



SIMULADO: ANEMIAS EM PEDIATRIA

25 questões comentadas com gabarito

Material acadêmico de apoio ao estudo; não substitui as diretrizes vigentes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas.

Anemias na Pediatria

Questões — Anemias na Pediatria

Questão 1

Lactente de 1 ano e 6 meses, em aleitamento materno exclusivo até os 8 meses, com introdução alimentar inadequada, baseada em laticínios e farináceos. Apresenta-se hipoativo, com palidez cutânea e um sopro sistólico 2+/6+ em foco aórtico acessório. Hemograma revela: Hb 7,2 g/dL, VCM 65 fL, RDW 18%.

Qual é o diagnóstico mais provável e a explicação para o sopro?

- a) Talassemia minor; o sopro é fisiológico e não relacionado à anemia.
- b) Anemia falciforme; o sopro decorre da alta viscosidade sanguínea.
- c) Anemia ferropriva; o sopro é funcional, decorrente do estado hiperdinâmico. d) Deficiência de G6PD; o sopro é causado por hemólise intravascular.
- e) Anemia aplásica; o sopro é um achado incidental.

Questão 2

Adolescente de 15 anos, menarca há 2 anos, queixa-se de fadiga e dificuldade de concentração na escola. Refere ciclos menstruais com fluxo intenso e duração de 8 dias. Hemograma: Hb 9,8 g/dL, VCM 78 fL, Ferritina 10 ng/mL.

Qual é a principal causa da anemia e a conduta inicial mais apropriada?

- a) Anemia de doença crônica; solicitar provas de atividade inflamatória. b) Perda sanguínea crônica (menorragia); iniciar reposição de ferro oral e avaliação ginecológica.
- c) Talassemia beta menor; solicitar eletroforese de hemoglobina e aconselhamento genético.
- d) Anemia sideroblástica; realizar mielograma para contagem de sideroblastos em anel.
- e) Deficiência de folato; iniciar reposição de ácido fólico e investigar dieta.

Questão 3

Criança de 6 anos, afrodescendente, com diagnóstico prévio de anemia falciforme (HbSS), chega ao pronto-socorro com dor intensa em membros inferiores e tórax, febre e taquipneia. A radiografia de tórax mostra um infiltrado em base pulmonar direita. Qual é a principal hipótese diagnóstica e a medida terapêutica prioritária? a) Crise aplásica por Parvovírus B19; indicar transfusão de concentrado de hemácias.

- b) Sequestro esplênico agudo; realizar esplenectomia de urgência.
- c) Síndrome torácica aguda; iniciar antibioticoterapia, hidratação, analgesia e oxigenioterapia.
- d) Crise megaloblástica; administrar vitamina B12 e ácido fólico.
- e) Acidente vascular cerebral; solicitar tomografia de crânio e iniciar terapia de troca.



Questão 4

Paciente de 4 anos, assintomático, realiza hemograma de rotina que evidencia: Hb 10,5 g/dL, VCM 62 fL, RDW 13,5% (normal), contagem de hemácias de 5,8 milhões/mm³. O índice de Mentzer é calculado como 10,7.

Qual a suspeita diagnóstica mais forte?

- a) Anemia ferropriva em fase inicial.
- b) Traço alfa-talassêmico.
- c) Anemia de doença crônica.
- d) Esferocitose hereditária.
- e) Traço beta-talassêmico.

Questão 5

Escolar de 8 anos apresenta-se com icterícia flutuante, palidez e esplenomegalia palpável. História familiar positiva para anemia e colecistectomia em parente jovem. Laboratório: Hb 9,0 g/dL, reticulócitos 10%, bilirrubina indireta aumentada. O esfregaço de sangue periférico mostra hemácias pequenas, hiperocrômicas e sem halo central. Qual teste confirmatório é considerado o padrão-ouro atual para esta condição?

- a) Eletroforese de hemoglobina.
- b) Teste de fragilidade osmótica.
- c) Dosagem de atividade da G6PD.
- d) Teste de ligação à eosina-5-maleimida (EMA test).
- e) Pesquisa de anticorpos irregulares (Coombs direto).

Questão 6

Adolescente de 12 anos, previamente hígido, desenvolve quadro de petéquias, gengivorragia e febre há 2 semanas, após um quadro viral não especificado. Hemograma: Hb 6,8 g/dL, Leucócitos 1.200/mm³ (Neutrófilos 300/mm³), Plaquetas 15.000/mm³. Reticulócitos 0,1%. A biópsia de medula óssea revela acentuada hipocelularidade, com substituição por gordura.

Qual o diagnóstico?

- a) Leucemia linfóide aguda.
- b) Anemia aplásica grave.
- c) Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI).
- d) Mononucleose infecciosa.
- e) Síndrome hemofagocítica.

Questão 7

Menino de 5 anos, descendente de mediterrâneos, é levado ao hospital com icterícia e urina escura 48 horas após iniciar tratamento para infecção urinária com sulfametoxazol-trimetoprim. Exames mostram anemia aguda (Hb 7,0 g/dL), reticulocitose e presença de "bite cells" e corpúsculos de Heinz no esfregaço. Qual a causa mais provável da hemólise?

- a) Anemia hemolítica autoimune por drogas.



- b) Crise de falcização.
- c) Deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD).
- d) Incompatibilidade ABO em transfusão recente.
- e) Esferocitose hereditária descompensada pela infecção.

Questão 8

Lactente de 18 meses, filho de mãe vegana estrita que não realizou suplementação, apresenta regressão dos marcos do desenvolvimento, hipotonia global e glossite. Hemograma: Hb 6,5 g/dL, VCM 115 fL, presença de neutrófilos hipersegmentados. Qual é a deficiência vitamínica mais provável e qual o risco de uma terapia inadequada apenas com ácido fólico?

- a) Deficiência de Vitamina B12; risco de mascarar a anemia sem tratar a degeneração neurológica.
- b) Deficiência de Folato; risco de sobrecarga de ferro.
- c) Deficiência de Vitamina B6; risco de convulsões refratárias.
- d) Deficiência de Vitamina C; risco de escorbuto e sangramentos.
- e) Deficiência de Vitamina K; risco de hemorragia intracraniana.

Questão 9

Em relação à terapia transfusional em pediatria, avalie as alternativas: Qual das seguintes afirmativas representa uma indicação absoluta para transfusão de concentrado de hemácias, independentemente dos sintomas?

- a) Paciente com anemia falciforme e Hb de 7,5 g/dL em consulta de rotina.
- b) Paciente com talassemia major e Hb de 8,0 g/dL antes da transfusão programada.
- c) Paciente com anemia ferropriva e Hb de 6,8 g/dL, estável hemodinamicamente.
- d) Paciente com anemia aguda e Hb de 4,9 g/dL, mesmo em repouso.
- e) Paciente adolescente com menorragia e Hb de 9,0 g/dL.

Questão 10

Qual dos seguintes achados laboratoriais é MAIS característico da anemia ferropriva na sua fase mais avançada?

- a) VCM baixo, RDW normal, ferritina normal.
- b) VCM baixo, RDW alto, ferritina baixa.
- c) VCM normal, RDW alto, ferritina baixa.
- d) VCM alto, RDW alto, ferritina normal.
- e) VCM baixo, RDW normal, saturação de transferrina alta.

Questão 11

Um paciente com beta-talassemia major (doença de Cooley) realiza transfusões crônicas.

Qual é a principal complicação a longo prazo associada a este tratamento e qual a terapia utilizada para preveni-la?

- a) Aloimunização; uso de hemácias fenotipadas.
- b) Sobrecarga de ferro (hemossiderose); uso de quelantes de ferro.
- c) Reação febril não hemolítica; uso de hemácias desleucocitadas.
- d) Infecções virais (HCV, HBV); triagem sorológica rigorosa do doador.



e) Insuficiência cardíaca de alto débito; controle rigoroso do volume transfusional.

Questão 12

Na investigação de uma anemia microcítica e hipocrômica, o Índice de Mentzer (VCM/Nº de hemácias) é uma ferramenta de triagem. Um resultado < 13 sugere qual diagnóstico?

- a) Anemia ferropriva.
- b) Anemia de doença crônica.
- c) Talassemia minor.
- d) Anemia sideroblástica.
- e) Intoxicação por chumbo.

Questão 13

Qual o mecanismo fisiopatológico da crise aplásica em um paciente com doença hemolítica crônica (ex: esferocitose, anemia falciforme)?

- a) Aumento súbito da destruição de hemácias no baço.
- b) Infecção da medula óssea por bactérias encapsuladas.
- c) Supressão transitória da eritropoiese pela infecção por Parvovírus B19.
- d) Deficiência aguda de folato por consumo medular aumentado.
- e) Formação de autoanticorpos contra precursores eritroides.

Questão 14

Criança de 3 anos, previamente hígida, apresenta quadro súbito de palidez intensa, icterícia e hemoglobinúria após ingestão de grande quantidade de favas. A triagem neonatal foi normal.

Qual a principal suspeita?

- a) Doença de Wilson.
- b) Deficiência de G6PD, variante mediterrânea.
- c) Anemia hemolítica autoimune a quente.
- d) Crise hiper-hemolítica em talassemia.
- e) Intoxicação exógena por cobre.

Questão 15

O tratamento da anemia falciforme visa reduzir a frequência de crises vaso-oclusivas e outras complicações.

Qual fármaco atua aumentando os níveis de hemoglobina fetal (HbF) e é a principal terapia modificadora da doença?

- a) Deferasirox.
- b) Penicilina V.
- c) Ácido fólico.
- d) Hidroxiureia.
- e) L-glutamina.



Questão 16

Uma criança com anemia aplásica grave, sem doador familiar HLA-compatível, é candidata a tratamento de primeira linha.

Qual o tratamento indicado?

- a) Transplante de medula óssea de doador não aparentado.
- b) Terapia imunossupressora com globulina antitimocitária (ATG) e ciclosporina. c) Uso de fatores de crescimento (eritropoetina e G-CSF).
- d) Esplenectomia para reduzir o sequestro de plaquetas.
- e) Observação clínica e suporte transfusional.

Questão 17

Qual das seguintes condições NÃO é uma causa de anemia hemolítica corpuscular (defeito intrínseco da hemácia)?

- a) Esferocitose hereditária.
- b) Deficiência de piruvato quinase.
- c) Anemia falciforme.
- d) Hiperesplenismo.
- e) Talassemia.

Questão 18

No diagnóstico diferencial de pancitopenia em pediatria, qual achado no exame físico é mais sugestivo de uma etiologia infiltrativa (ex: leucemia) em detrimento de uma aplasia medular?

- a) Febre.
- b) Petéquias e equimoses.
- c) Palidez cutâneo-mucosa.
- d) Hepatoesplenomegalia maciça.
- e) Linfonodomegalia cervical reacional.

Questão 19

A profilaxia com penicilina oral em crianças com anemia falciforme (HbSS) é fundamental para prevenir sepse.

Por qual agente etiológico?

- a) Staphylococcus aureus.
- b) Haemophilus influenzae tipo b.
- c) Streptococcus pneumoniae.
- d) Neisseria meningitidis.
- e) Salmonella enteritidis.

Questão 20

Qual é a principal fonte de Vitamina B12 na dieta e, portanto, sua ausência é a principal causa de deficiência em dietas veganas estritas?

- a) Vegetais de folhas escuras.



- b) Leguminosas e grãos integrais.
- c) Frutas cítricas.
- d) Produtos de origem animal (carnes, ovos, laticínios).
- e) Óleos vegetais e nozes.

Questão 21

Lactente de 10 meses, em uso de fórmula de leite de cabra não fortificada como principal alimento, apresenta irritabilidade e anemia. O hemograma mostra Hb 8,5 g/dL e VCM 108 fL.

Qual a deficiência mais provável?

- a) Ferro.
- b) Vitamina B12.
- c) Folato.
- d) Cobre.
- e) Zinco.

Questão 22

Paciente com Doença da Hemoglobina SC (HbSC) apresenta-se com dor ocular súbita e perda visual.

Qual a complicação oftalmológica característica desta hemoglobinopatia?

- a) Catarata congênita.
- b) Glaucoma de ângulo fechado.
- c) Retinopatia proliferativa.
- d) Uveíte anterior.
- e) Descolamento de retina traumático.

Questão 23

Uma reação transfusional aguda, caracterizada por febre e calafrios, que ocorre minutos a horas após o início da transfusão, sem evidência de hemólise, é mais comumente classificada como:

- a) Reação hemolítica aguda.
- b) Reação alérgica leve.
- c) Reação febril não hemolítica.
- d) Sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO).
- e) Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI).

Questão 24

Qual o papel do RDW (Red Cell Distribution Width) na diferenciação entre anemia ferropriva e talassemia menor?

- a) Está aumentado em ambas as condições.
- b) Está normal em ambas as condições.
- c) Tende a estar aumentado na anemia ferropriva e normal na talassemia menor.
- d) Tende a estar normal na anemia ferropriva e aumentado na talassemia menor.
- e) Não possui utilidade nesse diagnóstico diferencial.



Questão 25

Criança com anemia crônica, hepatoesplenomegalia e alterações ósseas (fácies de esquilo). A eletroforese de hemoglobina mostra ausência de HbA, HbF > 90% e pequena quantidade de HbA2.

Qual o diagnóstico?

- a) Anemia falciforme (HbSS).
- b) Beta-talassemia major.
- c) Traço beta-talassêmico.
- d) Doença da Hemoglobina H.
- e) Persistência hereditária de hemoglobina fetal.



Gabarito e Comentários

Nº Resp. Comentário / Justificativa

Anemia ferropriva clássica: microcitose (VCM 65 fL), anisocitose (RDW 18%) e dieta pobre em ferro. O sopro sistólico é funcional, causado pela
1 C diminuição da viscosidade sanguínea e aumento do débito cardíaco (estado hiperdinâmico).

Anemia ferropriva por perda ginecológica. Ferritina baixa (10 ng/mL) +
2 B menorragia = tratamento com ferro oral e avaliação ginecológica para investigar e tratar a causa base.

Síndrome Torácica Aguda (STA): emergência na doença falciforme. Febre + dor torácica + infiltrado pulmonar novo. Manejo: O₂, hidratação,
3 C

analgesia, antibioticoterapia ampla espectro (cobre pneumococo e Mycoplasma).

Traço beta-talassêmico: microcitose com contagem de hemácias elevada
4 E e RDW normal. Índice de Mentzer < 13 diferencia da anemia ferropriva (Mentzer > 13).

Esferocitose hereditária. O teste EMA (eosina-5-maleimida) por citometria
5 D de fluxo é o padrão-ouro atual, mais sensível e específico que o teste de fragilidade osmótica clássico.

Anemia aplásica grave: pancitopenia + medula hipocelular +
6 B reticulocitopenia. Gravidade pelos critérios de Camitta: neutrófilos < 500/mm³ = grave.

Deficiência de G6PD: hemólise intravascular por estresse oxidativo (sulfa).
7 C 'Bite cells' = hemácias mordidas ao remover corpúsculos de Heinz (hemoglobina oxidada precipitada).

Deficiência de B12 em lactente de mãe vegana: anemia megaloblástica + comprometimento neurológico. Tratar só com folato ('armadilha do folato')
8 A corrige o hemograma mas permite progressão irreversível do dano neurológico.

Hb < 5 g/dL = indicação absoluta de transfusão, independente da
9 D estabilidade clínica aparente, pelo risco iminente de insuficiência cardíaca de alto débito e hipóxia tecidual grave.

Anemia ferropriva avançada: VCM baixo (microcitose), RDW alto
10 B (anisocitose – hemácias de tamanhos variados) e ferritina baixa (marcador mais específico de depleção dos estoques de ferro).

Sobrecarga de ferro por transfusões crônicas: cada concentrado contém
11 B ~200–250 mg de ferro. Acúmulo em coração, fígado e glândulas endócrinas. Tratamento: quelantes de ferro (Deferasirox, Deferoxamina).



Nº Resp. Comentário / Justificativa

Índice de Mentzer < 13 = talassemia minor (microcitose acentuada com 12 C hemácias numerosas e homogêneas). Índice > 13 = anemia ferropriva (menos hemácias, mais anisocitose).

Parvovírus B19 tem tropismo pelos precursores eritroides. Em hemólise 13 C crônica, a parada da eritropoiese por poucos dias causa queda abrupta da Hb + reticulocitopenia = crise aplásica.

Favismo: deficiência de G6PD variante mediterrânea (grave). Favas (Vicia 14 B faba) geram compostos oxidantes que desencadeiam hemólise maciça em indivíduos suscetíveis.

Hidroxiureia: principal terapia modificadora da doença falciforme. Aumenta 15 D produção de HbF, que interfere na polimerização da HbS, reduzindo falcização, hemólise e crises vaso-oclusivas.

Sem doador familiar HLA-compatível: terapia imunossupressora (ATG + 16 B Ciclosporina) é a primeira linha – maioria dos casos adquiridos tem etiologia autoimune. TMO de irmão seria primeira escolha se disponível.

Hiperesplenismo é causa extracorpúscular (extrínseca): baço aumentado destrói hemácias normais. As demais são defeitos intrínsecos:

17 D

membranopatia (esferocitose), enzimopatia (PK, G6PD) e hemoglobinopatia.

Hepatoesplenomegalia maciça por infiltração blástica é sinal de leucemia.

18 D Na aplasia medular, a medula é vazia e não há infiltração orgânica.

Asplenia funcional na falciforme → vulnerabilidade a bactérias

19 C encapsuladas. Streptococcus pneumoniae é o principal agente de sepse/meningite. Profilaxia com penicilina até os 5 anos salva vidas.

Vitamina B12 é sintetizada exclusivamente por microrganismos e presente

20 D significativamente apenas em alimentos de origem animal. Dieta vegana estrita sem suplementação = deficiência inevitável.

Leite de cabra é notoriamente pobre em folato. Fórmulas não fortificadas à 21 C base de cabra = causa clássica de anemia megaloblástica por deficiência de folato em lactentes (VCM 108 fL confirma macrocitose).

HbSC: maior viscosidade sanguínea → complicações microvasculares,

22 C especialmente retinopatia proliferativa, que pode evoluir para cegueira.

Triagem oftalmológica regular é essencial.

Reação febril não hemolítica: mais comum. Causada por citocinas de

23 C leucócitos no concentrado armazenado ou anticorpos anti-leucocitários.

Desleucocitação reduz a incidência.

RDW alto na ferropriva: produção progressivamente defeituosa →

24 C hemácias de tamanhos variados. RDW normal na talassemia: defeito genético constante → hemácias uniformemente pequenas.

Nº Resp. Comentário / Justificativa

Beta-talassemia major (Cooley): anemia grave + hepatoesplenomegalia 25 B (hematopoiese extramedular) + deformidades ósseas. Eletroforese: ausência de HbA + HbF > 90% = incapacidade de produzir cadeias beta.



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Fontes: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) · American Society of Hematology (ASH) · UpToDate
· Nelson Textbook of Pediatrics