



EDITAL Nº 01/2025

DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 08

MÉDICO I **(Hematologia Pediátrica)**

01.	C	11.	E	21.	D
02.	B	12.	B	22.	C
03.	A	13.	C	23.	A
04.	B	14.	A	24.	D
05.	B	15.	D	25.	B
06.	C	16.	C		
07.	B	17.	C		
08.	E	18.	E		
09.	B	19.	D		
10.	A	20.	B		

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2025

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 08 - MÉDICO I
(Hematologia Pediátrica)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Faça hoje o que vai te dar orgulho amanhã.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.



INSTRUÇÕES



- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame, portar relógios**, armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

01. Um menino de 5 anos, previamente hígido, é diagnosticado com linfoma de Burkitt abdominal. Antes do início da quimioterapia, exames laboratoriais mostram ácido úrico sérico elevado, creatinina discretamente aumentada e eletrólitos normais.

Qual das seguintes afirmativas está correta em relação ao manejo da síndrome de lise tumoral (SLT)?

- (A) A alcalinização urinária é recomendada para a prevenção da precipitação do ácido úrico nos rins e da nefropatia por fosfato de cálcio.
- (B) Pacientes de baixo risco de SLT devem receber alopurinol profilaticamente e a dosagem ajustada conforme a função renal.
- (C) Rasburicase converte o ácido úrico em alantoína e é indicada para pacientes de alto risco.
- (D) Alopurinol deve ser evitado em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) devido ao risco de hemólise grave.
- (E) O alopurinol atua ativando a xantina oxidase e aumentando a conversão da hipoxantina em xantina para reduzir a produção de ácido úrico.

02. Uma menina de 4 anos foi diagnosticada com leucemia linfóide aguda (LLA) de linhagem B. Exames citogenéticos revelaram ausência de translocação t(9;22), cariótipo normal e contagem de leucócitos acima de 32.000/mm³ no momento do diagnóstico. Após a indução, a resposta à medida doença residual mínima (DRM) por citometria foi ainda detectável, mas negativa após término da consolidação, cerca de 12 semanas de tratamento.

Com base nos critérios de estratificação atuais de risco na LLA pediátrica, qual das seguintes afirmativas é a correta?

- (A) A paciente apresenta fatores de alto risco, sendo candidata ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (HCT) na primeira remissão.
- (B) A persistência da DRM ao final da indução, seguida de negatificação, indica um risco intermediário, o que pode justificar uma intensificação da quimioterapia sem a necessidade de HCT.
- (C) A presença da translocação t(9;22) ou hipodiploidia com menos de 44 cromossomos é determinante para a indicação de HCT, independentemente da resposta inicial ao tratamento.
- (D) A negatificação da DRM após a consolidação anula o impacto prognóstico da resposta lenta na indução, classificando a paciente como de baixo risco.
- (E) A avaliação de DRM tem valor prognóstico apenas quando positiva após o dia 78 do tratamento, não sendo relevante para decisões antes desse período.

03. Um menino de 7 anos foi diagnosticado com leucemia linfóide aguda (LLA) de linhagem B, sem alterações citogenéticas de alto risco. Após indução e consolidação, alcançou a primeira remissão completa (CR1), mas apresentou recidiva medular 14 meses após o término da terapia de indução. Nova indução foi realizada, e ele atingiu segunda remissão completa (CR2), porém com detecção de doença residual mínima (DRM) positiva em níveis baixos antes do transplante de medula óssea (TMO) alogênico.

O paciente recebeu um transplante de um doador haploidentico, com células-tronco obtidas da medula óssea, e foi submetido a um regime de condicionamento mieloablativo com irradiação corporal total (TBI). O doador tinha idade inferior a 10 anos e sorologia negativa para citomegalovírus (CMV), enquanto o paciente era CMV-positivo. Após seis meses do TMO, exames de acompanhamento indicam sinais precoces de recidiva hematológica.

Com base no cenário descrito, qual dos seguintes fatores foi mais fortemente associado ao risco de recaída pós-TMO nesse paciente?

- (A) Detecção de doença residual mínima (DRM) antes do TMO.
- (B) Uso de um doador haploidentico.
- (C) Utilização de células-tronco provenientes da medula óssea em vez de do sangue periférico.
- (D) Condicionamento não mieloablativo com irradiação corporal total (TBI).
- (E) Doador com idade inferior a 10 anos.

04. Uma menina de 6 anos foi encaminhada para avaliação de anemia identificada em um exame de rotina. Sua mãe relata que a criança apresenta cansaço fácil e palidez progressiva há alguns meses. A dieta da paciente é predominantemente vegetariana, com baixa ingestão de carne vermelha.

Os exames laboratoriais revelam

Hemoglobina: 9,2 g/dL (VN: 11,5-15,5 g/dL)
 VCM: 68 fL (VN: 77-95 fL)
 Ferritina: 8 ng/mL (VN: 15-200 ng/mL)
 Saturação de transferrina: 12% (VN: 20-50%)
 RDW: aumentado
 PCR: normal

A paciente recebe suplementação oral de sulfato ferroso, porém, após três meses de tratamento, apresenta resposta hematológica insatisfatória. Uma investigação mais detalhada é realizada, e testes adicionais revelam pH duodenal elevado e deficiência de ácido gástrico.

Com base no caso apresentado, qual o principal fator responsável pela má absorção do ferro e pela falha terapêutica?

- (A) Baixa ingestão de carne vermelha.
- (B) Deficiência de ácido gástrico.
- (C) Presença de fitatos na dieta.
- (D) Mutação no gene *SLC40A1* (ferroportina).
- (E) Níveis elevados de hepcidina.

05. Uma criança de 8 anos, diagnosticada com leucemia linfóide aguda (LLA) de alto risco, foi submetida a um transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de um doador não aparentado 10/10 compatível, após um regime de condicionamento mieloablativo. A profilaxia para doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) foi realizada com ciclosporina e metotrexato.

No 36º dia pós-transplante, a criança desenvolve *rash* maculopapular acometendo 40% da superfície corporal, acompanhado de diarreia de 1.300 mL/m²/dia e náuseas persistentes, com biópsia duodenal confirmando DECH entérica. Os níveis séricos de bilirrubina permanecem normais.

Com base nos critérios modificados de Glucksberg para classificação da DECH aguda, qual é o grau da DECH neste paciente e qual a melhor conduta inicial?

- (A) DECH grau I – acompanhar clinicamente e manter imunossupressão padrão.
- (B) DECH grau III – iniciar corticosteroide sistêmico (prednisona 2 mg/kg/dia).
- (C) DECH grau III – associar corticosteroide e considerar inibidores de JAK.
- (D) DECH grau IV – iniciar imunossupressão intensiva com pulso de corticosteroide (metilprednisolona 30 mg/kg/dia).
- (E) DECH grau II – intensificar profilaxia com imunoglobulina antitimócito.

06. Paciente do sexo feminino, 17 anos, com diagnóstico de anemia aplástica muito severa, será submetida a transplante de células-tronco hematopoiéticas com doador aparentado, HLA 100% compatível. Qual é a melhor fonte de células-tronco para a realização do procedimento?

- (A) Célula-tronco periférica.
- (B) Cordão umbilical.
- (C) Medula óssea.
- (D) Medula óssea + célula-tronco periférica.
- (E) Medula óssea + cordão umbilical.

07. Qual sítio, mesmo acometido levemente por DECH crônica, coloca o paciente em um escore moderado de gravidade segundo o NHS 2014?

- (A) Fígado.
- (B) Pulmão.
- (C) Pele.
- (D) Trato gastrointestinal.
- (E) Cavidade oral.

08. Qual teste deve um investigador usar para comparar a efetividade de dois tratamentos em prolongar a vida ou reduzir a fase sintomática da doença?

- (A) Teste T-student.
- (B) Teste do qui-quadrado.
- (C) Teste exato de Fisher.
- (D) Coeficiente de correlação.
- (E) Análise de sobrevivência.

09. Em relação à doença de Hodgkin, qual das drogas abaixo deve ser suspensa pelo paciente por um período de 2 meses antes de realizar o transplante de células-tronco hematopoiéticas, devido ao risco de desenvolver doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) aguda grave?

- (A) Ruxolitinibe.
- (B) Pembrolizumabe.
- (C) Gencitabina.
- (D) Alentuzumabe.
- (E) Brentuximabe.

10. Qual das seguintes alterações moleculares caracteriza um pior prognóstico nos pacientes com síndrome mielodisplásica (SMD)?

- (A) TP53.
- (B) NPM1.
- (C) JK2.
- (D) FLT3.
- (E) PDGF.

11. Assinale a alternativa que **NÃO** apresenta uma atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS).

- (A) Participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
- (B) Vigilância nutricional e orientação alimentar.
- (C) Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- (D) Formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde.
- (E) Execução de políticas relacionadas à educação infantil.

12. Sobre as síndromes de falência medular hereditária (SFMH), assinale a alternativa correta.

- (A) A disceratose congênita é caracterizada por hiperpigmentação reticular da pele, leucoplasia e aplasia medular, sendo causada por alongamento dos telômeros.
- (B) A presença de alterações clonais envolvendo os cromossomos 3 e 7 na anemia de Fanconi está associada a pior prognóstico, indicando risco aumentado para mielodisplasia ou leucemia.
- (C) A púrpura amegacariocítica congênita se caracteriza por pancitopenia grave desde o nascimento, com disfunção hematopoiética global.
- (D) O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) na anemia de Fanconi deve ser reservado aos pacientes com sobrecarga de ferro.
- (E) Timoglobulina e eltrombopag devem ser utilizados como tratamento de primeira linha.

13. Sobre pacientes com betatalassemia, é correto afirmar que

- (A) hipocromia e microcitose são secundárias a defeito de membrana das hemácias.
- (B) a capacidade de transporte de oxigênio pelas hemácias é normal.
- (C) transplante alogênico de medula óssea, quando indicado, requer pré-fase de mielossupressão para redução de risco de falha de enxertia.
- (D) a hiperplasia eritroide protege os pacientes de necessidade transfusional.
- (E) quelação de ferro não altera a sobrevivência dos pacientes dependentes transfusionais.

14. Sobre os linfomas não Hodgkin (LNH) na infância, assinale a afirmativa correta.

- (A) Estados de imunodeficiência hereditária ou adquirida aumentam o risco para desenvolvimento de LNH.
- (B) Massa pélvica é a apresentação mais frequente do linfoma linfoblástico de células T hiperleucocitário.
- (C) Linfoma de Burkitt tem curso indolente e baixo risco de ocorrência de síndrome de lise tumoral.
- (D) Os protocolos quimioterápicos de primeira linha são baseados em citarabina em altas doses.
- (E) Síndrome de veia cava superior é mais frequente nos linfomas linfoblásticos de células B com massa de mediastino posterior.

15. Conforme as alternativas abaixo, qual paciente tem indicação de ser submetido a transplante alogênico de medula óssea neste momento?

- (A) Paciente de 5 anos de idade, com leucemia linfoblástica de linhagem B, com 1.700 blastos em sangue periférico no dia 8 e imunofenotipagem de medula óssea no dia 15 da indução com 15% de blastos, atualmente no dia 28 da mesma fase, pois se trata de doença de alto risco de recidiva. Tem irmão haploidentico.
- (B) Paciente com 3 anos de idade, diagnóstico de doença granulomatosa crônica, sem internação hospitalar nos últimos 12 meses, com nódulos pulmonares de 1,1, 1,3 e 0,8 cm, estáveis, e boa adesão às profilaxias antimicrobianas. Tem doador não aparentado 100% compatível.
- (C) Paciente de 4 anos, sem citopenias no hemograma, com telômeros curtos identificados durante investigação familiar, após óbito de seu primo em primeiro grau por disceratose congênita, aos 26 anos, por complicações de fibrose pulmonar. Seu irmão é 100% compatível.
- (D) Menina de 5 anos, com citopenias moderadas, necessidade transfusional de concentrado de hemácias a cada 30 dias e de plaquetas antes de exames invasivos. Tem rins em ferradura, baixa estatura, hipoacusia e anormalidades de polegares. Cariótipo com aumento do número de quebras cromossômicas. Tem doador não aparentado 100% compatível.
- (E) Paciente com adrenoleucodistrofia ligada ao X, com comprometimento neurológico grave, escore de LOES 15. Tem irmão 100% compatível.

16. Sobre a trombocitopenia com ausência de rádio (TAR), qual a alternativa correta?

- (A) É caracterizada por trombocitopenia hipomegacariocítica e hipoplasia radial unilateral com presença de polegares.
- (B) Comumente os pacientes portadores de TAR apresentam alteração em outras linhagens sanguíneas.
- (C) Pacientes portadores de TAR têm sabidamente associação com alergia à proteína de vaca.
- (D) Uma das estratégias terapêuticas é o uso de corticoides em altas doses.
- (E) Não é comum haver aumento da contagem plaquetária à medida que a criança for envelhecendo.

17. Qual das alternativas abaixo **NÃO** apresenta uma manifestação clínica de púrpura trombocitopênica idiopática na infância?

- (A) A grande maioria das crianças entra em remissão da doença sem necessidade de intervenção medicamentosa.
- (B) O quadro clínico característico é surgimento abrupto de hematomas e petéquias em indivíduo previamente hígido.
- (C) Existe uma prevalência aumentada da doença em pacientes do sexo feminino.
- (D) A contagem de plaquetas, por si só, não é preditora da gravidade dos sintomas de sangramento.
- (E) Não é necessário realizar biópsia de medula óssea como exame fundamental para o diagnóstico da doença.

18. Considere as afirmações abaixo sobre refratariedade plaquetária a transfusões de plaquetas.

- I - Existem causas imunes e não imunes para refratariedade plaquetária. Entre as não imunes, as mais comuns são esplenomegalia, coagulação intravascular disseminada e febre.
- II - Para avaliação da refratariedade, é de suma importância o uso do cálculo de incremento corrigido (CIC). Nesse cálculo, variáveis como níveis de plaquetas pré e pós-transfusão são utilizadas.
- III- Quando paciente que tem suspeita de refratariedade plaquetária apresenta um CIC > 5.000, provavelmente a causa da refratariedade seja não imune.

Quais estão corretas?

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

19. Uma criança de 7 anos, portadora de anemia falciforme, chega ao serviço de emergência com queixa de dor torácica súbita, febre de 38,5° C, tosse produtiva e dificuldade respiratória com saturação de oxigênio em 91% em ar ambiente. Ao exame físico, nota-se crepitação pulmonar em base esquerda e taquipneia. A radiografia de tórax evidencia opacidades pulmonares em lobo inferior esquerdo. O diagnóstico provável é síndrome torácica aguda (STA), uma complicação grave da anemia falciforme.

Diante desse quadro clínico, qual a melhor conduta inicial?

- (A) Administrar antitérmicos e iniciar com cefalosporina de segunda geração e macrolídeos.
- (B) Realizar reposição volêmica vigorosa com cristaloídes, iniciar analgésicos e prescrever antibióticos em regime ambulatorial.
- (C) Evitar a transfusão sanguínea e administrar apenas broncodilatadores.
- (D) Iniciar suporte de oxigênio, analgesia adequada, antibióticos de amplo espectro associado a cobertura para germes atípicos e considerar transfusão sanguínea.
- (E) Priorizar suporte ventilatório sem intervenção medicamentosa inicial.

20. Em relação à anemia hemolítica do recém-nascido, é correto afirmar que

- (A) a incompatibilidade ABO é mais grave que a incompatibilidade Rh, frequentemente levando a anemias graves e hidropsia fetal.
- (B) pode resultar em hiperbilirrubinemia indireta devido à destruição acelerada de hemácias pelo sistema imune materno.
- (C) a profilaxia com imunoglobulina anti-D não tem eficácia em mulheres Rh-negativas e deve ser evitada.
- (D) o teste de Coombs direto negativo confirma a ausência de hemólise imunomediada.
- (E) os recém-nascidos com anemia hemolítica não apresentam risco de kernicterus, independentemente dos níveis de bilirrubina.

21. Um menino de 8 anos, portador de anemia falciforme, apresenta uma crise aguda acompanhada de agravamento do quadro de anemia, necessitando de transfusão sanguínea para evitar complicações graves e risco à vida. No entanto, os pais, membros da comunidade das testemunhas de Jeová, manifestam veemente recusa à transfusão, fundamentando sua decisão em convicções religiosas. Diante desse cenário, considerando os princípios bioéticos e as diretrizes legais discutidas por Goldim (*Transfusão de sangue em testemunhas de Jeová*), qual a conduta eticamente adequada a ser adotada pelo médico?

- (A) Respeitar a decisão dos pais e não realizar a transfusão, mesmo diante do risco iminente de morte do paciente.
- (B) Iniciar o tratamento clínico alternativo e aguardar uma eventual mudança de posicionamento dos pais, mesmo que isso possa comprometer a eficácia do tratamento.
- (C) Realizar a transfusão imediatamente, sem buscar qualquer autorização ou respaldo legal, justificando a urgência do procedimento.
- (D) Solicitar autorização judicial para a realização da transfusão, fundamentando a decisão no princípio do melhor interesse do menor e na proteção do direito à vida.
- (E) Proceder à transfusão sem informar os pais e sem buscar autorização judicial, ocultando a intervenção sob o argumento de urgência, de modo a evitar qualquer conflito com as convicções religiosas, mesmo que isso viole os princípios do consentimento informado e da transparência.

22. Um menino de 8 anos é admitido na emergência apresentando cansaço acentuado, palidez e petéquias difusas. O hemograma evidencia

Leucócitos: 300.000/mm³ (com 80 % de blastos)
Hemoglobina: 6,5 g/dL
Plaquetas: 10.000/mm³

Além do manejo oncológico específico para diagnóstico e tratamento, é fundamental discutir o suporte transfusional nessa situação.

Qual a conduta transfusional mais apropriada para esse paciente?

- (A) Realizar transfusão de hemácias somente se o paciente apresentar sintomas de insuficiência hemodinâmica, postergando a transfusão profilática de plaquetas para evitar o agravamento da hiperviscosidade.
- (B) Iniciar transfusão exclusiva de plaquetas para corrigir a trombocitopenia e não transfundir hemácias em nenhuma hipótese, já que pode piorar a hiperviscosidade.
- (C) Realizar transfusões de hemácias e plaquetas conforme a necessidade do paciente: administrar hemácias para manter a estabilidade hemodinâmica e transfundir plaquetas quando a contagem estiver abaixo de 20.000/mm³, juntamente com medidas de citorredução.
- (D) Evitar transfusões para não agravar o risco de hiperviscosidade, optando por intervenção exclusiva com quimioterapia de emergência para reduzir rapidamente a carga leucêmica.
- (E) Não transfundir e solicitar leucoaférese com urgência devido ao risco de leucoestase.

23. Um paciente pediátrico apresenta lesões cutâneas, ósseas e sinais de *diabetes insipidus*. A biópsia de uma lesão óssea revela a presença de células com núcleo reniforme e citoplasma eosinofílico. A análise imuno-histoquímica demonstra positividade para alguns marcadores específicos. Considerando a suspeita diagnóstica de histiocitose de células de Langerhans, qual conjunto de marcadores histopatológicos e alteração genética é o mais característico para confirmar o diagnóstico?

- (A) Positividade para CD1a, Langerina (CD207) e S100, associada com a mutação BRAF V600E.
- (B) Positividade para CD30, CD15 e PAX5, associada à translocação t(14;18).
- (C) Positividade para CD68, CD163 e Fator XIIIa, sem alterações genéticas específicas.
- (D) Positividade para CD3, CD5 e CD7, com mutação NOTCH1.
- (E) Positividade para CD20, CD79a e kappa, associada à translocação t(8;14).

24. Um menino de 7 anos é diagnosticado com leucemia linfoblástica aguda (LLA) de linhagem B. O hemograma revela uma contagem elevada de blastos, e a imunofenotipagem demonstra positividade para CD10, CD19, CD22 e CD34. A análise molecular evidencia a translocação t(12;21), que resulta na fusão ETV6-RUNX1.

Considerando a presença da translocação ETV6-RUNX1 nesse paciente, qual das alternativas a seguir melhor descreve o significado prognóstico e a resposta terapêutica esperada na LLA pediátrica associada a essa alteração?

- (A) A translocação ETV6-RUNX1 está associada a um prognóstico desfavorável, com alta taxa de recidiva e sobrevida global reduzida, exigindo intensificação imediata do protocolo quimioterápico.
- (B) A presença da translocação ETV6-RUNX1 não influencia significativamente o prognóstico, servindo apenas como um marcador diagnóstico sem impacto na resposta à terapia.
- (C) A translocação ETV6-RUNX1 caracteriza uma LLA de linhagem B com prognóstico intermediário, que demanda monitoramento intensivo sem modificações substanciais no protocolo terapêutico padrão.
- (D) A translocação ETV6-RUNX1 é a alteração genética mais comum na LLA de linhagem B em crianças e está associada a um prognóstico favorável, com alta taxa de remissão completa e baixo risco de recidiva, permitindo o uso de protocolos terapêuticos padrão, sem a necessidade de intensificação adicional.
- (E) A translocação ETV6-RUNX1, embora seja um marcador geralmente associado a um prognóstico favorável, indica que o paciente possui uma alta carga de blastos e, portanto, deve ser submetido a uma intensificação imediata do protocolo quimioterápico, independentemente dos demais indicadores de resposta.

25. Um menino de 10 anos foi diagnosticado com leucemia mieloide aguda (LMA) de alto risco, apresentando no diagnóstico inicial mutação FLT3-ITD e citogenética complexa. Ele foi tratado com um protocolo intensivo de indução e consolidação, mas apresentou recidiva medular precoce, aos 9 meses do término do tratamento, caracterizada por

Medula óssea: 45% de blastos

Doença residual mínima (DRM): positiva

Exames de imagem: evidência de envolvimento extramedular (lesões ósseas e possível infiltração no sistema nervoso central).

Diante desse cenário de recidiva, a estratégia terapêutica deve ser cuidadosamente planejada para tentar superar a resistência quimioterápica e melhorar as chances de remissão sustentada.

Qual das abordagens terapêuticas abaixo representa a estratégia mais abrangente e adequada para esse paciente?

- (A) Intensificar a quimioterapia de resgate, utilizando um regime convencional de segunda linha, com monitoramento da DRM, e aguardar a obtenção de remissão para avaliar a necessidade de transplante hematopoiético.
- (B) Iniciar um regime de resgate que combine quimioterapia intensiva com um inibidor específico de FLT3, seguido por uma avaliação rigorosa da DRM, e proceder ao transplante hematopoiético alogênico. Incluir medidas para controle do envolvimento extramedular.
- (C) Utilizar terapias direcionadas isoladamente, inibidor de FLT3, sem a combinação com quimioterapia intensiva, e adiar o transplante até a obtenção de uma remissão molecular completa.
- (D) Realizar um regime intensificado de quimioterapia de resgate e, caso o paciente não responda adequadamente, optar por cuidados paliativos devido ao alto risco associado à recidiva com múltiplos fatores adversos, sem tentar intervenções adicionais.
- (E) Proceder imediatamente com o transplante hematopoiético autólogo, na tentativa de reduzir os riscos associados ao transplante alogênico.