

## Resposta às reclamações à chave da Prova de Seriação Hematologia

### Pergunta 41 do Teste Branco (61 do Teste Azul, 21 do Teste Amarelo)

Argumentam os reclamantes que, em relação à fisiologia da eritropoiese, deve ser considerado falso (e portanto uma opção correcta de resposta à questão) que “O déficit de eritropoietina induz a apoptose das células progenitoras eritropoiéticas”. Baseiam a sua reclamação no texto da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”, em que na pg 355 (1ª coluna, 5º parágrafo) é mencionado que a ausência daquela hormona provoca a apoptose. Na realidade, o referido texto menciona que os progenitores eritróides sofrem apoptose na ausência da hormona, ausência essa que naturalmente pode ser provocada por um défice. Por esta razão, considero a alínea verdadeira e a reclamação improcedente. A alínea FALSA (e considerada como opção correcta na chave do teste) é a que afirma que a semi-vida da eritropoietina em circulação é superior a 72 horas (como explicito na pg 356, 1ª coluna, 1º parágrafo).

É também improcedente a reclamação que considera esta última afirmação incorrecta, com base na semi-vida, mais longa da darbepoietina; é explicito no livro de texto que a semi-vida da eritropoietina é de 6h a 9h.

Argumentam outros reclamantes que também deve ser considerado falso (e como tal uma opção correcta de resposta) que “A produção de eritropoietina é fundamentalmente regulada pela disponibilidade de oxigénio nos tecidos”. Baseiam a sua argumentação na fisiopatologia dos estados hipometabólicos, em que as necessidades de  $O_2$  são menores. No entanto, o livro de texto menciona que a produção da hormona não é APENAS (MAS TAMBÉM É) regulada pelos níveis circulante de  $O_2$ , mas ainda pelas necessidades dos tecidos. Na realidade, em todos os casos a produção de eritropoietina é regulada pela disponibilidade de  $O_2$  nos tecidos, a qual deverá satisfazer as necessidades metabólicas. Estas necessidades é que são variáveis conforme o estado metabólico; a disponibilidade de  $O_2$  condicionará sempre o estímulo para a produção de eritropoietina. Este facto é explicito na página 356, 1ª coluna, 1º parágrafo da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”. Considero por isso a reclamação improcedente.

Também improcedente é a reclamação que considera falsa a afirmação mencionada acima, com base no facto de ser a quantidade de  $O_2$  chegada ao rim a condicionar a produção de eritropoietina; de facto, o tecido renal actua como sensor da oxigenação tecidual, como explicito na página 355, 2ª coluna, último parágrafo.

Por último, o argumento de que a alínea “O déficit de eritropoietina induz a apoptose das células progenitoras eritropoiéticas” é falsa pois a ligação da eritropoietina ao seu receptor transmite ao núcleo um sinal que previne a apoptose, não é correcto. É verdade que a hormona inibe a apoptose da forma

mencionada, o que faz com que o seu défice/ausência promovam a apoptose, tal como afirmado no texto do exame. A reclamação é por isso improcedente.

#### **Pergunta 42 do teste branco (62 do Teste Azul, 22 do Teste Amarelo)**

Argumenta o reclamante que a alínea que afirma que “A unidade de medição da HGM é o picograma” deve ser considerada falsa (e como tal uma opção correcta de resposta à pergunta); considera ele que a unidade de medição é o picograma/célula. Contudo, a unidade de medição é de facto o picograma, como vem bem explicito na pg 357 (tabela 58-2) da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”. A alínea falsa, e como tal a resposta correcta, é a que afirma que “Um coeficiente de variação eritrocitária (RDW) elevado exclui a existência de anisocitose”, como explicito na página 357, 2ª coluna, 3º parágrafo do mesmo livro. Considero por isso a reclamação improcedente.

#### **Pergunta 44 do Teste Branco (64 do Teste Azul, 24 do Teste Amarelo)**

Consideram os reclamante que a pergunta relativa ao desenvolvimento da linhagem de neutrófilos não se enquadra no âmbito do exame por exceder o conhecimento exigido a um médico não especialista. Concordo que a questão se reveste de dificuldade e exige conhecimento pormenorizado da matéria. Contudo, considerando que não existe uma clara definição daquilo que é o conhecimento exigido a um médico especialista e não especialista, e que a resposta adequada à pergunta (que considera falsa a alínea que afirma “ O promielócito exprime CD14”) se encontra explícita na figura 61-2 da pg 376 da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”, consideram-se as reclamações improcedentes.

#### **Pergunta 45 do teste Branco (65 do teste Azul, 25 do teste Amarelo)**

Argumentam os reclamantes que a alínea que considera que “Na doença da Hemoglobina H a produção de HbA é superior a 50%” deve ser considerada verdadeira (e como tal uma opção correcta de resposta), já que na tabela 99.4 da pg 641 do livro aconselhado está descrito que a proporção de HbA nesta doença, relativamente ao total da hemoglobina, é 70 a 95%. Contudo, tal como explicado na pg 641, 1ª coluna, 4º parágrafo, a produção de HbA nesta condição é de apenas 25-30% do normal. Por outro lado, a afirmação “A Hb Barts corresponde ao tetrâmero  $\gamma_4$ ” é inequivocamente verdadeira (como se pode ver na pg 641, 1ª coluna, 5º parágrafo) e como tal deve ser a opção correcta de resposta. Considero as reclamações improcedentes.

#### **Pergunta 46 do teste Branco (66 do teste Azul, 26 do teste Amarelo)**

Consideram alguns reclamantes, relativamente à anemia de células falciformes, que é falso (e como tal uma opção de resposta adequada à questão) que “A transplantação de células hematopoiéticas é eficaz e segura apenas em crianças”. Contudo é claro da leitura do livro de consulta (pg 639, 1ª coluna, 7º parágrafo) que esta afirmação é verdadeira. A reclamação é improcedente.

Outros argumentam que a alínea “A hidroxureia deve ser considerada nos doentes com 3 ou mais episódios de crises dolorosas por ano, exigindo internamento” é falsa, podendo ser considerada a resposta adequada à pergunta; contudo, é explícito na pg 639, 1ª coluna, 5º parágrafo que o medicamento deve ser considerado em doentes com episódios repetidos de síndrome torácico agudo ou mais de 3 crises por ano requerendo hospitalização; por outro lado, a afirmação de que “Na presença de osteomielite o agente envolvido é geralmente o *Enterococcus*” não é consubstanciada por nenhuma afirmação do texto, que ao contrário menciona que “existe uma susceptibilidade pouco habitual à osteomielite, a qual pode ser causada por microrganismos, como a *Salmonella*, raramente encontrados noutros contextos” (pg 638, 1ª coluna, 2º parágrafo). Assim a afirmação referente ao *Enterococcus* deve ser considerada Falsa, e como tal a opção correcta de resposta à pergunta. Considero as reclamações improcedentes.

#### **Pergunta 47 do teste Branco (67 do teste Azul, 27 do teste Amarelo)**

Argumentam os reclamantes que relativamente às CRISES APLÁSTICAS nos doentes com hemoglobinopatias a afirmação “São raramente recorrentes” é falsa e deve ser considerada uma opção de resposta correcta à pergunta. Baseiam-se no texto da pg 638, 1ª coluna, 1º parágrafo, da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”, onde é descrita a frequência das CRISES DOLOROSAS dos doentes com hemoglobinopatias; neste texto é também descrita a heterogeneidade clínica destas situações.

Contudo, no que especificamente respeita às crises aplásticas, a raridade da sua recorrência é bem clara no texto da pg 643, 1ª coluna, 1º parágrafo ( “as crises aplásticas não ocorrem frequentemente (...)”).

Por outro lado, é falsa a alínea que afirma que “São frequentes nos adultos” (como se pode confirmar da leitura da pg 643, 1ª coluna, 1º parágrafo). Portanto, esta alínea deve ser considerada a resposta adequada á questão. Considero assim as reclamações improcedentes.

#### **Pergunta 48 teste Branco (68 teste Azul, 28 teste Amarelo)**

Argumentam alguns reclamantes que, em relação à policitemia vera, a alínea que afirma “A mutação do JAK2 é detectável em cerca de 90% dos casos” é falsa e pode portanto ser considerada como resposta certa à pergunta do teste. Baseiam-se no texto da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”, onde se pode ler na pg 672, 2ª coluna, 1º parágrafo que “Over 90% of the PV patients express this mutation”. Os reclamantes consideram que “mais de 90%” é significativamente diferente de “cerca de 90%”. Na realidade a afirmação

é inteiramente verdadeira, e a leitura do Harrison assim o confirma, não só na página já mencionada (já que “over 90%” pode ser entendido como aproximadamente 90%) como ainda no capítulo 58, na página 363, 2ª coluna, 1º parágrafo, onde se lê: “A mutation in JAK2 (...) can be found in 70-95% of patients with PV”. As reclamações são improcedentes.

Argumentam outros reclamantes que a afirmação “O prurido é um sintoma que reflecte um elevado índice de proliferação celular com libertação de citocinas” deve ser considerada falsa, e como tal uma resposta adequada à questão, já que o texto da página 673 afirma que não existe prova formal da relação entre o prurido e a libertação de citocinas. Contudo, a frase do texto da pg 673, 1ª coluna, 5º parágrafo “the later (cytokine production) appears to be responsible for the (...) pruritus associated with this disorder, although formal proof of this has not been obtained” é suficientemente esclarecedora relativamente ao que se pensa actualmente sobre a origem do prurido, e deve portanto ser considerada verdadeira. Considero as reclamações improcedentes.

Alguns candidatos objectam à classificação como verdadeira da alínea que afirma que “o citotóxico mais utilizado e preferido é a hidroxiureia”. Na realidade, embora se afirme na pg 673, 2ª coluna, 4º parágrafo, que “O anagrelide, um inibidor da fosfodiesterase (...) se tolerado é preferível à hidroxiureia porque não tem toxicidade medular”, a verdade é que na página 674, 1ª coluna, 1º parágrafo, é inequivocamente explicado que, se for necessário um citotóxico, a hidroxiureia é o preferido. De facto, a hidroxiureia é sem dúvida o fármaco mais usado na PV, quando é necessário o uso de fármacos; os efeitos acessórios do anagrelide tornam-no uma pior opção. As reclamações são improcedentes.

Ainda outros argumentam que é verdadeiro (e como tal não deve ser considerada resposta adequada à pergunta) que “Na PV a trombocitose correlaciona-se com a presença de fenómenos trombóticos”. Contudo, é explícito na pg 673, 2ª coluna, 4º parágrafo da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”, que os fenómenos trombóticos se relacionam com a eritrocitose e não com a trombocitose. Esta alínea é portanto falsa, e como tal a escolha adequada de resposta. As reclamações são improcedentes.

#### **Pergunta 49 do teste Branco (69 do teste Azul, 29 do teste Amarelo)**

Argumentam alguns candidatos que, relativamente à leucemia mieloide aguda, a afirmação “O tratamento da LMA divide-se em 2 fases, indução e pós remissão” deve ser considerada falsa e portanto uma opção correcta de resposta à pergunta. Fazem-no alguns por interpretarem a expressão anglo-saxónica “induction and pos remission management” da pg 680, 2ª coluna, parágrafo 8 da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine” como “indução e controlo pós remissão”. Na realidade, “management” diz respeito ao tratamento de indução (indução de remissão, entenda-se) e ao tratamento após obter a remissão. As reclamações são portanto não fundamentadas.

Alguns outros candidatos argumentam, com base no texto da pg 682 do mesmo livro, que a terapêutica da Leucemia Promielocítica Aguda se divide em 3 fases (indução, consolidação e manutenção). É verdade que esta forma de LMA tem

um tratamento específico, e beneficia de terapêutica de manutenção (manutenção da resposta, entenda-se). A manutenção insere-se, como o próprio conceito indica, na terapêutica pós remissão. Assim, a afirmação mencionada é verdadeira e está bem explícita no livro de texto. Por outro lado, a afirmação “A translocação t(15;17) é característica da LMA com eosinófilos anormais na medula óssea” é falsa, como se pode verificar da leitura da pg 678, 2ª coluna, 2º parágrafo, e deve ser considerada a resposta adequada à questão do teste. As reclamações são portanto consideradas improcedentes.

#### **Pergunta 50 teste Branco (70 teste azul, 30 teste amarelo)**

Contestam alguns candidatos a veracidade da afirmação “A esplenomegália é o achado físico mais comum”, relativa à leucemia mielóide crónica, achando que esta é a resposta adequada à pergunta. A afirmação é inteiramente verdadeira, independentemente do tamanho do baço, como se pode constatar da leitura da pg 684, 1ª coluna, 4º parágrafo. A resposta adequada à pergunta, ou seja a única afirmação falsa de entre as opções, é que “A fosfatase alcalina está caracteristicamente elevada” (pg 684, 1ª coluna, 5º parágrafo). As reclamações são portanto improcedentes.

#### **Pergunta 51 do teste Branco (71 do teste Azul, 31 do teste amarelo)**

Considera o único reclamante que a pergunta excede o âmbito do teste por exigir conhecimentos superiores aos de um médico não especialista para a resposta. Dada a frequência da leucemia linfática crónica, o impacto da fenotipagem no seu diagnóstico e a importância do diagnóstico diferencial com entidades com cursos clínicos bastante diferentes, como o linfoma do manto, a reclamação é injustificada e considerada improcedente.

#### **Pergunta 52 do teste Branco (72 do teste Azul, 32 do teste amarelo)**

Relativamente ao linfoma difuso de grandes células B argumentam alguns dos candidatos que o Índice de Prognóstico Internacional, IPI (que inclui a idade, o estágio, o performance status, os níveis de LDH e o número de locais extraganglionares envolvidos) não é de fácil obtenção, pelo que a alínea que diz “O IPI, constituído por parâmetros de obtenção fácil, permite prever uma resposta mais favorável à terapêutica” deve ser considerada falsa e uma resposta adequada à questão. Os procedimentos necessários ao estadiamento dos doentes com linfoma, incluindo a invasão de órgãos extraganglionares, podem não ser sempre fáceis mas são absolutamente necessários para uma correcta opção terapêutica; não são realizados com o objectivo de calcular o IPI mas sim de definir a extensão da doença e escolher a terapêutica adequada. Desta forma, a correcta abordagem do doente implica que eles sejam realizados e torna sempre fácil o cálculo do IPI, o qual depende de dados que deverão estar disponíveis em todos os doentes e não necessita de procedimentos específicos. As reclamações são improcedentes.

Defendem outros candidatos que o IPI não permite prever uma resposta mais favorável à terapêutica, mas sim prever globalmente a resposta. É verdade – o IPI dá a probabilidade de resposta à terapêutica e permite portanto prever as respostas, incluindo as favoráveis. A afirmação mencionada na alínea é como tal correcta e não pode ser considerada uma opção adequada de resposta. As reclamações são improcedentes.

Afirmam ainda alguns candidatos que os doentes com expressão aumentada de bcl2 têm mais recidivas do que os outros mas não necessariamente pior prognóstico; comparam esta não relação entre a recidiva e o prognóstico com o que se passa nos linfomas foliculares, em que a expressão de bcl2 é muito frequente, bem como as recidivas, e a sobrevivência é apesar disso prolongada. Contudo a biologia do linfoma difuso de grandes células B é inteiramente diferente da do folicular; enquanto este último evolui habitualmente com remissões e recidivas, o difuso de grandes células B é geralmente mortal quando recidiva. Assim se justifica que a expressão de bcl2 possa conferir mau prognóstico, o que é explícito na pg 696, 1ª coluna, 2º parágrafo. As reclamações são improcedentes.

Argumenta ainda outro candidato que é falso que “o tratamento actualmente indicado em primeira escolha é o CHOP associado ao rituximab”. Esta é a opção terapêutica mais indicada para estes doentes, como se pode confirmar da leitura do texto da pg 696, 1ª coluna, 5º e 6º parágrafos, pelo que a afirmação é improcedente.

Por último, um reclamante argumenta que este não “É o tipo de linfoma não Hodgkin mais comum, constituindo cerca de um terço dos casos”, pois que apenas 31% dos casos de linfoma não Hodgkin são difusos de grandes células B. Já que a diferença entre 31% e 33% (um terço) é totalmente irrelevante numa abordagem epidemiológica global, considero a reclamação improcedente.

### **Pergunta 53 do teste branco (73 do teste azul, 33 do teste amarelo)**

Argumentam alguns dos candidatos que a hiperviscosidade sérica não pode ser considerada uma manifestação característica do mieloma múltiplo, por surgir mais frequentemente na macroglobulinémia de Waldenstrom do que naquela entidade. Este facto é verdadeiro (veja-se o texto das pg 703 e 706, referentes às duas doenças). Contudo, a hiperviscosidade continua a ser considerada uma manifestação característica do mieloma múltiplo (bem como da macroglobulinémia de Waldenstrom), ainda que presente apenas ocasionalmente; é devida às características físicas da paraproteína secretada pelos plasmócitos neoplásicos. Tal é explicado claramente na pg 703, 2ª coluna, 2º parágrafo. As reclamações são improcedentes.

Por outro lado, a insuficiência renal surge como consequência da toxicidade do excesso de CADEIAS LEVES (e não de cadeias pesadas) das imunoglobulinas, como explicado na página 703, 1ª coluna, último parágrafo e 2ª coluna, 1º parágrafo, e essa deve ser considerada a alínea adequada para a resposta. A anemia de gravidade variável é certamente outra das manifestações características da doença, ainda que não surja em todos os casos e não tenha

especificidade; tal torna-se claro após leitura da pg 703, 2ª coluna, 2º parágrafo. As reclamações são portanto improcedentes.

#### **Pergunta 54 do teste branco (74 do teste azul, 34 do teste amarelo)**

Argumentam os reclamantes que os conhecimentos exigidos para responder à pergunta excedem os de um médico não especialista. Considerando que as respostas são claras no texto da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine” (ver paginas 722, 1ª coluna, e pg 723, 2ª coluna), e que a resposta adequada (que considera falsa a afirmação “A forma mais frequente de doença de Von Willebrand é do tipo 2) diz respeito à discrasia hemorrágica hereditária mais comum, considero as reclamações improcedentes.

#### **Pergunta 55 do teste branco (75 do teste azul, 35 do teste amarelo)**

Argumentam alguns reclamantes que a afirmação “A gravidez pode imunizar uma mulher Rh negativa” deve ser considerada incorrecta, e como tal uma resposta adequada à pergunta. Tal deve-se a um entendimento erróneo do termo imunizar, que não se refere obrigatoriamente ao desenvolvimento de imunidade contra doenças mas também ao desencadear de uma resposta imune contra um antigénio; noutros casos, é argumentado que a grávida só será imunizada se exposta a um feto Rh positivo, o que é inteiramente verdade mas não obsta a que a afirmação seja correcta pois a gravidez PODE imunizar a grávida Rh negativa nestas circunstâncias. As reclamações são improcedentes.

#### **Pergunta 56 do teste branco (76 do teste azul, 36 do teste amarelo)**

Argumenta um reclamante que a afirmação de que as plaquetas são “estruturas anucleadas” deve ser considerada incorrecta; contudo, este facto é claramente explicado na pg 719, 1ª coluna, 1º parágrafo da 17ª edição do “Harrison’s Principles of Internal Medicine”. Argumenta um outro, ainda relativamente às plaquetas, que é falso que “no sangue periférico a sua contagem normal situa-se entre 150 000/ $\mu$ l e as 450 000/ $\mu$ l”. Contudo, os valores normais são explícitos na pg 719, 1ª coluna, 1º parágrafo. As reclamações são consideradas improcedentes.

#### **Pergunta 58 do teste branco (78 do teste azul, 38 do teste amarelo)**

Argumentam alguns reclamantes, relativamente às coagulopatias, que a Coagulação Intravascular Disseminada (CID) não é necessariamente uma coagulopatia adquirida, pelo que pode ser considerada uma opção correcta de resposta à pergunta. Baseiam-se no facto de os recém nascidos com défice homozigótico de Proteína C terem alto risco de desenvolver Púrpura Fulminante, uma forma severa de CID, como explicito na pg 728, 2ª coluna, 3º parágrafo da 17ª edição do livro de texto aconselhado). Sendo o défice de Proteína C uma

situação congénita **considera-se a reclamação fundamentada**. A alínea que menciona a Coagulação Intravascular Disseminada como causa não necessariamente adquirida de coagulopatia (alínea 4 teste branco) é **opção correcta de resposta**.

Argumentam outros reclamantes que também a insuficiência hepática é uma causa não necessariamente adquirida de coagulopatia. Baseiam-se no facto de aquela poder ser causada por doenças hereditárias como a hemocromatose, a doença de Wilson, o défice de  $\alpha 1$  Antitripsina ou a fibrose quística. Na medida em que todas estas são de facto hereditárias (pg 1972, 1ª coluna, tabela 302-1), podem ser causa de cirrose, e como tal levar à insuficiência hepática, **considera-se a reclamação fundamentada**. A insuficiência hepática não é, em rigor, uma coagulopatia, ainda que possa originá-la e que contrasta por isso com as outras condições mencionadas nas hipóteses de resposta como coagulopatias (adquiridas ou congénitas).

Contudo, o argumento de que a condição mencionada não é uma coagulopatia primária mas sim uma situação que pode conduzir a ela aplica-se não só à insuficiência hepática mas também ao Síndrome Hemolítico Urémico, que afecta predominantemente a parede do vaso e não o sistema da coagulação (página 723) e que foi considerada uma resposta correcta à questão, na medida em que a sua etiologia não é necessariamente adquirida.

A própria formulação da pergunta coloca a insuficiência hepática exactamente ao mesmo nível que todas as outras patologias, ao solicitar ao candidato que a considere uma condição referente a uma coagulopatia (hereditária ou adquirida). Não é assim evidente que os candidatos devam distinguir esta condição das outras mencionadas, e avaliar a sua etiologia (hereditária ou adquirida) usando critérios diferentes dos que usam para as outras condições consideradas primariamente coagulopatias.

Ainda que doenças como Doença de Wilson ou a Hemocromatose sejam sobretudo causas de cirrose e hepatite e não de uma coagulopatias hereditárias, a verdade é que se podem considerar situações hereditárias conducentes, eventualmente, a coagulopatia devida a insuficiência hepática.

Assim, alínea que menciona a insuficiência hepática como causa não necessariamente adquirida de coagulopatia (alínea 1 do teste branco) deve ser considerada **opção correcta de resposta**.

Argumentam outros candidatos que ainda “A presença de auto-anticorpos anti factor VIII” não é necessariamente uma coagulopatia adquirida. Baseiam-se no facto de a prevalência de inibidores (anticorpos anti-factor VIII) ser de 5-10% do total dos doentes hemofílicos, que são portadores de uma doença hereditária. Contudo nestas circunstâncias os inibidores são alo-anticorpos, formados após exposição à proteína em défice, consequência da terapêutica de substituição (pg 727, 2ª coluna, 2º parágrafo). A formação de AUTO-ANTICORPOS é de facto adquirida, como é explícito na página 731, 1ª coluna, 3º parágrafo do livro de texto. Assim, considera-se esta reclamação improcedente.

**Nestas circunstâncias esta pergunta passará a ter como chave correcta no teste Branco as alíneas 1, 2 e 4.**

**Pergunta 59 do teste branco (79 do teste azul, 39 do teste amarelo)**

Argumentam os reclamantes que o conhecimento acerca dos níveis de expressão das proteínas CD55 e CD59 na hemoglobinúria paroxística nocturna não se enquadra no âmbito do conhecimento exigido a um médico não especialista; contudo, este conhecimento é essencial ao diagnóstico da doença (pois é dele que depende o pedido e interpretação dos resultados do teste que permite diagnosticar a referida patologia). Embora rara, a hemoglobinúria paroxística nocturna impõe-se como diagnóstico diferencial em diversas circunstâncias clínicas, pelo que o conhecimento dos antígenos de superfície em falta nesta doença é importante para os médicos não especialistas. A reclamação é improcedente.

Argumentam outros que a doença não se caracteriza pela “Apresentação clínica sob a forma de pancitopénia”. Contudo é explícito na pg 660, 2ª coluna, 3º parágrafo que esta é uma forma característica de apresentação; pode não estar sempre presente, o que dificulta o diagnóstico. A reclamação é improcedente.

Ainda é argumentado que a doença não se caracteriza por um “Risco mais elevado de trombose venosa” o que é incorrecto à luz da explicação da pg 660, 2ª coluna, 3º parágrafo (“In addition to hemolysis there is often pancytopenia and a risk of venous thrombosis”). Assim esta reclamação é improcedente.

**Pergunta 60 do teste branco (80 do teste azul, 40 do teste amarelo)**

Argumentam alguns candidatos que, relativamente à deficiência de G-6PD, a afirmação “A grande maioria dos doentes apresenta sintomatologia ao longo da vida” deve ser considerada correcta (e como tal uma opção adequada de resposta à pergunta) pois os doentes estão expostos a factores desencadeantes de hemólise ao longo de toda a sua vida e portanto sempre sujeitos ao aparecimento de sintomas. Embora este risco seja inegável, a verdade é que a vasta maioria dos doentes se mantém assintomática ao longo da sua vida, o que está taxativamente afirmado na pg 657, 1ª coluna, 4º parágrafo da 17ª edição do livro aconselhado. Considero por isso as reclamações improcedentes.

Argumentam outros que não é verdade que “A presença de corpos de Heinz no sangue periférico” pode fazer parte da expressão clínica da deficiência de G-6PD. Contudo o contrário é afirmado na pg 657 da 2ª coluna, 2º parágrafo do livro aconselhado. Considero por isso a reclamação improcedente.