

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo
- **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de
- questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Hematologia e Hemoterapia

1

Um lactente de 8 meses, internado na unidade de TMO no D+10 pós-TMO alogênico mieloablativo por imunodeficiência combinada grave (SCID), apresenta febre (38,9 °C), taquicardia (FC: 175 bpm) e retardo no enchimento capilar. Encontra-se em neutropenia profunda (contagem absoluta de neutrófilos: 50/mm³) e está com cateter venoso central (CVC) de longa permanência.

A conduta inicial deve ser

- (A) colher hemoculturas pareadas (todas as vias do CVC e sítio periférico se viável) e iniciar antibiótico para *Pseudomonas*, monoterapia, em dose plena.
- (B) colher as culturas e observar a evolução clínica por até 6 horas antes de iniciar o antibiótico, desde que a criança permaneça estável.
- (C) restringir a hidratação venosa a 50% das necessidades basais, pelo risco de sobrecarga hídrica e síndrome de obstrução sinusoidal.
- (D) retirar o cateter venoso central já na abordagem inicial, antes mesmo de se avaliar a resposta ao antibiótico.
- (E) iniciar imediatamente voriconazol associado a meropenem e vancomicina, em razão da alta probabilidade de infecção fúngica invasiva em lactentes com SCID no D+10.

2

Durante a infusão de medula óssea colhida por punção de crista ilíaca para uma criança de 4 anos, a equipe de enfermagem observa surgimento de tosse seca, taquipneia e queda da saturação de oxigênio de 98% para 89%, em ar ambiente, quando cerca de metade da bolsa não manipulada havia sido infundida.

A hipótese mais provável e a conduta imediata são:

- (A) sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO); deve-se interromper a infusão, administrar diurético e reavaliar o balanço hídrico.
- (B) lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI); a conduta é a intubação orotraqueal imediata e administração de altas doses de diuréticos de alça.
- (C) embolia gordurosa/microagregados celulares; deve-se interromper a infusão, ofertar oxigênio e verificar a integridade dos filtros do equipo.
- (D) reação anafilática mediada por IgE; deve-se administrar epinefrina intramuscular e suspender a infusão.
- (E) toxicidade pelo DMSO; deve-se suspender a bolsa e reiniciar as demais somente após pré-medicação com corticosteroide.

3

Um menino de 6 anos com doença falciforme (HbSS) apresenta episódios recorrentes de síndrome torácica aguda e acidente vascular cerebral isquêmico prévio. Ele é mantido em regime de hipertransfusão crônica, e apresenta sobrecarga de ferro, controlada com quelante de ferro. Possui um irmão consanguíneo de 9 anos hígido e 100% HLA-compatível.

Assinale a afirmativa correta a respeito da melhor opção para o tratamento dessa criança.

- (A) O Transplante de Medula Óssea (TMO) autólogo com mobilização de células periféricas é a terapia padrão preferencial para evitar a Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH).
- (B) O TMO está contraindicado devido ao antecedente de AVC.
- (C) O TMO haploidêntico com sangue de cordão umbilical seria superior àquele feito com doador aparentado idêntico, para evitar rejeição e DECH.
- (D) TMO alogênico de doador aparentado é a indicação curativa de escolha para este caso.
- (E) O TMO só teria indicação se houvesse falha terapêutica com o uso da hidroxiureia, por mais de 5 anos.

4

Na consulta ambulatorial pré-TMO de uma paciente de 12 anos de idade, com leucemia linfoblástica aguda em 2ª remissão completa, e que foi referenciado para um TMO alogênico mieloablativo, o pediatra faz a avaliação pré-operatória.

Avalie se as medidas que fazem parte do preparo pré-transplante incluem:

- I. Ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção.
- II. Prova de função pulmonar completa.
- III. Avaliação odontológica.

Está correto o que se apresenta em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

5

Um paciente pediátrico de 15 kg com diagnóstico de Aplasia Pura de Série Vermelha congênita refratária necessita de TMO alogênico, cujo doador seria o seu irmão de 6 anos de idade. A equipe médica está na dúvida entre colher medula óssea ou células-tronco do sangue periférico, mobilizadas com G-CSF.

Assinale a afirmativa correta a respeito da base da decisão.

- (A) Para TMO de doenças pediátricas não-malignas, o uso de medula óssea é ao sangue periférico ter um menor risco de Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH) crônica.
- (B) Em Pediatria, o sangue periférico tem a grande vantagem da facilidade de obtenção, sem necessidade de anestesia geral em doador pediátrico, independentemente do risco de DECH.
- (C) O sangue de cordão umbilical não aparentado sempre tem enxertia mais rápida de neutrófilos do que a medula óssea e o sangue periférico.
- (D) O rendimento de células CD34+ no aspirado de medula óssea é sempre quatro vezes maior do que no sangue periférico pós-mobilização.
- (E) A coleta de medula óssea requer mobilização prévia do doador com G-CSF por cinco dias.

6

Para um lactente de 1 ano com síndrome de Wiskott-Aldrich sem doador aparentado idêntico, a equipe busca opções nos registros nacionais e internacionais de doadores voluntários.

São identificados um doador voluntário adulto, não aparentado, com compatibilidade 9/10 (disparidade em HLA-A) e uma unidade de sangue de cordão umbilical compatibilidade 5/6 com celularidade total e dose de CD34+ adequadas ao peso do receptor.

Com base nessas alternativas, é correto afirmar que

- (A) o doador vivo deve ser sempre priorizado, independentemente do número de incompatibilidades ("mismatches") HLA.
- (B) doadores não aparentados com disparidade em HLA-DRB1 apresentam o mesmo risco de falha de pega que doadores 10/10 idênticos.
- (C) o sangue do cordão umbilical possibilita o TMO com mais incompatibilidade HLA, devido à imaturidade imunológica dos linfócitos T fetais.
- (D) a sorologia para CMV do doador não tem impacto na escolha, se a compatibilidade HLA for total (10/10).
- (E) o sangue de cordão umbilical é contraindicado se houver qualquer grau de incompatibilidade HLA.

7

Na avaliação de uma criança com neuroblastoma de alto risco, com indicação de TMO autólogo em *tandem*, a equipe médica está planejando a coleta e a criopreservação das células-tronco autólogas.

A estratégia mais apropriada para a coleta de células-tronco é o uso de

- (A) aspirado de medula óssea, tendo como alvo colhido sem analgesia, as células mononucleadas totais.
- (B) células obtidas de aspirado de medula óssea criopreservado e sem mobilização prévia.
- (C) células mesenquimais estromais purificadas de cordão umbilical alogênico.
- (D) células-tronco de sangue periférico colhidas por aférese, pós-quimioterapia de resgate e G-CSF, visando atingir uma dose mínima segura de células CD34+/kg.
- (E) linfócitos T do sangue periférico sem mobilização prévia.

8

Uma adolescente de 14 anos, lúcida e orientada, com diagnóstico de anemia aplástica grave adquirida, será submetida a TMO. Seu pai será o doador haploidêntico.

Em relação ao consentimento e ao assentimento, é correto afirmar que

- (A) o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) substitui integralmente e anula a exigência legal do TCLE, desde que seja assinado pelos representantes legais.
- (B) o consentimento do doador (pai) supre a necessidade de consentimento da receptora e de sua mãe.
- (C) a adolescente deve receber informações adaptadas e assinar o TALE, enquanto seus responsáveis legais assinam o TCLE.
- (D) em pediatria, o TCLE pode ser dispensado se o transplante for a única alternativa curativa para situação com risco iminente de morte.
- (E) apenas os pais assinam o consentimento legal; a adolescente não deve participar das decisões para evitar estresse emocional.

9

Em relação ao acompanhamento de uma criança submetida a um transplante de células-tronco hematopoiéticas, assinale a opção que indica a definição laboratorial de enxertia neutrofílica ("pega") e o momento adequado para a alta hospitalar.

- (A) Neutrófilos $\geq 1.000/\mu\text{L}$ no primeiro dia; alta imediata no mesmo dia.
- (B) Neutrófilos $> 500/\mu\text{L}$ por 3 dias consecutivos; alta se estabilidade clínica e afebril.
- (C) Plaquetas $> 20.000/\mu\text{L}$ em dose única; alta sem necessidade de checar neutrófilos.
- (D) Leucócitos totais $> 4.000/\mu\text{L}$ por 24 horas; alta com neutropenia tolerada.
- (E) Hemoglobina $> 10 \text{ g/dL}$ sem transfusão; alta mesmo na vigência de febre.

10

Um adolescente com linfoma de Hodgkin refratário está em protocolo de mobilização autóloga com G-CSF ($10 \mu\text{g/kg/dia}$). No 4º dia de uso, a contagem periférica de células CD34+ encontra-se em apenas $6/\mu\text{L}$, configurando uma mobilização insatisfatória para início da aférese.

Para tentar viabilizar essa coleta, a melhor conduta é

- (A) substituir imediatamente o G-CSF por eritropoetina recombinante em altas doses.
- (B) associar plerixafor para estimular a liberação rápida de células CD34+ da medula para a circulação periférica.
- (C) administrar Mesna e dexametasona por via intratecal.
- (D) suspender o G-CSF e aguardar 30 dias para reiniciar o mesmo esquema sem adjuvantes.
- (E) iniciar quimioterapia mieloablativa imediatamente, sem a coleta de células.

11

O Ministério da Saúde e o REDOME estabeleceram 35 anos como idade máxima para o cadastro de novos voluntários à doação de medula óssea.

A principal justificativa médica para priorizar doadores mais jovens é

- (A) reduzir o risco de rejeição e de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH).
- (B) evitar a incompatibilidade natural do sistema ABO entre doador e receptor.
- (C) impossibilidade de doadores com mais de 35 anos realizarem aférese.
- (D) garantir que o doador permaneça com a mesma tipagem HLA ao envelhecer.
- (E) ausência de veias periféricas calibrosas em doadores acima dessa faixa etária.

12

Na criopreservação de células-tronco hematopoiéticas para TMO autólogo, o crioprotetor mais utilizado é o Dimetilsulfóxido (DMSO).

A reação adversa clássica mais frequente observada no paciente durante a infusão das células descongeladas é

- (A) o sangramento digestivo maciço por hiperfibrinólise.
- (B) composto por náuseas, bradicardia e hálito característico (odor de milho cozido/alho).
- (C) a hipercalcemia grave refratária imediata.
- (D) o choque anafilático por incompatibilidade ABO com as próprias células.
- (E) a pancitopenia irreversível causada pelo congelamento em nitrogênio.

13

Uma lactente de 9 meses, pesando 8 kg, no D+8 pós-TMO alogênico, necessita de transfusão de concentrado de hemácias por apresentar hemoglobina de 6,8 g/dL.

Antes de ser transfundido, o concentrado de hemácias deve passar pelo seguinte procedimento de modificação:

- (A) congelamento do concentrado para reduzir o risco de transmissão viral.
- (B) não irradiar hemocomponentes para receptores pediátricos devido ao risco de mutagênese radioinduzida.
- (C) apenas lavagem com soro fisiológico a 0,9% para eliminar todo o complemento sérico, sem necessidade de irradiação.
- (D) lavagem do concentrado de hemácias para reduzir a exposição a proteínas plasmáticas.
- (E) irradiação gama/raios-X e leucorredução por filtração.

14

Criança de 4 anos no D+18 de TMO alogênico mieloablativo apresenta ganho ponderal inexplicado de 12% em relação ao peso basal, hepatomegalia dolorosa à palpação, aumento de bilirrubina total para 4,2 mg/dL e ascite identificada ao ultrassom com fluxo reverso na veia porta ao Doppler.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e como deve ser tratado.

- (A) Colangite esclerosante bacteriana aguda; antibioticoterapia empírica com ampicilina e gentamicina.
- (B) Síndrome de Obstrução Sinusoidal (SOS/Doença Venoso-Oclusiva Hepática); início de defibrotida associada ao controle restrito do balanço hídrico e suporte.
- (C) doença do enxerto contra o hospedeiro aguda puramente cutânea; uso tópico de hidrocortisona a 1%.
- (D) Sobrecarga volêmica isolada por falência renal aguda; indicação de terapia renal substitutiva e diureticoterapia.
- (E) Rejeição hiperaguda do enxerto; pulsoterapia com metilprednisolona 30 mg/kg/dia por 5 dias.

15

Durante o seguimento no ambulatório de pós-TMO tardio (D+75), uma criança de 8 anos com histórico de LLA em acompanhamento ambulatorial comparece para avaliação e realização de procedimentos.

Assinale a afirmativa correta a respeito da conduta para o caso.

- (A) O mielograma pós-transplante pode ser dispensado se o paciente mantiver contagem normal de leucócitos no sangue periférico.
- (B) A coleta de líquido não requer avaliação de contagem plaquetária se o paciente não apresentar petéquias clínicas.
- (C) O aspirado e a biópsia de medula óssea com avaliação de DRM (doença residual mensurável) e quimerismo são fundamentais para monitorar o status da doença e a enxertia, devendo ser realizados sob sedação/analgesia adequada e com contagem de plaquetas e coagulograma previamente checados.
- (D) Quimioterapia intratecal profilática pós-TMO é estritamente contraindicada pelo risco de leucoencefalopatia fulminante em todos os casos.
- (E) Procedimentos de biópsia óssea em crianças pós-TMO devem ser realizados apenas com anestesia local, sem sedação.

16

No D+28 pós-TMO alogênico não aparentado, um menino de 10 anos desenvolve rash maculopapular eritematoso difuso acometendo 60% da superfície corporal total, diarreia aquosa secretória de 1.200 mL/dia (>30 mL/kg/dia) e elevação de bilirrubina direta (5,0 mg/dL).

Assinale a opção que apresenta a hipótese mais provável e o tratamento inicial adequado para o caso.

- (A) DECH hiperaguda; intensificar a profilaxia de DECH e observar a evolução por 48 horas.
- (B) Infecção primária por Citomegalovírus (CMV); suspender ciclosporina e iniciar foscarnet em monoterapia.
- (C) Farmacodermia associada a infecção por Clostridioides difficile; suspender todos os imunossuppressores e iniciar metronidazol oral.
- (D) Síndrome de Lise Tumoral tardia; iniciar rasburicase e hiper-hidratação.
- (E) doença do enxerto contra o hospedeiro aguda (DECHA) grau III/IV (Estágio cutâneo 3, GI 3, Hepático 2); corticoterapia sistêmica com metilprednisolona (2 mg/kg/dia).

17

Um receptor pediátrico do grupo sanguíneo "O" Rh positivo recebe enxerto de medula óssea de doador "A" Rh positivo (configurando incompatibilidade ABO maior).

Assinale a afirmativa correta a respeito da complicação esperada e de sua prevenção.

- (A) Há risco de hemólise intravascular das hemácias presentes no enxerto, a ser prevenida com a retirada das hemácias do enxerto.
- (B) Há risco de lise imediata de todos os neutrófilos do doador, sem qualquer repercussão sobre a linhagem eritroide.
- (C) A incompatibilidade ABO impede a enxertia plaquetária de forma definitiva, exigindo troca plasmática antes da infusão do enxerto.
- (D) Não há qualquer risco imunológico, dispensando manipulação do enxerto, embora se mantenha monitorização de hemólise.
- (E) Há necessidade de transfusão imediata de sangue total do tipo "AB" Rh negativo logo após a infusão.

18

Uma paciente de 11 anos comparece à consulta de seguimento no D+360 pós-TMO alogênico por LMA. Encontra-se assintomática, em remissão completa da doença de base e sem sinais de DECH ativa, tendo encerrado o desmame de imunossupressores há 3 meses.

A orientação para o seguimento é

- (A) manter profilaxia para *Pneumocystis jirovecii* com sulfametoxazol-trimetoprima até cinco anos após o transplante, mesmo sem imunossupressão.
- (B) adiar qualquer atividade física até a conclusão da revacinação.
- (C) administrar imediatamente vacinas de vírus vivos atenuados como febre amarela e BCG em dose dobrada.
- (D) iniciar a revacinação sistemática do receptor, realizar rastreamento de disfunções endócrinas, monitorar densitometria óssea.
- (E) dispensar acompanhamento laboratorial e clínico pois, após 1 ano, o paciente é considerado clinicamente imune e sem riscos de sequelas tardias.

19

Após o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico, o acompanhamento da reconstituição hematopoiética e da pega do enxerto é realizado rotineiramente por meio da análise de quimerismo.

A respeito da definição e da utilidade clínica do quimerismo no pós-TMO, assinale a afirmativa correta.

- (A) Consiste na dosagem da produção de imunoglobulinas policlonais pelo fígado, utilizada para orientar o desmame de profilaxia para infecções fúngicas
- (B) Representa a quantificação de anticorpos do doador contra antígenos HLA do receptor, servindo para confirmar a rejeição hiperaguda do enxerto. Refere-se à avaliação da fração celular do doador e do receptor no sangue ou na medula óssea, sendo usado para monitorar a pega do enxerto e a recidiva precoce da doença.
- (C) Refere-se à avaliação da proporção de células do doador e do receptor no sangue ou na medula óssea, sendo usado para monitorar a pega do enxerto e a recidiva precoce da doença.
- (D) Consiste na análise da capacidade proliferativa de linfócitos T in vitro após estímulo antigênico, indicada para o diagnóstico de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) aguda.
- (E) É a contagem diferencial de blastos residuais por citometria de fluxo após o condicionamento, com o objetivo exclusivo de calcular a dose de imunossupressores como a ciclosporina.

20

No D+30 pós-TMO autólogo por meduloblastoma, uma criança de 6 anos mantém contagem de neutrófilos $< 100/\mu\text{L}$, plaquetas $< 10.000/\mu\text{L}$ e hemoglobina dependente de transfusões semanais, sem evidência de pega de nenhuma linhagem. A medula óssea realizada no D+28 mostra celularidade global $< 5\%$, sem sinais de doença neoplásica infiltrativa ou infecção evidente.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico correto e a conduta a ser considerada.

- (A) Reação adversa tardia ao mesna; substituir mesna por hidratação isolada.
- (B) DECH hiperaguda de medula óssea; iniciar pulsoterapia com ciclofosfamida 200 mg/kg.
- (C) Pega tardia fisiológica normal para transplante autólogo; apenas aguardar sem intervenções até o D+90.
- (D) Falha primária de enxertia; deve-se avaliar o uso de G-CSF e planejar infusão de células-tronco autólogas de reserva ou fazer um TMO alogênico de resgate.
- (E) Síndrome hemofagocítica induzida por quimioterapia; iniciar dexametasona e imunoglobulina intravenosa.

21

Uma paciente de 7 anos com recidiva precoce pós-TMO e progressão fulminante de leucemia refratária a múltiplas linhas terapêuticas encontra-se internada, fora de possibilidade terapêutica. A criança apresenta dor óssea intensa e dispnéia por infiltrado leucêmico e sangramento pulmonar.

Nessa situação, assinale a afirmativa correta sobre a conduta adequada.

- (A) Deve-se fazer controle dos sintomas, alívio da dor, suporte psicológico interdisciplinar à família, suspender procedimentos diagnósticos dolorosos.
- (B) O uso de opioides deve ser restrito ao mínimo possível para não causar dependência química na criança.
- (C) A nutrição parenteral total e exames laboratoriais diários devem ser mantidos sempre que houver acesso venoso disponível.
- (D) A sedação paliativa e o controle da dor só devem ser iniciados se houver falha na ventilação não invasiva.
- (E) Deve-se transferir a paciente para a UTI para ventilação mecânica invasiva e ressuscitação cardiopulmonar plena.

22

Um paciente pediátrico em acompanhamento pelo centro de TMO foi recrutado para participar de um ensaio clínico multicêntrico e internacional, de fase III, sobre profilaxia de DECH aguda.

O residente deve registrar e comunicar os dados do estudo do seguinte modo:

- (A) inserir dados diretamente no sistema do patrocinador sem necessidade de manter registros no prontuário hospitalar.
- (B) registrar no sistema do patrocinador e manter todos os registros obrigatórios no prontuário do paciente.
- (C) substituir dados faltantes do prontuário por valores estimados com base na média dos demais pacientes do estudo.
- (D) alterar a prescrição do protocolo, em função da evolução do paciente, sem comunicação prévia ao investigador principal e ao comitê de ética.
- (E) omitir eventos adversos leves para evitar o desenquadramento do paciente no protocolo de pesquisa.

23

Um lactente de 11 meses com LMA de alto risco não tem doadores compatíveis na família. A equipe começa uma busca por um doador não aparentado voluntário nos registros nacional (REDOME) e internacional (WMDA).

Assinale a afirmativa correta a respeito dessa busca.

- (A) Pacientes pediátricos só podem receber células de doadores voluntários cadastrados no mesmo estado federativo do centro transplantador.
- (B) Os registros fornecem apenas dados de tipificação sanguínea ABO/Rh, dispensando a compatibilidade HLA.
- (C) Qualquer doador cadastrado no REDOME pode ser convocado para coleta logo após a identificação no sistema, dispensando teste confirmatório.
- (D) O teste de compatibilidade cruzada (prova cruzada) por citometria de fluxo substitui a necessidade de compatibilidade nos alelos HLA-DRB1.
- (E) A busca informatizada baseia-se na tipificação HLA de alta resolução dos loci HLA-A, -B, -C, -DRB1 e -DQB1.

24

Na análise de compatibilidade HLA para um candidato pediátrico a TMO alogênico, o laudo imunogenético detalha a tipificação em nível alélico (alta resolução, por NGS – Nova Geração de Sequenciamento).

Assinale a afirmação correta sobre HLA e TMO.

- (A) A incompatibilidade isolada no loco HLA-DPB1 acarreta invariavelmente perda de enxerto em 100% dos transplantes alogênicos.
- (B) A presença de anticorpos específicos contra antígenos HLA do doador (DSA) no sangue do receptor não interfere na taxa de enxertia de neutrófilos ou plaquetas.
- (C) Os antígenos HLA de Classe II são expressos constitutivamente em todas as células anucleadas do organismo.
- (D) Disparidades nos genes de classe I (HLA-A, -B e -C) e de classe II (HLA-DRB1 e -DQB1) aumentam os riscos de rejeição e DECH.
- (E) Os genes HLA localizam-se no braço longo do cromossomo 21 e apresentam herança estritamente mitocondrial.

25

Um residente de pediatria está passando pelo serviço de TMO, onde decidiu elaborar seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo tema era "Incidência e Fatores de Risco para Reativação de Citomegalovírus (CMV) em Crianças Submetidas a TMO Alogênico: Um Estudo de Coorte Retrospectivo".

Dentre as condutas listadas abaixo, assinale a que corresponde a um procedimento ético e metodologicamente adequado.

- (A) Publicar os dados sem aprovação do CEP, já que se trata de um estudo retrospectivo, com dados de prontuário e que não envolveu diretamente nenhum paciente.
- (B) Excluir do banco de dados os pacientes que foram a óbito precocemente para não distorcer as curvas de incidência do vírus.
- (C) Apresentar o estudo em congresso médico sem citar a afiliação institucional do centro transplantador onde os dados foram gerados.
- (D) Utilizar inteligência artificial generativa para imputar, sem análise de sensibilidade, valores laboratoriais ausentes no prontuário.
- (E) Submeter previamente o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e reportar os resultados seguindo diretrizes consagradas.

26

Uma criança portadora de Leucemia Linfoblástica Aguda tem indicação absoluta de um transplante de medula óssea alogênico. Ela tem dois irmãos consanguíneos. Seu pai já havia morrido; uma genotipagem HLA da mãe, da paciente e dos seus irmãos foi realizada. Os resultados estão mostrados abaixo.

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA				
ESTUDO FAMILIAR COMPARATIVO - GENOTIPAGEM HLA CLASSE I E II (ALTA RESOLUÇÃO)				
Método: Sequenciamento de Nova Geração (NGS) Material: Sangue Total		Dt. Coleta: 03/06/2024 Dt. Laudo: 24/06/2024 14:49 Emissão: 25/06/2024 11:33		
VÍNCULO / PARÂMETRO	PACIENTE (INDEX) RECEPTOR	MÃE	IRMÃO 1	IRMÃO 2
Dados Cadastrais	IDADE / SEXO 8 anos / Masc	IDADE / SEXO 38 anos / Fem	IDADE / SEXO 12 anos / Masc	IDADE / SEXO 14 anos / Masc
Amostra / Pedido	4647785 / 0698751	4647786 / 0698752	4647787 / 0698753	4647788 / 0698754
HLA CLASSE I				
HLA-A*	01:01, 02:01	01:01, 03:01	02:01, 03:01	01:01, 02:01
HLA-B*	08:01, 44:02	07:02, 08:01	07:02, 44:02	08:01, 44:02
HLA-C*	05:01, 07:01	07:01, 07:02	05:01, 07:02	05:01, 07:01
HLA CLASSE II				
HLA-DRB1*	03:01, 04:01	03:01, 15:01	04:01, 15:01	03:01, 04:01
HLA-DQB1*	02:01, 03:02	02:01, 06:02	03:02, 06:02	02:01, 03:02

- Os resultados indicam que
- (A) o irmão número1 é o doador ideal
 - (B) o melhor doador é o irmão número 2
 - (C) nenhum dos dois irmãos tem com compatibilidade HLA aceitável
 - (D) o ideal é um transplante haploidêntico, com células-tronco hematopoieticas doadas pela mãe
 - (E) em face dos resultados das genotipagens HLA da família, a melhor opção é um transplante autólogo.

27

Um lactente está no D+35 pós-TMO alogênico. A monitorização semanal da da carga viral por PCR quantitativo em tempo real para Citomegalovírus (CMV) no sangue revela ascensão rápida de <150 UI/mL para 4.800 UI/mL. A paciente permanece assintomática, sem febre, diarreia, hepatite ou infiltrados pulmonares.

A melhor conduta para o caso é

- (A) aguardar o surgimento de sinais clínicos de acometimento de órgão-alvo (como pneumonia ou colite) antes de intervir com antivirais.
- (B) realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar antes de iniciar qualquer antiviral. .
- (C) iniciar terapia antiviral preventiva com ganciclovir ou valganciclovir intravenoso.
- (D) iniciar aciclovir oral em dose habitual profilática para herpes simples, sem necessidade de monitorar carga viral.
- (E) suspender imediatamente todo o suporte imunossupressor sem associar antivirais.

Oncologia Clínica

28

João, 64 anos, apresenta adenocarcinoma colorretal metastático. O estudo molecular demonstra ausência de mutações em KRAS, NRAS e BRAF, além de estabilidade de microssatélites (MSS). Durante a reunião multidisciplinar, discute-se a associação de terapia-alvo ao esquema quimioterápico.

No caso desse paciente, a característica molecular que torna o bloqueio do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) biologicamente eficaz é

- (A) a estabilidade de microssatélites aumenta a expressão do receptor EGFR.
- (B) a ausência de mutação em BRAF reduz a ativação da angiogênese tumoral.
- (C) o bloqueio do EGFR promove sua ação principalmente sobre células endoteliais.
- (D) a ausência de mutação em KRAS impede o desenvolvimento de resistência secundária ao tratamento.
- (E) a ausência de mutações ativadoras na via RAS mantém a proliferação tumoral dependente da sinalização mediada pelo EGFR.

29

Daniela, 52 anos, é submetida à mastectomia por carcinoma ductal invasivo da mama. O exame anatomopatológico evidencia intensa infiltração de macrófagos associada ao tumor (*Tumor-Associated Macrophages* – TAMs) na periferia da lesão.

Frente ao caso, a função desempenhada pelos TAMs, que contribui diretamente para a progressão da neoplasia, é a

- (A) produção de citocinas pró-inflamatórias responsáveis exclusivamente pela resposta antitumoral.
- (B) indução de apoptose difusa das células neoplásicas por mecanismos dependentes de TNF- α .
- (C) inibição da migração celular por aumento da expressão de moléculas de adesão intercelular.
- (D) ativação predominante da imunidade citotóxica, impedindo a invasão local e a disseminação metastática.
- (E) secreção de citocinas, fatores angiogênicos e metaloproteinases que favorecem remodelamento da matriz extracelular, invasão tumoral e angiogênese.

30

Homem de 61 anos apresenta adenocarcinoma pulmonar metastático. A biópsia fornece pequena quantidade de tecido tumoral, suficiente apenas para um painel molecular abrangente.

Nesse cenário, a abordagem que está mais de acordo com os princípios atuais da medicina de precisão é

- (A) solicitar PET-CT antes da caracterização molecular.
- (B) realizar painel de NGS, permitindo avaliação simultânea de múltiplos biomarcadores.
- (C) iniciar quimioterapia e reservar a avaliação molecular apenas após progressão.
- (D) solicitar sequencialmente testes para cada biomarcador, priorizando os mais prevalentes.
- (E) realizar apenas imunohistoquímica, por apresentar sensibilidade equivalente ao NGS.

31

Mulher de 52 anos apresenta colangiocarcinoma metastático após progressão ao tratamento padrão. O NGS identifica diversas variantes genômicas, das quais apenas uma possui evidência clínica robusta para terapia direcionada.

O conceito que explica essa diferença está no fato de que

- (A) apenas mutações germinativas possuem relevância terapêutica.
- (B) todas as variantes somáticas serem tratadas com terapia-alvo.
- (C) nem toda alteração molecular detectada pelo NGS constituir um biomarcador clinicamente acionável.
- (D) a presença de múltiplas mutações contraindicar tratamento personalizado.
- (E) o significado clínico das variantes depender exclusivamente do tipo histológico.

32

Silvia, 61 anos, é submetida à ressecção de um adenocarcinoma pulmonar. A análise molecular demonstra uma mutação em TP53 presente em praticamente todas as células tumorais, além de múltiplas alterações genéticas adicionais identificadas apenas em diferentes subpopulações celulares. Durante a reunião anatomoclínica, discute-se o significado biológico desse padrão molecular.

Nesse cenário, assinale a opção que apresenta o conceito que explica mais adequadamente esses achados.

- (A) As mutações presentes apenas em subclones correspondem a alterações germinativas.
- (B) Todas as alterações genéticas identificadas apresentam importância equivalente na progressão tumoral.
- (C) A carcinogênese resulta da aquisição simultânea e independente de múltiplas mutações em todas as células.
- (D) A presença de diferentes subclones demonstra estabilidade genômica durante a evolução da neoplasia.
- (E) O tumor apresenta evolução clonal, adquirindo progressivamente novas alterações genéticas em diferentes subpopulações celulares ao longo de sua evolução.

33

Paciente, 45 anos, apresenta carcinoma ductal invasivo HER2 positivo, medindo 5,2 cm (cT3N1M0). A biópsia confirma receptores hormonais negativos. Não há metástases à distância.

No caso descrito, a estratégia terapêutica, que apresenta maior probabilidade de resposta patológica completa antes da cirurgia, é o(a)

- (A) uso de trastuzumabe.
- (B) hormonioterapia neoadjuvante.
- (C) quimioterapia neoadjuvante associada ao bloqueio anti-HER2.
- (D) radioterapia pré-operatória associada ao bloqueio anti-HER2.
- (E) quimioterapia neoadjuvante sem bloqueio anti-HER2.

34

João, 59 anos, é submetido à hemicolectomia direita por adenocarcinoma de cólon. O anatomopatológico demonstra tumor pT4aN0M0, com 27 linfonodos examinados, margens livres, invasão linfovascular presente e diferenciação moderada. O paciente apresenta recuperação pós-operatória satisfatória.

Sobre o caso, assinale a opção que revela a característica de maior impacto na decisão de indicar tratamento sistêmico complementar.

- (A) A análise de número adequado de linfonodos elimina a necessidade de estratificação prognóstica adicional após a cirurgia curativa.
- (B) A invasão da serosa modifica apenas o seguimento clínico, sem influência comprovada na indicação de tratamento complementar.
- (C) A presença de fatores anatomopatológicos associados a maior risco de recorrência deve ser considerada na indicação individualizada de quimioterapia adjuvante.
- (D) A ausência de comprometimento linfonodal exclui benefício potencial da quimioterapia, independentemente da profundidade da invasão tumoral.
- (E) O grau de diferenciação histológica constitui o principal determinante terapêutico nos tumores estágio II, independentemente dos demais achados.

35

Homem de 46 anos apresenta adenocarcinoma de cólon direito. O anatomopatológico demonstra intensa infiltração linfocitária intratumoral. A imunohistoquímica evidencia perda de expressão de MLH1 e PMS2.

Nessa descrição, a síndrome hereditária considerada prioritária na investigação é a

- (A) síndrome de Lynch.
- (B) síndrome de Cowden.
- (C) polipose adenomatosa familiar.
- (D) síndrome de Li-Fraumeni.
- (E) neoplasia endócrina múltipla tipo 2.

36

Homem de 29 anos apresenta sarcoma de partes moles. Seu pai faleceu por glioblastoma, aos 36 anos, e uma irmã teve câncer de mama antes dos 35 anos.

Diante do fato, a alteração genética, que explica mais adequadamente esse padrão familiar, é a mutação germinativa em

- (A) TP53.
- (B) APC.
- (C) RET.
- (D) VHL.
- (E) NF2.

37

Thiago, 64 anos, apresenta adenocarcinoma pulmonar metastático. O NGS não identifica alterações genômicas acionáveis. A imunohistoquímica demonstra elevada expressão de PD-L1. Durante a reunião multidisciplinar, discute-se o fundamento biológico da imunoterapia.

Nesse cenário, o mecanismo que explica o efeito antitumoral dos inibidores de *checkpoint* imunológico é

- (A) a inibição da angiogênese mediada pelo VEGF.
- (B) a ativação direta da apoptose por dano ao DNA tumoral.
- (C) o bloqueio da replicação celular por inibição da topoisomerase.
- (D) o bloqueio de vias inibitórias da ativação linfocitária, restaurando a resposta imune antitumoral.
- (E) a destruição tumoral mediada exclusivamente por células NK.

38

Homem de 60 anos inicia imunoterapia para melanoma metastático. Após oito semanas, a tomografia demonstra aumento discreto das lesões-alvo e surgimento de pequeno foco linfonodal. O paciente permanece assintomático e com melhora do desempenho funcional.

No caso, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) O aumento inicial das lesões representa resistência primária obrigatória.
- (B) O padrão descrito ocorre exclusivamente em tumores hematológicos.
- (C) O surgimento de qualquer nova lesão exclui benefício da imunoterapia.
- (D) O quadro confirma progressão definitiva da doença e contraindica a continuidade da imunoterapia.
- (E) A possibilidade de pseudoprogressão deve ser considerada, correlacionando os achados radiológicos com a evolução clínica antes de definir falha terapêutica.

39

Mulher de 60 anos apresenta adenocarcinoma pulmonar metastático. O painel molecular identifica mutação ativadora em EGFR, enquanto a imunohistoquímica demonstra elevada expressão de PD-L1.

Desse modo, é correto afirmar que o princípio norteador da escolha inicial do tratamento é

- (A) a expressão de PD-L1 invalida o resultado do NGS.
- (B) o tratamento deve ser definido exclusivamente pelo nível de PD-L1.
- (C) a elevada expressão de PD-L1 deve prevalecer sobre qualquer alteração molecular.
- (D) a combinação obrigatória entre imunoterapia e terapia-alvo oferece melhores resultados.
- (E) a presença de um biomarcador molecular preditivo de resposta à terapia-alvo tem prioridade na definição do tratamento inicial.

40

Mulher de 42 anos apresenta carcinoma ductal invasivo da mama (cT2N0M0), RE negativo, RP negativo e HER2 negativo. Em razão da idade precoce e da história familiar de câncer de ovário em sua mãe aos 48 anos, realiza teste genético, que identifica variante patogênica em BRCA1.

Além da predisposição hereditária, a característica biológica do tumor que fundamenta o desenvolvimento de terapias direcionadas para essa população é a

- (A) ativação constitutiva da via PI3K/AKT.
- (B) superexpressão difusa de PD-L1 secundária à perda de BRCA1.
- (C) amplificação obrigatória do HER2 associada à deficiência de BRCA1.
- (D) deficiência de reparar adequadamente quebras de dupla fita do DNA.
- (E) ativação da via RAS/MAPK como mecanismo universal de carcinogênese.

41

Mulher de 49 anos apresenta carcinoma ductal invasivo da mama, RE positivo, RP positivo, HER2 negativo. Após cirurgia com intenção curativa, o anatomopatológico demonstra tumor de 2,4 cm, grau histológico 2, um linfonodo axilar comprometido e margens livres. Não há doença metastática. Durante a discussão do caso, considera-se a utilização de uma assinatura genômica.

No caso, o principal objetivo clínico desse exame é

- (A) substituir a determinação de RE, RP e HER2.
- (B) confirmar o subtipo histológico do carcinoma.
- (C) definir o estadiamento TNM após a cirurgia.
- (D) identificar variantes germinativas associadas à predisposição hereditária
- (E) refinar a estimativa prognóstica e auxiliar na decisão sobre o benefício potencial da quimioterapia adjuvante em pacientes selecionados.

42

Mulher de 60 anos apresenta carcinoma de mama metastático RE positivo, HER2 negativo. Durante a discussão multidisciplinar, considera-se associação de inibidor de CDK4/6 à endocrinoterapia.

Nesse quadro, o mecanismo biológico que fundamenta essa estratégia é o(a)

- (A) bloqueio da angiogênese tumoral.
- (B) ativação da resposta imune adaptativa.
- (C) inibição da transição da fase G1 para S do ciclo celular.
- (D) bloqueio da sinalização mediada pelo HER2.
- (E) indução direta de apoptose por dano ao DNA.

43

Homem de 59 anos, portador de hepatite B crônica desde a juventude, apresenta nódulo hepático de 2,8 cm confirmado como carcinoma hepatocelular. Durante a discussão clínica, um residente questiona por que pacientes com hepatite B podem desenvolver CHC, mesmo na ausência de cirrose.

Como resposta, assinale a afirmativa correta a respeito do mecanismo que melhor explica essa característica.

- (A) O HBV provoca carcinogênese apenas por ativação da via EGFR.
- (B) A carcinogênese depende exclusivamente da mutação germinativa de TP53.
- (C) O HBV induz hiperexpressão obrigatória de PD-L1 em todos os hepatócitos.
- (D) A infecção pelo HBV promove exclusivamente inflamação crônica, sendo a cirrose obrigatória para a carcinogênese.
- (E) O DNA do HBV pode integrar-se ao genoma do hepatócito, favorecendo instabilidade genômica e transformação neoplásica.

44

Homem de 61 anos com cirrose compensada por hepatite C é diagnosticado com carcinoma hepatocelular. Durante a discussão multidisciplinar, um residente afirma que a hepatocarcinogênese resulta da interação entre fatores ambientais e alterações moleculares acumuladas ao longo do tempo.

Nesse caso, a seguinte alteração molecular está entre as mais frequentemente envolvidas no desenvolvimento do CHC:

- (A) amplificação universal de HER2.
- (B) rearranjos de ALK como evento predominante.
- (C) fusão EML4-ALK como alteração mais frequente.
- (D) mutações germinativas em APC como principal mecanismo.
- (E) alterações envolvendo o promotor da TERT, mutações em TP53 e ativação da via Wnt/ β -catenina.

45

Joana, 71 anos, apresenta fraqueza muscular proximal, exantema heliotrópico e pápulas de Gottron. A biópsia muscular confirma dermatomiosite.

Nesse contexto, a interpretação mais adequada reside no fato de que

- (A) a dermatomiosite exclui doença maligna ativa.
- (B) o risco oncológico apresenta-se em pacientes com anticorpo anti-Jo-1.
- (C) a associação com neoplasias limita-se aos tumores hematológicos.
- (D) o rastreamento de neoplasias está indicado com a associação com perda ponderal importante.
- (E) em adultos, pode representar manifestação paraneoplásica e motivar investigação dirigida para neoplasia oculta.

46

Homem de 54 anos apresenta episódios recorrentes de hipoglicemia grave. Durante uma das crises, insulina, peptídeo C e pró-insulina encontram-se reduzidos. A tomografia demonstra volumoso tumor fibroso pleural.

No caso descrito, o mecanismo que explica esse distúrbio é a(o)

- (A) produção ectópica de insulina.
- (B) produção ectópica de glucagon.
- (C) consumo tumoral acelerado de glicose.
- (D) produção ectópica de serotonina.
- (E) produção tumoral de IGF-2 de alto peso molecular.

47

Mulher de 63 anos desenvolve ataxia cerebelar rapidamente progressiva, disartria e nistagmo. A ressonância encefálica não demonstra lesões estruturais. A investigação subsequente identifica carcinoma de ovário.

O mecanismo fisiopatológico que explica mais adequadamente esse quadro é a

- (A) hipoperfusão cerebelar secundária à anemia.
- (B) produção tumoral de citocinas inflamatórias.
- (C) infiltração microscópica do cerebelo por células neoplásicas.
- (D) reação autoimune dirigida contra antígenos neuronais compartilhados pelo tumor.
- (E) toxicidade neurológica causada por mediadores inflamatórios sistêmicos.

48

Homem de 63 anos, em quimioterapia para adenocarcinoma pancreático, procura atendimento por temperatura axilar de 38,5°C. O hemograma demonstra neutrófilos de 180/mm³. Não há foco infeccioso evidente ao exame físico nem em exames de imagem iniciais.

Na descrição do caso, o princípio que justifica a instituição imediata de antibioticoterapia empírica é

- (A) o prognóstico depende exclusivamente da duração da febre.
- (B) a febre frequentemente o único sinal inicial de infecção potencialmente grave.
- (C) a antibioticoterapia deve ser iniciada apenas após identificação microbiológica.
- (D) a ausência de foco reduz significativamente a probabilidade de infecção bacteriana.
- (E) a febre na neutropenia apresenta elevada especificidade para infecção fúngica invasiva.

Oncologia Clínica Pediátrica

49

Homem de 66 anos apresenta adenocarcinoma pancreático metastático. Durante uma reunião científica, discute-se por que KRAS é considerado um dos principais eventos moleculares na carcinogênese pancreática.

Em relação ao KRAS, assinale a afirmativa correta.

- (A) KRAS atua exclusivamente como marcador prognóstico.
- (B) As mutações em KRAS estão restritas à doença metastática.
- (C) As mutações em KRAS ocorrem apenas em tumores hereditários.
- (D) A presença de mutação em KRAS contraindica tratamento sistêmico.
- (E) A ativação de KRAS representa um evento precoce da oncogênese do carcinoma pancreática.

50

Homem de 58 anos foi submetido à hemicolectomia direita por adenocarcinoma de cólon ascendente. O anatomopatológico revelou pT3N1a (1/28 linfonodos), margens livres, ausência de invasão vascular e perineural, tumor MSS. O paciente apresenta excelente performance (ECOG 0). Trinta dias após a cirurgia, realizou dosagem de DNA tumoral circulante (ctDNA), que foi positiva. Não há evidências radiológicas de doença residual.

A conduta mais apropriada, com base nas evidências atuais, é

- (A) considerar que o ctDNA positivo caracteriza doença metastática molecular, devendo iniciar tratamento paliativo.
- (B) associar bevacizumabe ao esquema adjuvante devido ao elevado risco de recorrência determinado pelo ctDNA.
- (C) suspender quimioterapia adjuvante e repetir o ctDNA em três meses, iniciando tratamento apenas se persistir positivo.
- (D) indicar FOLFOX por 6 meses, sendo a positividade do ctDNA um fator prognóstico adverso, mas ainda insuficiente para modificar isoladamente a estratégia terapêutica fora de protocolos clínicos.
- (E) intensificar o tratamento para FOLFIRINOX por 6 meses, uma vez que o ctDNA positivo identifica doença micrometastática comprovada.

51

Homem de 64 anos apresenta melanoma cutâneo BRAF V600E mutado com metástases pulmonares, hepáticas e uma metástase cerebral de 7 mm assintomática. ECOG 0, LDH discretamente elevado e sem necessidade de corticoide.

A estratégia terapêutica inicial que apresenta maior probabilidade de proporcionar resposta duradoura e ganho de sobrevida global é

- (A) nivolumabe associado a ipilimumabe.
- (B) pembrolizumabe em monoterapia.
- (C) dabrafenibe associado a trametinibe.
- (D) radioterapia cerebral seguida de observação clínica.
- (E) quimioterapia com dacarbazina seguida de imunoterapia na progressão.

52

Mulher de 61 anos, nunca tabagista, apresenta adenocarcinoma pulmonar metastático com mutação ativadora em EGFR (deleção do éxon 19). Iniciou osimertinibe como primeira linha, mantendo resposta parcial por 26 meses. Evolui com progressão oligossintomática hepática. Nova biópsia demonstra amplificação de MET, mantendo a mutação original em EGFR.

A abordagem terapêutica mais apropriada é

- (A) repetir biópsia líquida em seis meses antes de modificar o tratamento.
- (B) introduzir imunoterapia anti-PD-1 em monoterapia devido à resistência ao TKI.
- (C) substituir imediatamente o osimertinibe por quimioterapia baseada em platina.
- (D) associar inibidor de MET ao bloqueio do EGFR quando disponível ou em protocolo clínico, por representar mecanismo reconhecido de resistência adquirida.
- (E) acrescentar bevacizumabe ao osimertinibe como estratégia padrão para resistência mediada por MET.

53

Silvia, 70 anos, apresenta carcinoma epidermoide de pulmão, confusão mental, poliúria e cálcio corrigido de 15,2 mg/dL. Durante a discussão fisiopatológica, um residente afirma que a maioria dos casos não decorre de destruição óssea direta.

O mecanismo que responde pela maior parte dos episódios de hipercalcemia associada ao câncer é

- (A) a produção ectópica de ACTH.
- (B) a produção ectópica de calcitonina.
- (C) o hiperparatireoidismo primário desencadeado pelo tumor.
- (D) a hipersecreção de vitamina D por carcinomas epidermoides.
- (E) a produção tumoral de proteína relacionada ao paratormônio (PTHrP).

54

Homem de 66 anos apresenta carcinoma pulmonar de pequenas células com edema facial progressivo, dispneia, circulação venosa colateral torácica e cefaleia.

O seguinte mecanismo explica a maioria das manifestações clínicas:

- (A) Hipertensão arterial pulmonar aguda.
- (B) Hipertensão portal por infiltração hepática.
- (C) Hiperviscosidade decorrente da produção de imunoglobulinas.
- (D) Diminuição do débito cardíaco secundária à compressão miocárdica.
- (E) Aumento da pressão venosa proximal à obstrução, com redução do retorno venoso da cabeça, pescoço e membros superiores.

Pediatria

55

Menino de 3 anos, é encaminhado pelo pediatra pois tem indicação de correção cirúrgica da fimose, após a não resolução com 8 semanas de corticosteroide tópico.

O cirurgião realiza anamnese completa e exame físico minucioso, e propõem a seguinte conduta:

- (A) mais 4 semanas de corticoide, pois 8 semanas é pouco para correção da fimose, pois apresenta fibrose cicatricial.
- (B) mesmo com relato de infecções urinárias de repetição, aguardar mais 1 ano para nova reavaliação, visto que 90% dos casos se resolvem espontaneamente por volta dos 3 anos.
- (C) devido à presença de parafimose, realizar cirurgia de urgência, pois não há manobras para se tentar a redução manual da glândula edemaciada.
- (D) a suspeita é de balanopostite, pênis apresenta vermelhidão, exsudato, irritação e edema, sendo indicado antibiótico, sem correção cirúrgica.
- (E) agendar cirurgia, pois o tratamento sempre é cirúrgico quando há fimose patológica, principalmente por suspeita de balanite xerótica.

56

Escolar de 6 anos com dermatite atópica desde os 6 meses, com lesões frequentes e infecções secundárias com uso de antibiótico 2x/ano, apresenta rinite, parcialmente controlada com corticoide nasal, e asma não controlada em uso de corticoide inalatório e broncodilatador de longa duração (altas doses). No último ano, teve 3 crises de asma com necessidade de corticoide sistêmico, sendo uma das vezes necessária a internação hospitalar por 7 dias. Ige 60 e 280 eosinófilos. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve e prova broncodilatadora negativa.

Por se tratar de uma asma grave com dermatite atópica grave, assinale a afirmativa correta. o menor teria indicação de

- (A) Está indicada imunoterapia para alérgenos específicos.
- (B) Deve-se intensificar hidratação de pele, e associar corticoide sistêmico dose alta diariamente e azitromicina profilática.
- (C) Não há indicação de tratamentos específicos imunobiológicos, pois a IgE é baixa.
- (D) Está indicada a avaliação imunobiológica para asma e dermatite atópica grave com eosinófilos altos.
- (E) Não há necessidade de afastar outros diagnósticos, já que tem história familiar positiva e outras atopias relacionadas.

57

Menina, 6 anos, apresenta manchas hipopigmentadas, de limites imprecisos e formato arredondado ou oval, sem descamação, na face, no pescoço, na parte superior do tronco e nas porções proximais dos braços. Há períodos de exacerbação quando a pele está ressecada e amenização das lesões com uso de emolientes.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) pitíriase alba.
- (B) pitíriase versicolor.
- (C) vitiligo.
- (D) tinea corporis.
- (E) eczema numular.

58

Menina, 2 anos, inicia na madrugada tosse metálica, respiração ruidosa e desconforto respiratório, e é levada imediatamente à emergência. Nega quadro gripal prévio ou febre associada.

Ao exame, apresenta-se assustada, com tosse semelhante a um latido de cachorro e estridor à ausculta.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) larinotraqueobronquite viral.
- (B) crupe espasmódico.
- (C) laringite viral.
- (D) epigloteite.
- (E) traqueíte bacteriana.

59

Menino, 10 anos, apresenta queixa de “manchas pelo corpo”. Refere que há aproximadamente 10 dias percebeu uma lesão arredondada, de coloração rosa, com bordas elevadas em dorso, medindo 10 cm, e que ontem surgiram outras lesões menores, que se disseminaram pelo tronco e porção proximal dos membros. Nega febre associada.

Ao exame, está em bom estado geral, e no dorso, o eixo maior de cada lesão se alinha às linhas de clivagem cutânea, lembrando uma “árvore de Natal”.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) pitíriase rósea.
- (B) eritema multiforme.
- (C) sarampo.
- (D) eczema numular.
- (E) psoríase.

60

Após a punção intraóssea em um lactente, de acordo com o recomendado no suporte avançado de vida pediátrico, para confirmar o posicionamento da agulha, é recomendado observar

- (A) sensação de “perda de resistência” ao atravessar o córtex, refluxo sanguíneo pelo *hub* da agulha, boa velocidade de infusão e radiografia mostrando ponta na cavidade medular.
- (B) refluxo espontâneo de medula óssea, resistência ao avanço da agulha e presença de crepitação óssea durante a inserção e bom fluxo intravenoso.
- (C) ausência de extravasamento de líquido nos tecidos moles adjacentes, frequência cardíaca acima de 100 bpm e melhora clínica imediata após infusão de 2 mL de salina fisiológica.
- (D) estabilidade da agulha no osso, capacidade de aspiração de medula óssea, capacidade de *flush* com solução salina fisiológica e não extravasamento ao redor.
- (E) inserção perpendicular ao osso a 10 mm distal à tuberosidade tibial com profundidade máxima de 5 mm abaixo da superfície cortical e observação de não extravasamento ao redor.

61

Lactente, 8 meses, internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital universitário há 14 dias, evolui com choque séptico refratário, disfunção de múltiplos órgãos e sinais clínicos e eletroencefalográficos de morte encefálica. Ele está acompanhado por sua mãe. O intensivista responsável conversa com os internos e residentes sobre o desfecho.

Considerando o quadro e a importância da comunicação à família, a forma que o médico intensivista responsável deve adotar durante o processo, dentre as opções abaixo, é:

- (A) convidar a família a sentar na sala de reuniões e iniciar a comunicação informando o estado de morte encefálica de maneira objetiva, otimizando o tempo da família, evitando falsas expectativas e ao final indagar sobre dúvidas.
- (B) convidar a família para conversa, em sala reservada, avaliar compreensão sobre a gravidade, explicar o quadro evolutivo, informar plano de cuidado atual, no ritmo de assimilação da família, dando espaço para dúvidas e legitimando as reações
- (C) informar ao médico residente sobre a responsabilidade de transmitir notícias difíceis como aprendizagem e solicitar que ele exerça essa habilidade, informando aos familiares sobre o estado da criança e em caso de dúvida o chame.
- (D) reunir família com equipe responsável pelo cuidado, em roda de conversa, detalhar os escores de gravidade e medidas adotadas com base científica, permitir que todos emitam suas impressões mitigando questões éticas e emocionais.
- (E) conversar com a responsável junto ao paciente, dando conforto, informar gravidade do quadro, medidas que foram adotadas, legitimar esperança para o quadro, reforçar que há crianças tão ou mais graves internadas e que não está sozinha.

62

Adolescente, pardo, 13 anos e 8 meses, está preocupado por ser mais baixo que os colegas. Nasceu a termo, sem intercorrências perinatais e saudável até o momento. Pai 1,72m, "cresceu tarde", com estatura final aos 18 anos. Mãe 1,60 m. Exame físico: Peso 42 kg, Estatura 1,48 m (percentil < 3 para idade) velocidade de crescimento 5,2 cm/ano; testículos 9 mL bilateralmente (orquímetro de Prader), esparsos pelos pubianos e finos, localizados principalmente na base do pênis, ausência de pelos axilares e de pelos faciais. Idade óssea (radiografia dos punhos) 11,5 anos. Laboratório: IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1) normal para idade óssea; TSH (hormônio estimulante da tireoide) e T4 livre normais; hemograma e bioquímica sérica normais. Considerando esses dados, assinale a opção correta sobre o estágio de Tanner, o diagnóstico mais provável e a orientação na conduta.

- (A) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é atraso constitucional do crescimento, variante fisiológica mais comum do atraso puberal em meninos. A conduta é seguimento clínico e da velocidade de crescimento e tranquilizar a família pois estatura alvo é favorável.
- (B) G2 / P2. O diagnóstico mais provável é deficiência do hormônio do crescimento (GH). A conduta indicada é a dosagem do GH basal, início imediato de reposição hormonal com somatotropina e atividade física regular.
- (C) G2 / P1. O diagnóstico mais provável é hipogonadismo hipogonadotrófico, pela idade óssea atrasada > 2 anos em relação à cronológica. A conduta é a realização de teste de estimulação com GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) para confirmação diagnóstica.
- (D) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é puberdade tardia secundária a doença sistêmica crônica. A conduta é a realização de rastreio de anemia, função renal, distúrbios metabólicos, doença celíaca e doença inflamatória intestinal, antes de qualquer investigação endócrina.
- (E) G4 / P3. A janela diagnóstica foi perdida visto estar em estágio avançado da puberdade. Não há indicação para investigação adicional de imagem e laboratorial para baixa estatura, cabendo orientação familiar e decisão compartilhada sobre avaliação especializada.

63

Recém-nascido a termo, sexo masculino, APGAR 6-9, apresenta desconforto respiratório progressivo iniciado ainda na sala de parto. As ultrassonografias obstétricas demonstravam polidramnia.

Na UTI neonatal, a hipótese diagnóstica mais provável foi da presença de

- (A) doença da membrana hialina.
- (B) taquipneia transitória do RN.
- (C) fístula traqueoesofágica.
- (D) cisto broncogênico.
- (E) eventração diafragmática.

64

Lactente, 9 meses, sexo masculino, ao nascer, apresentou eliminação de mecônio após 48 horas de nascido. Desde então, têm episódios de distensão abdominal, vômitos biliosos e constipação. A família procura atendimento médico, pois o paciente não está ganhando peso e crescendo de forma adequada, apesar do desenvolvimento cognitivo normal.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) constipação funcional.
- (B) doença de Hirschprung.
- (C) atresia anorretal baixa.
- (D) gastroenterite eosinofílica.
- (E) hipopireoidismo congênito.

65

Lactente, 7 meses, sexo feminino, iniciou quadro de vômitos e placas avermelhadas pelo corpo após a segunda ingesta de leite integral.

Com base nesse quadro, é correto afirmar que

- (A) sintomas respiratórios isolados são bastante frequentes.
- (B) fórmulas à base de aminoácidos tem maior risco de urticária e anafilaxia.
- (C) em alguns casos, fórmulas extensamente hidrolizadas são toleradas.
- (D) deve haver suspensão de qualquer fórmula que contenha lactose.
- (E) fórmulas poliméricas à base de soro e caseína do leite de vaca são recomendadas.

66

Menina de 12 anos chega na emergência com o pai, com cansaço e com respiração rápida. O pai refere que a menor estava passando férias com os avós nos últimos 15 dias, tendo retornado hoje, cansada e emagrecida (perda de 4 kg), queixando-se de vômitos e dores abdominais. Refere também que, segundo os avós, ela tem demonstrado um apetite voraz e urinado muito na última semana.

Após exame físico, colhe-se imediatamente a glicemia e gasometria: glicose 430 mg/dL, pH 7,2, bicarbonato 13 mEq/L. Rapidamente, inicia-se o tratamento de cetoacidose diabética.

Sobre os cuidados que devem ser tomados no manejo dessa emergência, está correto afirmar que

- (A) a reposição de fósforo deve ser realizada sempre que ele estiver abaixo de 3,0 mg/dL.
- (B) se a glicemia estiver abaixo de 250 mg/dL, mas a paciente mantém acidose metabólica, a reposição contínua de insulina deve ser mantida, ajustando-se a oferta de glicose no soro.
- (C) mesmo que o paciente esteja estável e a acidose corrigida, a alimentação oral não pode ser feita se glicemia > 250.
- (D) a correção com insulina endovenosa deve ser mantida e sem oferta de glicose, até que a acidose seja corrigida, independentemente do valor da glicemia.
- (E) a insulina regular SC (a cada 4 horas) somente pode ser aplicada se a glicemia estiver abaixo de 200, mesmo que a acidose tenha sido corrigida.

67

As dores abdominais na pediatria comumente não estão relacionados a problemas orgânicos. Entretanto, uma queixa de dor abdominal de início súbito, intenso e sem relação com trauma, necessita avaliação médica imediata por suspeita de abdome agudo.

Considerando as principais causas de abdome agudo na população pediátrica, assinale a afirmativa incorreta.

- (A) Dores abdominais associadas a cólicas intermitentes, vômitos biliosos e eliminação de sangue nas fezes são sintomas presentes nos quadros de intussuscepção intestinal.
- (B) A ausência dos sinais de Blumberg e/ou Rovsing afasta a suspeita de apendicite aguda em pacientes com febre, vômitos e dor periumbilical que irradia para quadrante inferior direito.
- (C) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita do trato gastrointestinal mais frequente, cuja enterorragia é uma manifestação comum.
- (D) A hérnia inguinal tem maior incidência no sexo masculino em seu primeiro ano de vida e pode cursar com encarceramento; sua correção é uma das cirurgias mais comuns no lactente.
- (E) No recém-nascido, a estenose hipertrófica do piloro pode levar a vômitos de leite não ingeridos e palpação de tumorção (oliva).

68

Menina de 18 meses chega acompanhada da avó devido a hematoma em tórax, com dificuldade de respirar ou de chorar. No exame, apresenta sensibilidade ao toque. Segundo a avó, a menor tentou sair sozinha do berço e caiu no chão. A radiografia evidencia uma fratura de costela.

A seguinte conduta deve então ser feita:

- (A) Analgesia para dor e liberação da menor com a avó, com orientações sobre quedas.
- (B) Deve-se afastar a avó da criança imediatamente e solicitar exames para confirmar a suspeita de maus tratos que causem danos físicos tais como fraturas em diferentes estágios de cicatrização.
- (C) Por ser pequena, a redução da fratura está indicada, mas precisa da autorização de um dos pais para isso.
- (D) Somente deve-se notificar o Conselho Tutelar se houver confirmação da suspeita de maus tratos.
- (E) Deve-se solicitar a presença dos responsáveis, afastar outras causas para a fratura, solicitar exames de imagem e notificar o Conselho Tutelar.

69

Lactente masculino, 12 meses, está em tratamento para otite média aguda com amoxicilina oral, há 72 horas, sem melhora dos sintomas, surgindo abaulamento em região retroauricular à esquerda.

Na suspeita de mastoidite aguda, o exame complementar que pode auxiliar a confirmação do diagnóstico é a

- (A) radiografia de mastoide.
- (B) ultrassonografia de mastoide.
- (C) tomografia computadorizada do osso temporal.
- (D) tomografia computadorizada de crânio com contraste.
- (E) angiotomografia de crânio.

70

Menino, 3 anos, apresenta episódios de crises convulsivas de início aos 2 anos de idade, atônicas, que provocam quedas durante o período de vigília, crises de ausência e crises tônicas durante o sono. Há atraso de desenvolvimento associado.

Assinale a opção correta em relação à principal hipótese diagnóstica e aos achados no eletroencefalograma (EEG) do caso.

- (A) Síndrome de Lennox-Gastaut; EEG com complexos ponta-onda lenta e surtos de polipontas durante o sono.
- (B) Síndrome de Janz; EEG com descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (C) Síndrome de West; EEG com hipsiarritmia e descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (D) Síndrome de Landau-Kleffner; EEG com descargas de ponta-onda de alta amplitude, que tendem a ser bitemporais.
- (E) Crise de ausência típica; EEG com descargas de ponta-onda lenta durante hiperventilação.

71

Recém-nascida (RN), a termo, 2º dia de vida, apresenta linfedema dorsal de mãos e pés, pescoço alado, implantação baixa de cabelos na nuca, hipertelorismo mamilar e sopro sistólico no foco aórtico. De acordo com o fenótipo sugestivo, foi solicitado cariótipo.

Sobre a principal hipótese, é correto afirmar que

- (A) cursa com puberdade precoce e falha no crescimento e desenvolvimento.
- (B) a malformação cardiovascular mais frequente é a coarctação da válvula aorta.
- (C) o cariótipo mais provável é o 46,XX, considerando ser RN do sexo feminino.
- (D) a cardiopatia manifesta-se clinicamente mais tardiamente e requer cirurgia após os dois anos.
- (E) o rim em ferradura e as malformações do sistema coletor são as anomalias renais mais prevalentes.

72

Pré-escolar, 2 anos, 12 kg, é internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por pneumonia e derrame pleural. Está taquipneica, vomitou um pouco, está hidratada e com diurese e função renal preservadas. A equipe indicou hidratação venosa de manutenção pela Regra de volume de Holliday-Segar.

A taxa de infusão mais adequada nas primeiras 24 horas é de

- (A) 40 mL/h
- (B) 45 mL/h
- (C) 50 mL/h
- (D) 55 mL/h
- (E) 60 mL/h

73

Adolescente, 13 anos, sexo masculino, apresenta tosse persistente há doze dias. Relata febre esporádica e pouca secreção. Seu médico, após examiná-lo, prescreveu azitromicina por cinco dias e broncodilatador, em caso de tosse intensa. Não houve melhora. Moram em área urbana, sem animais domésticos, mas bem próximo à região com floresta, com contato íntimo com pássaros locais. O pai procurou o pronto-atendimento, sendo realizada radiografia de tórax com pequeno nódulo (1 cm de diâmetro), não calcificado, no hemitórax direito. Ultrassonografia abdominal com fígado e baço de tamanho normal, sem linfadenomegalias. Prova tuberculínica – 4mm. Nega contato com pessoas com tosse crônica.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) paracoccidioidomicose.
- (C) histoplasmose.
- (D) neuroblastoma.
- (E) esporotricose.

74

Adolescente, 17 anos, sexo masculino, com asma em remissão clínica desde os oito anos, está em início de quadro de desconforto respiratório, após passar o final de semana com outros adolescentes. Apresenta tosse, respira rápido e tem dor torácica. Faz uso de broncodilatador, sem melhora. Como iniciou quadro de vômitos e dor abdominal, os pais o levaram ao hospital, sendo indicada internação. Quando perguntado, o jovem refere ter feito uso de dispositivo eletrônico de fumar. Nega contato com outras pessoas com quadro respiratório. Tem esquema vacinal completo.

Em relação ao quadro descrito, na internação e/ou no momento da alta hospitalar, espera-se encontrar

- (A) leucopenia com linfocitose, PCR e VHS elevados.
- (B) redução da capacidade de difusão de monóxido de carbono.
- (C) macrófagos com hemossiderina na broncoscopia.
- (D) condensações subpleurais bilaterais.
- (E) espirometria forçada dentro da normalidade.

75

Lactente feminino, de 8 meses, inicia quadro de febre a 5 dias (temperatura máxima 38,5°C), irritabilidade e vômitos (5x/dia), diminuição do volume urinário. Discreta coriza. Nega diarreia, mialgia e outros sintomas.

Exame físico: febre 39°C, sinais de desidratação, aparelho respiratório, cardiovascular e abdome sem alterações.

Nesse caso, podemos excluir a possibilidade de infecção do trato urinário (ITU) se

- (A) a presença de sinais respiratórios já exclui essa possibilidade.
- (B) se EAS apresentar nitrito negativo, podemos desconsiderar a possibilidade de ITU.
- (C) caso seja EAS inespecífico, podemos realizar a urinocultura por saco coletor e liberar para aguardar o resultado para avaliar o tratamento.
- (D) se EAS sugestivo, solicitar urinocultura por cateterismo e iniciar antibiótico empírico hospitalar.
- (E) se nitrito + associado a piúria e esterase leucocitária, iniciar imediatamente amoxicilina com clavulanato, sem outros exames.

76

Menina de 8 anos, é trazido ao ambulatório pois a mãe esta muito preocupada com seu rendimento escolar, quem vem piorado nos últimos 2 anos. Esse ano passou a ter alguns episódios de raiva, mas em outros momentos apresenta crises de risos sem motivo. Nega qualquer mudança no ambiente escolar ou familiar. Durante a consulta percebe-se que a menor esta da altura da mãe. Ao questionar, ela refere que a criança iniciou surgimento de brotos mamários aos 6 anos e aos 7 anos surgimento de pelagem em genitália, mas que ela também teve desenvolvimento puberal muito cedo.

No exame, você observa estadiamento de Tanner M3P3, presença de pelos axilares, pele oleosa com acne, sem outras alterações. Na avaliação do gráfico do crescimento, observa uma velocidade de crescimento de 10 cm no último ano. A mãe trouxe consigo os seguintes resultados de exames solicitado pela médica na última consulta: Idade óssea 11,5 anos; FSH = 5,0 mUI/mL (vr: < 2,0 mUI/mL); LH = 4,0 mUI/mL (vr: < 0,3 mUI/mL); estradiol = 25 pg/mL (vr: < 15 pg/mL); T4 Livre = 1,0 ng/dL (vr: 0,8 a 1,7ng/dL); TSH = 2,0 mUI/L (vr: 0,53 a 4,5 mUI/L).

Sobre a provável causa da puberdade precoce, é correto suspeitar de

- (A) adrenarca prematura.
- (B) síndrome de McCune Albright.
- (C) hamartoma hipotalâmico.
- (D) telarca prematura.
- (E) hiperplasia congênita de suprarenal.

77

Lactente de 6 meses, masculino, com Síndrome de Down, é trazido à primeira consulta na Pediatria para acompanhamento. O médico solicita, dentre outros exames, um hemograma completo.

Considerando esse quadro, uma justificativa para a solicitação do hemograma se baseia no risco desse paciente desenvolver, nos primeiros três anos de vida, o seguinte tipo de neoplasia:

- (A) leucemia mieloide aguda.
- (B) linfoma não Hodgkin.
- (C) leucemia mieloide crônica.
- (D) linfoma de Hodgkin.
- (E) câncer de testículo.

78

Lactente, com bebê em aleitamento materno exclusivo, em função de alto risco à criança, não deve fazer uso, nesse momento, de

- (A) Nortriptilina.
- (B) Sertralina.
- (C) Paroxetina.
- (D) Carbonato de lítio.
- (E) Oxalato de escitalopram.

79

Lactente, 9 meses, sexo feminino, é trazida à consulta de puericultura. O calendário vacinal está incompleto, com nenhuma dose anti-influenza.

A criança é encaminhada para a Clínica da Família, onde deverá ser tomada a seguinte conduta:

- (A) como está fora da sazonalidade, os pais devem retornar no próximo ano.
- (B) seja qual for o mês, será administrada uma dose única anual de 0,25 mL.
- (C) serão aplicadas duas doses de 0,5mL, com dois meses de intervalo.
- (D) receberá uma dose de 0,25mL, devendo retornar em 1 mês para outra dose.
- (E) será administrada uma dose de 0,5mL, sem necessidade de nova dose.

80

Pré-escolar, 4 anos, sexo masculino, é levado ao pronto atendimento porque acordou com manchas vermelhas pelo corpo. A mãe refere febre e diminuição de ingesta alimentar há 72 horas. Calendário vacinal em dia.

Ao exame: BEG. Febril (TAX = 38,7 °C). Pequenos pontos avermelhados no palato. Língua com um aspecto avermelhado. Discreta palidez perioral. Pele com manchas vermelhas puntiformes com um aspecto áspero, semelhante à "lixa", mais escuras e intensas nas dobras da pele.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, além da prescrição de antitérmicos, em caso de febre, é correto afirmar que

- (A) a conduta é expectante uma vez que o quadro é autolimitado e benigno.
- (B) como a criança está vacinada, não há necessidade do uso de medicamento.
- (C) deve-se alertar as gestantes que tenham tido contato recente com a criança.
- (D) o uso de anti-histamínicos para o prurido é o único tratamento recomendado.
- (E) antibioticoterapia deve ser iniciada visando à prevenção de complicações.

Realização

