



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2026 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

008. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Especialidades: **Transplante de Medula Óssea – Brasília** | **Transplante de Medula Óssea – São Paulo**
(OPÇÕES: 021 E 022)

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 30 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 deste 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 e assine o 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.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

01. A trombocitopenia é comumente definida como uma contagem de plaquetas inferior a $150.000/\mu\text{L}$. Uma avaliação apropriada inclui a obtenção e a revisão dos registros laboratoriais disponíveis para tendências históricas. A linha do tempo, a duração, o cenário clínico concomitante, a lista de medicamentos e a gravidade da trombocitopenia podem auxiliar no diagnóstico diferencial.

Quanto à trombocitopenia, assinale a alternativa correta.

- (A) A trombocitopenia da doença hepática crônica é tipicamente multifatorial, resulta de um aumento da metabolização da trombopoetina (TPO) pelo fígado doente, de um processo consumptivo crônico, devido à diminuição da geração de trombina, distúrbios da fibrinólise e um componente de sequestro esplênico em pacientes com cirrose hepática e hipertensão portal.
- (B) Nas infecções virais, a infecção de megacariócitos pode levar à supressão da produção de plaquetas; nas infecções por rickettsias, as plaquetas podem ser consumidas nas lesões vasculíticas; na bacteremia, o consumo de plaquetas pode resultar da coagulação intravascular disseminada ou do aumento da depuração de plaquetas revestidas por imunocomplexos.
- (C) Drogas, incluindo antibióticos contendo sulfa e anti-convulsivantes, geralmente causam disfunção plaquetária grave. Produtos contendo quinino, como água tônica, também devem ser considerados uma etiologia potencial para trombocitopenia.
- (D) Pacientes com distúrbios de hemostasia primária geralmente apresentam sangramentos de tecidos profundos, inclusive nas articulações, músculos e sistema nervoso central.
- (E) Em pacientes com trombocitopenia mais significativa (contagem de plaquetas $< 50.000/\mu\text{L}$), que necessitam de um procedimento cirúrgico, os agonistas do receptor de trombopoetina, como o eltrombopag, devem ser administrados durante um curto período pré-operatório para aumentar a contagem de plaquetas no ambiente perioperatório.

02. Para o manejo perioperatório do paciente, tanto o sangramento quanto a trombose são preocupações significativas. Manter esse equilíbrio potencialmente delicado pode ser desafiador e, muitas vezes, requer uma coordenação meticulosa do cuidado entre vários membros da equipe. Neste contexto, é correto afirmar:

- (A) o uso de DOACS (anticoagulantes orais de ação direta) geralmente é recomendado como ponte de anticoagulante para pacientes em terapia crônica com antagonista de vitamina K.
- (B) para pacientes em uso de apixabana, edoxabana ou rivaroxabana, a terapia deve ser suspensa um dia antes de um procedimento de risco baixo ou moderado de sangramento e 2 dias antes de um procedimento de alto risco de sangramento.
- (C) o andexanet alfa, por sua alta afinidade para agentes anti-Xa (por exemplo, apixabana, rivaroxabana), deve ser usado para potencializar o efeito de um inibidor do fator Xa antes das cirurgias de emergência.
- (D) o inibidor reversível de P2Y₁₂ ticagrelor requer, pelo menos, 10 a 15 dias de interrupção para restaurar a função plaquetária.
- (E) tempos normais de tromboplastina parcial ativada (TTPa) ou tempo de protrombina (TPs) são úteis para excluir a presença de DOACS.

03. As mulheres grávidas apresentam aumento do risco de desenvolver tromboembolismo venoso, que inclui trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP). O anticoagulante de escolha na gravidez é:

- (A) heparina de baixo peso molecular.
- (B) varfarina.
- (C) dabigatrana.
- (D) fondaparinux.
- (E) apixabana.

04. O crioprecipitado (CRIO) é uma fonte concentrada de algumas proteínas plasmáticas que são insolúveis à temperatura de 1°C a 6°C . Quanto ao hemocomponente, é correto afirmar que

- (A) o crioprecipitado contém glicoproteínas de alto peso molecular, como de fator V, IX e XIII.
- (B) cada bolsa contém 15 mL de crioprecipitado com aproximadamente 80 – 150 unidades de fator VIII e, pelo menos, 150 mg de fibrinogênio.
- (C) somente 20% do fator de von Willebrand presente na unidade inicial de PFC é recuperado no crioprecipitado.
- (D) a vida média do fator VIII contido na bolsa é de 36 horas.
- (E) toda unidade de crioprecipitado administrada em pacientes imunodeprimidos deverá ser obrigatoriamente filtrada e irradiada.

- 05.** Pacientes submetidos ao tratamento com análogos de purina deverão receber hemocomponentes
- lavados.
 - filtrados.
 - fenotipados.
 - irradiados.
 - HLA compatíveis.
- 06.** Homem de 60 anos apresentou-se com queixas de cansaço de poucas semanas de duração. Apresentava palidez severa, sem evidência de icterícia, linfadenopatia ou organomegalia.
- O hemograma mostrou hemoglobina 4,6 g/dL; VCM: 85,6 fL; plaquetas: 83.000/mm³, leucócitos: 5.400/mm³. O esfregaço de sangue periférico mostrou aglutinação de hemácias, e o teste de Coombs direto foi positivo. Eletroforese de proteínas séricas revelou banda M na região beta1. A imunofixação qualitativa mostrou gamopatia monoclonal IgM e kappa, com IgM de 1.400 mg/dL.
- Aspirado de medula óssea – moderadamente celular, com predomínio acentuado da série eritroide, pequenas células linfoides constituindo 10% de todas as células nucleadas, e plasmócitos em torno de 10%. As células linfoides apresentavam cromatina densa, nucléolos imperceptíveis e pouca quantidade de citoplasma. Eram positivas para CD20 e CD138.
- Diante do quadro apresentado, a mutação frequentemente observada é
- U2AF1*.
 - SF3B1*.
 - BRAF V600E*.
 - PDGFR beta*.
 - MYD88 L265P*.
- 07.** Sobre a leucemia mieloide aguda (LMA), assinale a alternativa correta.
- Uma alteração citogenética envolvendo a translocação 11q23 relaciona-se à LMA secundária e à terapia com inibidores de BCL-2 (como venetoclax).
 - Gentuzumabe ozogamicina é indicado, em combinação com citarabina e daunorrubicina, para o tratamento de adultos com leucemia mieloide aguda primária CD13-positivo não tratados previamente.
 - Contagens leucocitárias muito altas são provavelmente resultado da t(8;14), que está associada a elevações extremas na contagem leucocitária na apresentação, a um tempo de duplicação leucocitário mais curto e a uma maior probabilidade de recidiva após a terapia de consolidação.
 - A midostaurina, juntamente com a quimioterapia combinada padrão 7+3, é aprovada pela ANVISA para a terapia de indução de LMA positiva para mutação *IDH1*.
 - A diferenciação monocítica pode aumentar a chance de infiltração de blastos leucêmicos nos tecidos, o que pode resultar em leucemia cutânea, hiperplasia gengival e maior probabilidade de comprometimento do sistema nervoso central.
- 08.** Mulher de 79 anos apresentou-se na emergência com história de três semanas de fraqueza generalizada, quedas frequentes, instabilidade da marcha e falta de ar. Apresentava-se afebril, normotensa, taquicárdica, sem evidência de linfadenopatias ou hepatoesplenomegalia. Hemograma revelou glóbulos brancos: 534,3 X10⁹/L com 449,9 X10⁹/L linfócitos, hemoglobina: 3,0 g/dL, plaquetas: 49 X10⁹/L.
- Citometria de fluxo de sangue periférico revelou uma população monoclonal de células B representando 90% da contagem total de leucócitos, dimCD19+, CD20+, CD38–, dim/parcial CD5+, CD10, heterogêneos CD79+, CD23–, CD103– e CD200–, com restrição kappa. A citometria de fluxo da medula óssea e dos linfonodos produziu imunofenotipagem semelhante, com aspirado de medula óssea consistente com extensa infiltração de medula por neoplasia linfoproliferativa. SOX11 foi negativo.
- Tais achados sugerem
- leucemia linfocítica crônica atípica pela falta de expressão de CD23.
 - leucemia linfocítica crônica, necessitando de FISH para melhor escolha terapêutica.
 - linfoma de zona marginal esplênico se t(8;22) for evidenciada.
 - linfoma de célula do manto forma leucêmica não nodal se t(11;14) for evidenciada.
 - linfoma anaplásico leucemizado se t(8;14) for evidenciada.
- 09.** Quanto à doação de sangue, é correto afirmar que
- o intervalo mínimo entre duas doações de sangue total é de 2 meses para homens e de 3 meses para mulheres, e a frequência máxima admitida entre as doações é de 4 doações anuais para o homem e de 3 doações anuais para a mulher.
 - o limite de idade para a primeira doação de sangue é de 60 anos para homens e de 55 anos para mulheres.
 - o intervalo mínimo entre duas plasmaféreses em um doador é de 72 horas, podendo um mesmo doador realizar, no máximo, 6 doações em um período de dois meses.
 - os valores dos níveis de hemoglobina (Hb) ou hematócrito (Ht) mínimos aceitáveis para homens e para mulheres é de Hb: 12,5g/dL ou Ht: 38%, com utilização de métodos validados e de equipamentos qualificados.
 - o candidato à doação deve ser informado sobre atividades laborais e práticas esportivas que causem riscos para si e para outros, devendo ser aceitos para a coleta de sangue somente indivíduos que disponham de período de interrupção da atividade por 48 horas após a doação.

10. A deficiência de ferro progride em vários estágios com base no grau de depleção de ferro. A esse respeito, assinale a alternativa correta.
- (A) Durante os estados iniciais de deficiência de ferro, os estoques de ferro são mobilizados da medula óssea, do fígado e do baço para apoiar a eritropoiese em curso e são refletidos na diminuição da ferritina sérica.
 - (B) À medida que os estoques de ferro se esgotam, a capacidade total de ligação de ferro (TIBC) e a saturação de transferrina sérica caem.
 - (C) A ausência de microcitose descarta o diagnóstico de deficiência de ferro.
 - (D) A anemia é o estágio final da deficiência de ferro e é acompanhada de sintomas como síndrome das pernas inquietas, pagofagia e outras formas de pica que só melhoram após a correção da anemia.
 - (E) A hepcidina sérica, o principal regulador da homeostase do ferro, é elevada na deficiência de ferro e suprimida em pessoas com anemia de inflamação.
11. Na anemia megaloblástica, é correto afirmar:
- (A) após a reposição de cobalamina, a medula óssea mostra resolução das alterações megaloblásticas em poucos meses.
 - (B) a macrocitose induzida por drogas é tipicamente mais significativa (VCM > 110 fL) em comparação com as alterações megaloblásticas observadas em pacientes com deficiências de cobalamina e folato.
 - (C) a hipersegmentação de neutrófilos pode persistir por meses, mesmo com a completa resolução da anemia.
 - (D) o diagnóstico de deficiência de cobalamina é associado à presença de anemia megaloblástica, ácido metilmalônico elevado e homocisteína suprimida.
 - (E) as anormalidades neurológicas geralmente melhoram em 3 meses, quando da reposição de B12, embora, em alguns pacientes, possam levar até 12 meses.
12. Uma vez sensibilizado por transfusão, o título de anticorpos pode diminuir rapidamente e tornar-se indetectável por técnicas sorológicas padrão. Se o paciente for reexposto inadvertidamente ao antígeno em uma transfusão subsequente, pode ocorrer uma rápida resposta de anticorpos anamnésicos, resultando em hemólise clinicamente significativa 4 a 14 dias após a transfusão. Esses anticorpos, predominantemente do tipo IgG, fixam complemento e resultam em hemólise intravascular clinicamente significativa. O anticorpo em questão, notório por causar reações hemolíticas transfusionais tardias, pertence ao sistema
- (A) Rh.
 - (B) Lutheran.
 - (C) Kidd.
 - (D) Diego.
 - (E) Lewis.
13. Paciente do sexo masculino de 31 anos, branco, é atendido com quadro de palidez progressiva, fraqueza e dispneia aos médios esforços. Apresentava pancitopenia leve (Hb: 10,9 g/dL; leucócitos: 3.700/mm³ e 130.000 plaquetas/ μ L). Além de moderada palidez cutâneo-mucosa e de discreta icterícia, não exibia outra alteração ao exame físico. Evolutivamente, iniciou quadro de cefaleia e foi evidenciada trombose do seio venoso em angio-RNM. Foi iniciada anticoagulação com varfarina sódica, acompanhada de episódios de urina de cor escura e dor abdominal. Citometria de fluxo apresentou CD 59 diminuído em relação à expressão normal em neutrófilos de doador e CD55 compatível com a expressão normal em neutrófilos de doador. A expressão de CD 14 apresentou-se diminuída em monócitos. Trata-se de uma doença clonal rara e de difícil diagnóstico, ocasionada por uma mutação somática espontânea do gene
- (A) *NOTCH1*.
 - (B) *PIG-A*.
 - (C) *FOXP2*.
 - (D) *FGFR3*.
 - (E) *CXCR4*.
14. Existem vários critérios prognósticos para auxiliar na estratificação de risco na leucemia linfoblástica aguda (LLA). Os fatores de risco tradicionais incluem contagem de leucócitos no momento do diagnóstico (alto risco: > 30.000/ μ L para LLA-B e > 100.000/ μ L para LLA-T) e idade avançada. O subtipo geneticamente definido pela Organização Mundial de Saúde para LLA que confere prognóstico de risco favorável é leucemia/linfoma
- (A) linfoblástico B com hiperdiploidia alta.
 - (B) linfoblástico B com *iAMP2*.
 - (C) linfoblástico B com alterações *BCR::ABL1* like.
 - (D) linfoblástico B com rearranjo *KMT2A*.
 - (E) B com fusão *TCF3::HLF*.
15. Paciente do sexo masculino de 44 anos, portador de linfoma de Hodgkin clássico, submetido a seis ciclos de quimioterapia (ABVD), realizou PET-CT de controle que demonstrou lesão mediastinal com SUV_{máx} 6,6. As captações de referência foram: mediastino: 3,4 e fígado: 4,5. Considerando esses valores e o escore de Deauville, os achados correspondem a
- (A) Deauville 1.
 - (B) Deauville 2.
 - (C) Deauville 3.
 - (D) Deauville 4.
 - (E) Deauville 5.

16. A abordagem de um paciente recém-diagnosticado com linfoma folicular precisa ser individualizada, levando em consideração a presença ou a ausência de sintomas, a carga tumoral, a idade, as comorbidades do paciente e os objetivos da terapia. Pacientes assintomáticos podem ser candidatos a uma estratégia de vigilância isolada. Para determinar se a observação é uma opção, deve-se avaliar a carga tumoral. Os critérios do grupo de estudos de linfomas foliculares (GELF) são os critérios mais comumente usados para avaliar a carga tumoral e avaliar a elegibilidade para ensaios clínicos.

Constitui critério GELF para alta carga tumoral

- (A) qualquer massa extranodal > 1 cm.
- (B) três ou mais áreas nodais, cada uma com diâmetro superior a 3 cm.
- (C) baço > 10 cm na ressonância nuclear magnética.
- (D) FLIPI > 1.
- (E) grau histológico 3A.

17. Quase todos os mielomas múltiplos (MM) abrigam anormalidades genéticas e cromossômicas nas células plasmáticas monoclonais. Sobre essas alterações, é correto afirmar que

- (A) a trissomia do cromossomo 13 é o ganho genético mais comum no MM e está fortemente associada a translocações de IGH.
- (B) as translocações envolvem o cromossomo 11q13 em 15% dos casos e, mais comumente, os cromossomos 4 e 7.
- (C) as perdas 1p (especialmente deleções 1p22 e 1p32) são frequentes; estão ligadas a amplificações 1q e associadas a um desfecho favorável.
- (D) o mieloma duplo *hit* é definido pela presença de duas das anormalidades genéticas de alto risco que incluem amp(1q), del(17p) e translocações envolvendo IGH e os cromossomos 4, 16 e 20.
- (E) a incidência de deleções 17p13 e de mutações 3 de TP53 aumenta com o avanço da doença, mas é rara nos pacientes com leucemia de células plasmáticas.

18. Homem de 59 anos é encaminhado à unidade de emergência devido à picada de cobra na perna direita há duas horas. Apresentava dor local intensa, náuseas e vômitos. Negava sangramentos. No local da picada, havia presença de edema, calor e petéquias. Recebeu soro antibotrópico e sintomáticos. Hemoglobina de 16,4g/dL; hematócrito: 49,0%; contagem de leucócitos: 26.000/mm³; plaquetas: 53.000/mm³; ureia: 26 mg% e creatinina: 1,4 mg%; tempos de protrombina (TP) e de trombo-plastina parcial ativada incoaguláveis. Após 16 horas da admissão, o paciente evoluiu com dor abdominal e sinais de peritonite. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou extenso hematoma retroperitoneal e extraperitoneal pélvico bilateral, com conteúdo hiperdenso que poderia corresponder a conteúdo hemático. Nesse momento, os níveis de fibrinogênio plasmático do paciente encontravam-se indetectáveis.

No contexto apresentado, é comum observar-se

- (A) elevação dos níveis de fator XI.
- (B) elevação dos níveis de proteína C.
- (C) diminuição do tempo de trombina.
- (D) alterações microangiopáticas no sangue periférico.
- (E) diminuição nos produtos de degradação de fibrina.

19. Homem de 28 anos recorre ao serviço de urgência por febre, astenia, mialgias, vômitos e diarreia aquosa há uma semana. Diagnosticado anteriormente com leucemia mieloide crônica, em fase blástica. Ao exame, apresentava-se orientado, anictérico, febril, taquicárdico, normotenso e com hemorragia conjuntival à direita. Sem outras alterações relevantes. Apresentava hiperleucocitose (325.000/mm³), anemia microcítica hipocrômica (hemoglobina: 11,0 g/dL), trombocitopenia (71.000/mm³), creatinina de 2,18 mg/dL; potássio: 9,9 mmol/L; sem alterações no ECG; DHL: 7.130 U/L e proteína C reativa de 1,89 mg/dL.

Diante desses achados, quais outras alterações laboratoriais devem ser esperadas?

- (A) Hiperfosfatemia, hipouricemia, hipocalcemia.
- (B) Hipofosfatemia, hiperuricemia, hipercalcemia.
- (C) Hipofosfatemia, hipouricemia, hipocalcemia.
- (D) Hiperfosfatemia, hiperuricemia, hipocalcemia.
- (E) Hiperfosfatemia, hiperuricemia, hipercalcemia.

20. Homem de 50 anos é internado para investigação de quadro de febre. Há 15 dias, apresentava vários episódios de febre diária (38 °C a 40 °C), associados a calafrios e fadiga. Negava outros sinais ou sintomas e não tinha comorbidades prévias. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, febril, hipocorado, eupneico. Baço palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo. O restante do exame físico era normal. O hemograma inicial revelou pancitopenia (hemoglobina: 8,6 g/dL; leucócitos: 1.400/mm³; Ne: 84%; plaquetas: 31.000/mm³), e os exames de função renal e hepática foram normais. Após essa avaliação inicial, foi introduzido tratamento empírico com antibiótico de amplo espectro e profilaxia com antifúngico e antiviral. Biópsia e aspirado de medula óssea mostraram presença de inúmeros macrófagos fagocitando elementos de todas as linhagens celulares, com medula óssea hipocelular.

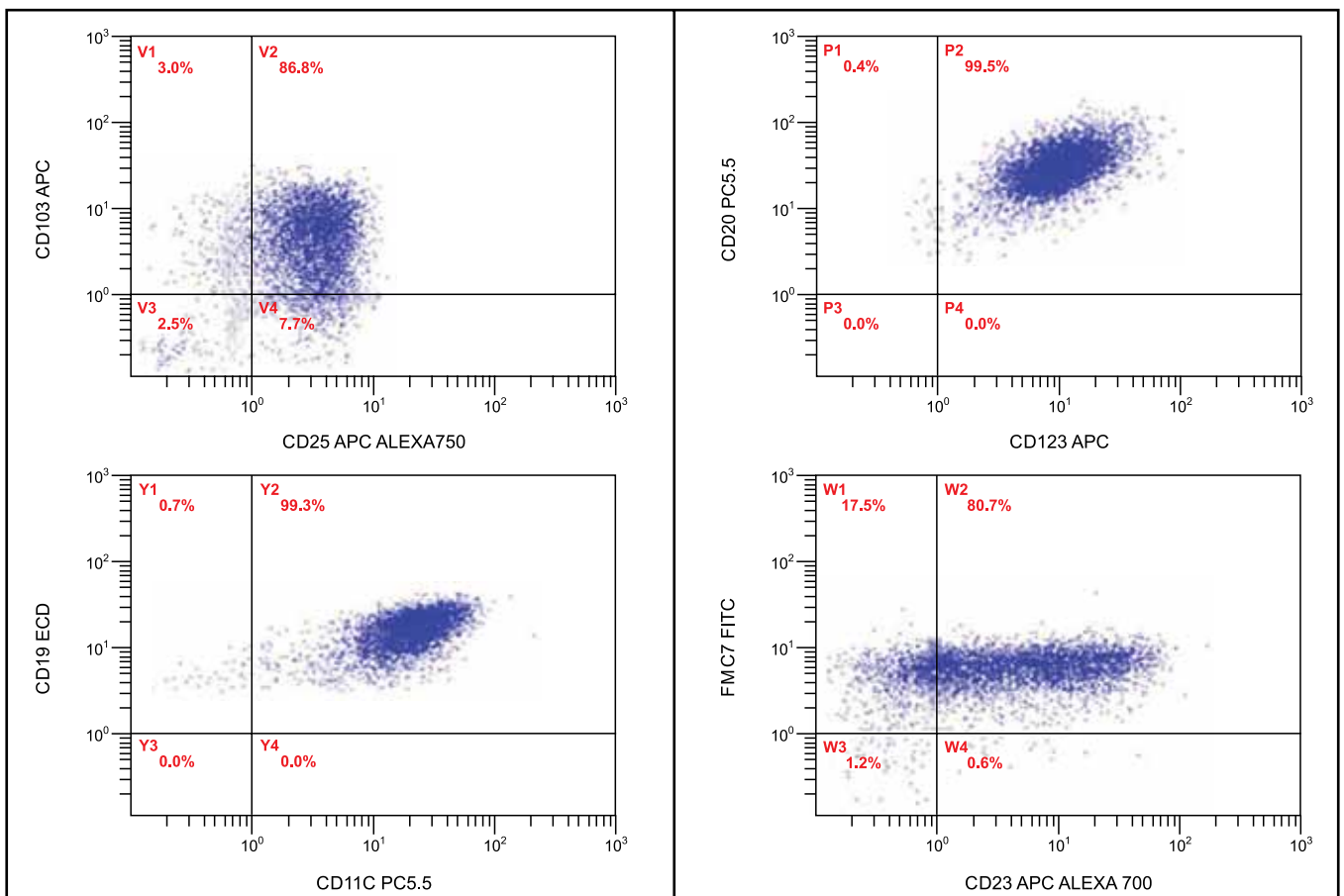
Constituem critérios para a suspeita diagnóstica mais provável do caso apresentado:

- (A) esplenomegalia, atividade de células NK aumentada, citopenias afetando as 3 linhagens no sangue periférico.
- (B) febre, atividade de células NK baixa ou ausente, fibrinogênio > = 1,5 g/L.
- (C) febre, esplenomegalia, ferritina > = 500 mcg/L.
- (D) hemofagocitose documentada na medula óssea, baço ou gânglios linfáticos, hipotrigliceridemia, CD25 solúvel > = 2.400 U/mL.
- (E) hipertrigliceridemia, plaquetas < 100 X 10⁹/L, neutrófilos < 500 X 10⁹/L.

21. Paciente do sexo masculino de 31 anos é admitido no hospital para a realização de exames laboratoriais em função de queda do estado geral. Ao exame físico, apresentava palidez cutâneo-mucosa, petéquias em membros inferiores e esplenomegalia. O hemograma revelou: anemia (7,5g/dL de hemoglobina e 20% de hematócrito), plaquetopenia (28.200/mm³) e leucocitos (2.900/mm³) às custas de 88% de linfócitos com projeções citoplasmáticas finas e alongadas.

Mielograma demonstrou hipocelularidade do setor megacariocítico, com plaquetogênese reduzida e do setor linfoplasmocitário, com predomínio de células com citoplasma basófilico, com bordas irregulares, apresentando projeções.

Executada imunofenotipagem por citometria de fluxo cujos histogramas são apresentados a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A alteração molecular comumente associada a esta patologia é:

- (A) *BRAF V600E*.
- (B) *MYD88 L265P*.
- (C) *T315I*.
- (D) *JAK2 V617F*.
- (E) *NPM1*.

22. Homem de 75 anos, em acompanhamento no ambulatório de hematologia devido ao surgimento de equimoses espontâneas há dias, sem outras queixas hemorrágicas, negou trauma, quadro semelhante prévio ou outras queixas associadas. Não apresentava história familiar de discrasia sanguínea. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, eupneico, normocorado, normotenso, com equimoses em membros superiores e inferiores. Exames laboratoriais demonstraram alargamento do TTPa (66 segundos com relação: 2,47) com o TP (13,7 segundos com INR de 1,08) e plaquetas ($187.000/\text{mm}^3$) normais. A investigação de doenças reumatológicas e infecciosas associadas foi negativa. Fibrinogênio normal. Dosagem dos fatores de coagulação revelaram uma deficiência do VIII (8%) com fator de Von Willebrand normal. O teste da mistura não teve correção do TTPa, e a quantificação do inibidor de fator VIII foi 13,6 UBTH.

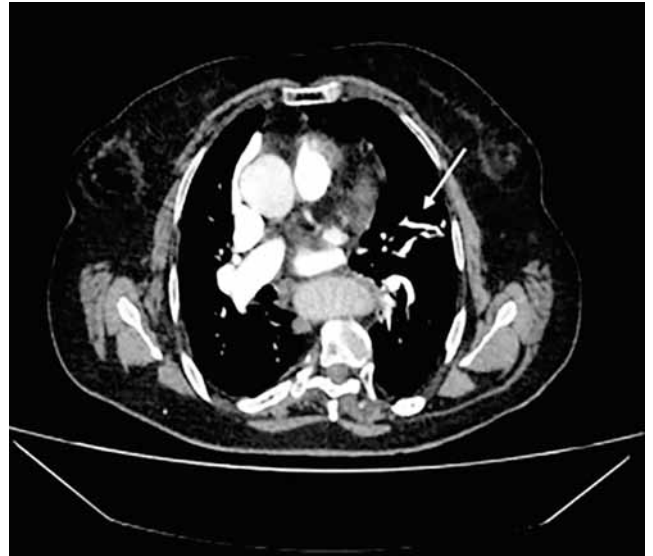
A abordagem terapêutica mais adequada para este paciente é

- (A) desmopressina.
- (B) fator VIII recombinante.
- (C) prednisona.
- (D) complexo protrombínico ativado.
- (E) imunoglobulina.

23. Constitui indicação categoria I para aférese terapêutica de acordo com as recomendações da ASFA 2023:

- (A) trombocitopenia e trombose induzidas por heparina.
- (B) *miastenia gravis*.
- (C) esclerose múltipla.
- (D) síndromes neurológicas paraneoplásicas.
- (E) hiperleucocitose.

24. Homem de 65 anos procurou o serviço de otorrinolaringologia com histórico de epistaxe recorrente há 40 anos. Refere que, inicialmente, o sangramento apresentava-se em pequena quantidade, sendo controlado apenas com tamponamentos nasais. Com o passar do tempo, ocorreu aumento da frequência e da intensidade dos episódios, sendo necessários outros tipos de terapia, como cauterização nasal, que, pela utilização sucessiva, resultou em perfuração septal. Refere que filho e neto apresentavam epistaxes. Avaliação pulmonar subsequente revelou alterações como as apresentadas na imagem a seguir:



TC de tórax.

Imagens nodulares sugestivas de fístulas arteriovenosas no LSE indicadas pela seta branca.

(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Ao exame físico, são evidenciadas lesões como as apresentadas nas imagens a seguir:



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Tais dados são consistentes com a hipótese diagnóstica de

- (A) púrpura de Henoch-Schönlein.
- (B) telangiectasia hemorrágica hereditária.
- (C) síndrome de Sturge-Weber.
- (D) síndrome de Louis-Bar.
- (E) púrpura anular telangiectóide de Majocchi.

25. É um anticorpo biespecífico de redirecionamento de células T que tem como alvo tanto o antígeno de maturação de células B (BCMA) quanto os receptores CD3 de células T para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recidivante ou refratário (MMRR). Sua aprovação terapêutica é baseada, principalmente, nos resultados do estudo clínico MagnetismMM-3, que avaliou seu uso em monoterapia no tratamento de pacientes adultos com mieloma múltiplo recidivante ou refratário que receberam pelo menos 3 classes de terapias prévias, incluindo um inibidor de proteossoma, um agente imunomodulador e um anticorpo monoclonal anti-CD38.

Trata-se de

- (A) elranatanabe.
- (B) monotuzumabe.
- (C) eculizumabe.
- (D) polatuzumabe.
- (E) daratumumabe.

26. É critério mandatório para o diagnóstico de síndrome POEMS:

- (A) polineuropatia – neuropatia sensório-motora progressiva, simétrica, predominantemente distal.
- (B) doença de Castleman – evidência histopatológica da doença de Castleman (hiperplasia de linfonodos angiofolículos) em uma amostra de biópsia de um linfonodo ou de outro tecido envolvido.
- (C) lesões ósseas escleróticas – lesões ósseas osteoescleróticas ou mistas líticas e escleróticas em estudos de radiografia simples, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.
- (D) organomegalia – hepatomegalia, esplenomegalia ou linfadenopatia confirmada por exame físico ou por estudos de imagem.
- (E) endocrinopatia – distúrbios hormonais, como hipogonadismo, diabetes *mellitus* ou anormalidades da tireoide.

27. Na estratificação de risco citogenético nas neoplasias mielodisplásicas, são consideradas de risco intermediário as seguintes alterações:

- (A) cariótipo complexo com anormalidades > 3.
- (B) -Y, del(11q).
- (C) cariótipo normal, del(5q), del(12p), del(20q), anormalidades duplas incluindo del(5q).
- (D) del(7q), +8, i17q, +19, qualquer outra anormalidade simples ou dupla não listada, 2 ou mais clones independentes.
- (E) inv(3)/t(3q)/del(3q), -7, dupla anormalidade incluindo -7/del(7q), cariótipo complexo com 3 anormalidades.

28. A leucemia promielocítica aguda (LPA) é um subtipo de leucemia mieloide aguda (LMA) caracterizada por uma translocação recíproca equilibrada, resultando na fusão do gene PML no cromossomo 15 com o gene RARA no cromossomo 17.

Sobre essa patologia, assinale a alternativa correta.

- (A) Na LPA hipergranular, os promielócitos são mieloperoxidase negativos e têm núcleos bilobados ou em forma de rim. O citoplasma tem grânulos grandes e densamente compactados e células características (células de Mott), contendo feixes de bastonetes de Auer.
- (B) Os casos de LPA microgranular têm núcleos predominantemente bilobados, são fortemente positivos para fosfatase ácida tartarato-resistente e geralmente têm uma contagem de leucócitos muito alta.
- (C) A LPA é geralmente caracterizada por baixa expressão ou ausência de HLA-DR, CD34, CD117 e CD11b.
- (D) Os pacientes com LPA são categorizados como tendo doença de baixo (ou baixo, intermediário) ou alto risco com base em leucócitos na apresentação de $\leq 100.000/\mu\text{L}$ versus $> 100.000/\mu\text{L}$.
- (E) A incorporação de azacitidina ao ácido all-trans retinóico (ATRA) na linha de frente elevaram a taxa de remissão completa para mais de 90%, com curas em 80% dos pacientes com LPA.

29. Em relação à policitemia vera, é correto afirmar:

- (A) a trombose ocorre em 90% dos pacientes antes do estabelecimento do diagnóstico e em 100% durante os primeiros 10 anos da doença.
- (B) terapia citoreduzora é indicada independentemente da estratificação de risco, principalmente para pacientes com menos de 40 anos pelo maior risco de trombose.
- (C) deve ser realizada sangria terapêutica para manter o hematócrito (Ht) $\leq 45\%$ em mulheres e 55% para homens.
- (D) a biópsia de medula óssea é necessária quando a eritrocitose absoluta sustentada está associada à presença da mutação JAK2 e a níveis de eritropoietina normais ou baixos.
- (E) no mielograma, observa-se um aumento da celularidade medular, inclusive do setor megacariocítico, com diminuição da quantidade de gordura, aumento das fibras de reticulina em cerca de 40% dos casos, ao diagnóstico, e ferro medular diminuído em 95% dos pacientes.

30. Sobre os linfomas de células T cutâneos (LCCT), assinale a alternativa correta.

- (A) A micose fungoide (MF) e a síndrome de Sézary (SS) constituem dois terços dos linfomas cutâneos de células T. A doença não se limita à pele, pois manchas ou placas pruriginosas e eritematosas, associadas a envolvimento extracutâneo, são frequentes mesmo nos estágios iniciais da doença.
- (B) SS é a variante leucêmica do LCCT na qual os pacientes têm $\geq 1.000/\mu\text{L}$ de células CD4⁻ / CD26⁻ ou CD4⁺ / CD7⁻ ou outra população aberrante de linfócitos identificada por citometria de fluxo.
- (C) A histologia varia com o estágio da doença, mas o epidermotropismo é observado com manchas ou placas típicas e coleções intraepidérmicas, os chamados microabscessos de Pautrier.
- (D) As células T são CD4⁻ / CD8⁺, muitas vezes com perda aberrante de 1 ou mais dos antígenos de células T CD2, CD3, CD5, CD7 e CD26.
- (E) A fototerapia ultravioleta A ou B, administrada com ou sem psoraleno, pode ser administrada em pessoas com doença generalizada, mas apenas esquemas de quimioterapia combinada de alta dose fornecem respostas sustentadas.

Os rascunhos não serão considerados na correção.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

