, CIVD e uso de determinados medicamentos.
38. Constitui contraindicação definitiva para doação de sangue:
- (A) diabetes insulino dependente.
  - (B) uso de isotretinoína.
  - (C) uso de profilaxia contra infecção por HIV (PEP ou PrEP).
  - (D) esplenectomia pós-traumática.
  - (E) colite pseudomembranosa.
39. Em relação ao transplante de células progenitoras hematopoiéticas (CPH), assinale a alternativa correta.
- (A) Os transplantes de células-tronco do sangue periférico (PBSC) levam a um enxerto mais lento de neutrófilos e plaquetas, mas a uma diminuição significativa na DECH aguda e crônica.
  - (B) Os transplantes de PBSC foram associados a uma maior taxa de recidiva tanto para neoplasias hematológicas avançadas quanto em estágio inicial.
  - (C) O maior uso de CPH de medula óssea, em transplantes para condições não malignas (anemia aplástica grave ou doença falciforme), se justifica pela necessidade de maior efeito enxerto *versus* hospedeiro, entretanto, apresenta menor sobrevida quando comparada com PBSCs.
  - (D) Para transplantes alogênicos, doses de células CD34+ variando de  $2 \times 10^6$  células/kg a  $3 \times 10^6$  células/kg estão associadas a um bom enxerto e melhorias na sobrevivência geral, com doses mais altas acarretando maiores riscos de GVHD crônica.
  - (E) A idade do doador é a única característica do doador não relacionada ao HLA que demonstrou afetar a sobrevida no transplante alogênico, apoiando o uso de doadores jovens (ou seja, idade < 35 anos) não aparentados em relação a doadores aparentados mais velhos em certos cenários.
40. Logo após o início de uma transfusão de glóbulos vermelhos, paciente de 63 anos com melena desenvolve dor no local da infusão, seguida de dispneia, febre, calafrios e lombalgia. Sua urina está vermelha e seu plasma demonstra hemoglobina livre.
- A causa mais provável é:
- (A) sobrecarga circulatória (TACO).
  - (B) doença enxerto-hospedeiro transfusional.
  - (C) lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI).
  - (D) contaminação bacteriana.
  - (E) reação transfusional hemolítica aguda.

41. Muitos medicamentos afetam a função plaquetária. Em relação a eles, é correto afirmar:

- (A) a ingestão de aspirina resulta na inibição da agregação e secreção plaquetária após estimulação com ADP, epinefrina e baixas concentrações de colágeno. A aspirina acetila e inativa irreversivelmente a ciclooxigenase plaquetária (COX-1), levando à inibição da síntese de endoperóxidos (prostaglandina G2 e H2) e TXA2.
- (B) os anti-inflamatórios não esteroides também prejudicam a função plaquetária. Em comparação com a aspirina, a inibição da ciclooxigenase por esses agentes geralmente é de longa duração e irreversível (10 a 20 dias).
- (C) ticlopidina, clopidogrel e prasugrel são derivados de tienopiridina que inibem a função plaquetária. As drogas ativas ou seus metabólitos permanecem na circulação por, aproximadamente, 10 dias.
- (D) o ticagrelor atinge níveis plasmáticos muito baixos e está presente na circulação por apenas 12 a 24 horas, portanto, quaisquer procedimentos invasivos com risco aumentado de sangramento devem ser adiados por 1 dia.
- (E) os antibióticos betalactâmicos, incluindo penicilinas e cefalosporinas, inibem as respostas à agregação plaquetária e podem contribuir para uma diátese hemorrágica. A inibição plaquetária é dose independente, levando, aproximadamente, 2 a 3 dias para se manifestar.

42. JJ, 29 anos, com insuficiência renal crônica com hemoglobina de 6,7 g/dL, é atendido no pronto-socorro por uma lesão no ombro. Tem frequência cardíaca e pressão arterial normais, afirma que tem anemia crônica, e é capaz de conduzir suas rotinas diárias sem dificuldade. O médico do pronto-socorro solicita uma transfusão de hemácias.

Em relação à transfusão, nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) no estudo *Transfusion Requirements in Critical Care* (TRICC), um limiar transfusional restritivo de hemoglobina < 7 g/dL em pacientes hemodinamicamente estáveis na UTI aumentou a taxa de eventos clínicos adversos.
- (B) O objetivo principal da transfusão de hemácias é melhorar a capacidade de transporte de oxigênio, além de ajudar no tratamento da depleção de volume intravascular em pacientes com perda aguda maciça de sangue.
- (C) administrar hemácias em resposta a um valor de hemoglobina (< 7,0 g/dL), sem levar em consideração a apresentação geral do paciente, é respaldada por inúmeros ensaios clínicos.
- (D) a transfusão de hemácias armazenadas mais frescas (< 10 dias de estocagem) *versus* mais antigas demonstrou benefício clínico em vários contextos.
- (E) nas soluções aditivas atualmente disponíveis, os eritrócitos são armazenados rotineiramente por até 21 dias a 1 °C a 6 °C.

43. Paciente múltipara de 44 anos de idade necessita de histerectomia total abdominal por sangramento uterino anormal. Não há história de sangramento de partos ou cirurgias anteriores. Em sua consulta pré-operatória com a equipe de ginecologia, sua hemoglobina é de 8,7 g/dL com baixos níveis de ferritina e vitamina B12.

Considera-se aplicar os princípios do gerenciamento de sangue do paciente.

Em relação a “patient blood management”, é correto afirmar:

- (A) a anemia iatrogênica pode ser limitada evitando coletas de sangue desnecessárias. No ambiente de UTI, foi demonstrado que as coletas de sangue de rotina resultam na perda do equivalente a 3 a 4 unidades de hemácias por semana.
- (B) o uso de doação de sangue autólogo pré-operatória é amplamente encorajado, pois 50% das unidades autólogas nunca são efetivamente transfundidas e não postergam o ato operatório.
- (C) o uso do próprio sangue do paciente para minimizar a necessidade ou evitar totalmente a transfusão alogênica pode ser realizado por meio de hemodiluição normovolêmica aguda (ANH) e recuperação de hemácias ou autotransfusão perioperatória.
- (D) ao usar técnicas de “cell saver”, devem ser tomadas precauções para evitar riscos potenciais, como incompatibilidade transfusional ou reativação de CMV.
- (E) “cell saver” também pode ser útil em pacientes para os quais é difícil encontrar sangue compatível por causa de múltiplos anticorpos eritrocitários, em pacientes com sepse, malignidade ou hemoglobinopatias.

44. Em relação aos critérios de estratificação de risco na leucemia linfoblástica aguda (LLA), é correto afirmar:
- (A) os fatores de risco tradicionais incluem contagem de glóbulos brancos no momento do diagnóstico (alto risco: >50.000/uL para LLA-B e >150.000/uL para LLA-T) e idade avançada.
  - (B) a LLA T- Ph1+ não é mais considerada de alto risco pela maioria dos especialistas devido à disponibilidade e atividade de terapias que incluem inibidores de tirosina quinase (TKIs).
  - (C) LLA Ph+ é mais prevalente em crianças, enquanto LLA Ph- é mais comum em idosos.
  - (D) grupos de alto risco genéticos incluem cariótipo complexo, cariótipo hipodiploide e rearranjos em KMT2a (particularmente t(4; 11)).
  - (E) LLA precursora de células T precoce, definida pela presença de CD1a/CD8, expressão forte de CD5 e presença de 1 ou mais marcadores mieloides ou de células-tronco (CD117, CD34, HLA-DR, CD13, CD33, CD11b ou CD65), geralmente tem um bom prognóstico.
45. Existem muitos sistemas de grupos sanguíneos diferentes; no entanto, alguns são clinicamente mais significativos do que outros.
- Em relação a eles, é correto afirmar:
- (A) anti-Ké um anticorpo sem significado clínico, não causa reações transfusionais hemolíticas ou doença hemolítica do recém-nascido.
  - (B) as mulheres D- com um feto D+ geralmente apresentam doença hemolítica do recém-nascido na primeira gravidez.
  - (C) a profilaxia com imunoglobulina anti-Rh (D) é 99,9% eficaz na prevenção da aloimunização materna quando administrada a mulheres D - com 28 semanas de gravidez e dentro de 72 horas após o parto de um recém-nascido D-.
  - (D) os outros antígenos do sistema Rh - C, c, E e e - também são imunógenos relativamente potentes, mas não causam doença hemolítica do feto e do recém-nascido.
  - (E) os anticorpos contra os antígenos Kidd são notórios por causar reações transfusionais hemolíticas tardias (DHTRs).
46. Os anticoagulantes orais diretos (DOACS) são amplamente prescritos para prevenir e tratar o tromboembolismo venoso e arterial, apoiados por evidências clínicas, e são preferidos à varfarina em muitas diretrizes.
- Deles, é um inibidor direto da trombina:
- (A) dabigatrana.
  - (B) rivaroxabana.
  - (C) apixabana.
  - (D) edoxabana.
  - (E) betrixabana.
47. Pode causar prolongamento combinado do tempo de protrombina e do tempo de tromboplastina ativado a deficiência de
- (A) fator IX.
  - (B) fator XII.
  - (C) fator II.
  - (D) fator VII.
  - (E) proteína S.
48. Constitui critério mandatório para o diagnóstico de síndrome POEMS:
- (A) endocrinopatia.
  - (B) lesões osteoescleróticas.
  - (C) papiledema.
  - (D) polineuropatia.
  - (E) gamopatia policlonal.

49. É um erro inato do metabolismo do grupo das doenças lisossômicas de depósito. De herança autossômica recessiva, resultante da deficiência da beta-glicosidase ácida ou beta-glicocerebrosidase, que leva ao acúmulo de glicolipídios nos macrófagos principalmente em baço, fígado, medula óssea e pulmão. As manifestações clínicas ou fenotípicas vão depender do grau de deficiência da enzima, existindo três tipos. A do tipo I, forma não neuropática, afeta crianças e adultos com hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia, leucopenia e lesões ósseas.

IMAGEM 1 – ASPIRADO DE MEDULA

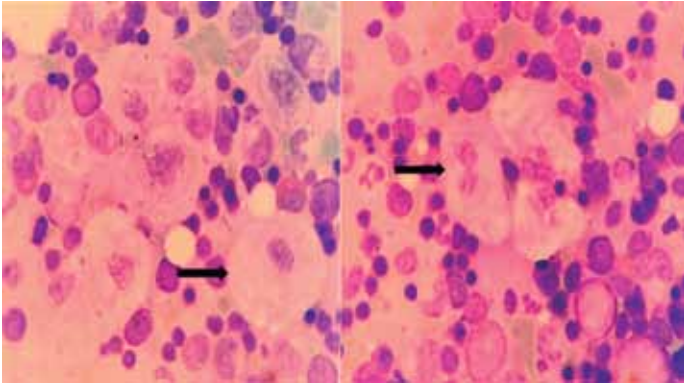
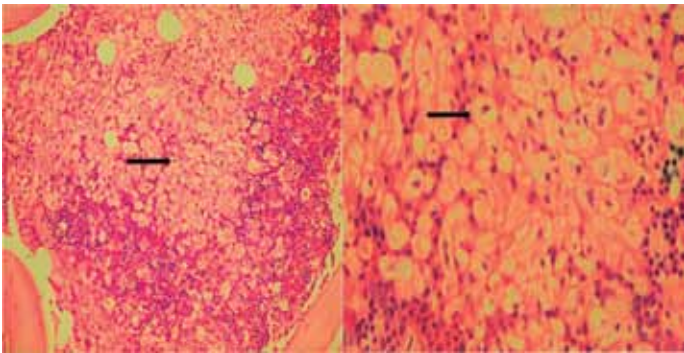


IMAGEM 2 – BIÓPSIA DE MEDULA



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Tal descrição e imagens correspondem ao observado na

- (A) doença de Niemann-Pick.
- (B) doença de Gaucher.
- (C) doença de Pompe.
- (D) doença de Tay-Sacks.
- (E) histiocitose “sea blue”.

50. Paciente RHT, 10 anos, sexo masculino, compareceu em 2012 para avaliação devido fimose e testículo retrátil bilateral. Durante o exame físico, foi notada a ausência do primeiro quirodáctilo direito, manchas café-com-leite no hipocôndrio direito e região lombar, além da presença de fáceis sindrômica. Mãe relatou leve hipoacusia. Apresentava bom estado geral. Foram evidenciados plaquetopenia e anemia (hemácias 4,2 milhões/mm<sup>3</sup>; hemoglobina 11,9 g/dL; hematócrito 39%; VCM 81 fL; HCM 28,1 pg; CHCM 32,4 g/dL; plaquetas 97.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos 11.600/mm<sup>3</sup>).

O teste utilizado para confirmação diagnóstica é o de

- (A) de fragilidade osmótica.
- (B) de antiglobulina direta.
- (C) de DEB.
- (D) de Schiller.
- (E) de Schilling.

RASCUNHO

