

F20

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Transplante de Rim

Nefrologia



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F20**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória GGT - Gamaglutamiltransferase Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal IST – Infecção Sexualmente Transmissível mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat. – Saturação Temp. – Temperatura axilar TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL Lactato = 5 a 15 mg/dL Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 135 a 145 mEq/L TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular) Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ ou µL Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p>Doppler de artéria: Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99 Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ Lactato = até 20 mg/dL Proteína = até 40 mg/dL Líquido pleural ADA = até 40 U/L Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

01

Uma paciente de 46 anos de idade, em hemodiálise há 60 meses, doença de base lúpus eritematoso sistêmico e candidata ao 1º transplante renal, procura o hospital para avaliar a possibilidade de transplante renal com doador vivo, primo (filho de sua tia materna - 4º grau de parentesco). A receptora referia história prévia de 5 transfusões e 2 gestações. O *screening* imunológico inicial mostrou auto prova cruzada contra linfócitos T e B positivas, mas negativa com soro tratado com DTT. A prova cruzada contra linfócitos T do doador foi negativa e a prova cruzada contra linfócitos B do doador foi inicialmente positiva, mas também negativou após tratamento do soro com DTT. A reatividade contra painel da receptora, por técnica de Luminex, mostrou reatividade de 50% Classe I e 75% de Classe II, com a presença de dois anticorpos específicos contra o doador, o B35 (MFI = 1.250) e o DR7 (MFI = 837). Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta neste momento.

- (A) Recusar este doador, já que a prova cruzada contra o doador foi positiva e negativou após o tratamento do soro com DTT.
- (B) Explicar à receptora que o transplante com este doador só poderá ser realizado se a receptora fizer um tratamento de dessensibilização com imunoglobulina humana.
- (C) Recusar este doador, já que a detecção de anticorpos específicos contra o doador anti-B35 e DR7 no painel realizado por Luminex, contraindicam totalmente a realização deste transplante.
- (D) Complementar a avaliação imunológica com a realização de uma prova cruzada contra o doador através da técnica de citometria de fluxo. Com o resultado negativo por citometria de fluxo, prosseguir-se-ia à execução do transplante mesmo com a detecção de anticorpos específicos contra o doador.

02

Em relação aos mecanismos envolvidos no reconhecimento imunológico ao enxerto renal, pode-se afirmar:

- (A) Células apresentadoras de antígenos provenientes do doador apresentam antígenos HLA aos linfócitos T presentes no enxerto, o que caracteriza a via de apresentação direta de antígenos.
- (B) Células apresentadoras de antígenos provenientes do receptor apresentam antígenos HLA aos linfócitos T presentes nos linfonodos regionais, o que caracteriza a via de apresentação indireta de antígenos.
- (C) O reconhecimento de antígenos HLA pelo receptor de célula T (sinal 1 de ativação) é uma condição necessária e suficiente para a ativação e proliferação do linfócito T e desencadeamento de rejeição, tanto em receptores sensibilizados quanto em não sensibilizados.
- (D) A interação entre o CD28 dos linfócitos T e o CD80 ou CD86 das células apresentadoras de antígenos (sinal 2 de ativação) é uma condição relevante para o desencadeamento de rejeição apenas em receptores não sensibilizados.

03

O KDRI (*Kidney Donor Risk Index*) e o KDPI (*Kidney Donor Profile Index*) são amplamente utilizados em centros transplantadores internacionais. É correto afirmar:

- (A) O KDRI é um índice expresso em percentual e utilizado para caracterizar o risco de perda do enxerto em pacientes transplantados com doador falecido.
- (B) Idade, raça, história prévia de hipertensão arterial e diabetes e antecedente de hepatite C são algumas variáveis do doador incluídas na composição do índice KDRI.
- (C) São indicadores criados para estimar o risco de um paciente transplantado renal, desenvolver função retardada do enxerto após o transplante.
- (D) Embora tenha sido um índice criado nos Estados Unidos, o KDPI é um excelente indicador para identificação de rins de critério expandido e pode ser adaptado à realidade de outros países. Por estas razões, o KDPI deve ser utilizado como única ferramenta no momento de aceitação de rins de doadores falecidos.

04

Sobre o diagnóstico histológico de rejeição aguda de acordo com a classificação de Banff 2019, pode-se afirmar:

- (A) A presença de infiltrado linfocitário na íntima arterial, mas sem infiltrado tubular, não fecha o diagnóstico de rejeição aguda mediada por células T.
- (B) Na classificação de Banff, o diagnóstico de rejeição aguda mediada por células T grau IIA significa que existe inflamação intersticial com infiltrado linfocítico intenso, mas sem acometimento vascular.
- (C) Só a presença de necrose tubular aguda com depósito de C4d e presença de anticorpo doador específico, não é suficiente para o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpos.
- (D) A presença de microangiopatia trombótica aguda com inflamação da microcirculação, depósito de C4d em capilar peritubular e evidência sorológica de anticorpo específico do doador fecham o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpo.

05

Com relação aos imunossupressores empregados no transplante, pode-se afirmar:

- (A) Timoglobulina é um anticorpo monoclonal que tem como alvo o CD3 presente na superfície dos linfócitos.
- (B) Timoglobulina é um anticorpo policlonal capaz de lisar linfócitos T e B, além de macrófagos e células NK.
- (C) Uso concomitante de azatioprina e alopurinol é contraindicado em pacientes com hepatopatia.
- (D) Tacrolimus pode estar associado à ocorrência de síndrome hemolítico-urêmica após o transplante, mas a ciclosporina não.

06

Com relação à prova cruzada por Citotoxicidade Dependente de Complemento (CDC), pode-se afirmar:

- (A) Adição de Antiglobulina Humana (AGH) ao CDC contra linfócitos T potencializa o teste, visto que, facilita a detecção de anticorpos anti-HLA doador-específicos em baixos níveis.
- (B) No teste de prova cruzada por CDC, o resultado positivo contra linfócitos T+AGH e negativo contra linfócitos B, indica que os anticorpos circulantes são de classe II.
- (C) Prova cruzada por CDC detecta anticorpos anti-HLA doador específicos do isotipo IgG e IgM em altos níveis, mas são incapazes de detectar autoanticorpos.
- (D) A prova cruzada por CDC contra linfócitos T positiva e CDC contra linfócitos T tratada com ditiotretol (DTT) negativa indica que o anticorpo envolvido na positividade da prova cruzada é do isotipo IgG.

07

Sobre a infecção pelo poliomavírus após o transplante renal, é correto afirmar:

- (A) A nefropatia por poliomavírus é uma complicação infecciosa importante após o transplante, podendo ocorrer em 40% dos rins transplantados. Em geral, ocorre após o segundo ano de transplante e frequentemente está associado à perda do enxerto.
- (B) O indivíduo transplantado pode apresentar a presença do poliomavírus na urina e no sangue. Para o diagnóstico da nefropatia pelo poliomavírus, a virúria é o teste que melhor se correlaciona com a presença de nefropatia.
- (C) Leflunomida e cidofovir são as medicações de escolha para o tratamento da infecção pelo CMV. Assim que detectado a presença do vírus na urina ou no sangue do paciente transplantado, deve ser iniciado o tratamento com uma destas medicações.
- (D) A prevalência de doadores positivos para poliomavírus é elevada. Em torno de 90% dos indivíduos adultos possuem a presença do poliomavírus no trato urinário, o que favorece quadros de infecção latente após início da imunossupressão.

08

Na avaliação clínica do doador vivo, é correto afirmar:

- (A) Pacientes com cálculos renais bilaterais podem ser doadores de rim se tiverem cálculos com dimensões menores que 4 mm.
- (B) Hematúria no doador deve ser investigada somente com a realização de cistoscopia e urocultura.
- (C) Só devem ser recusados os doadores que tiverem mais que três cálculos renais.
- (D) Indivíduos que apresentam relação urinária de microalbumina/creatinina maior que 30 devem ser excluídos como possíveis doadores, devido à suspeita de doença renal incipiente.

09

Sobre o risco de transmissão de infecção através do transplante de órgãos sólidos, é correto afirmar:

- (A) Doadores com sorologia positiva para Chagas tem risco de transmissão da doença para o receptor em torno de 20 a 30%. No entanto, conhecendo previamente esta condição, é possível a utilização de alguns órgãos como rim, fígado e pâncreas, desde que o receptor tenha acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso e seja tratado precocemente.
- (B) Órgãos de doadores com meningite por *Listeria sp.* podem ser aceitos para transplante, desde que os doadores estejam sob tratamento há pelo menos 24 horas.
- (C) Doadores de órgãos com tuberculose ativa são considerados de risco aumentado, mas aceitáveis para risco de transmissão de infecção para os receptores.
- (D) Órgãos de doadores HCV positivos não devem ser aceitos para receptores HCV negativos, sendo considerado de risco inaceitável.

10

O uso de Imunoglobulina Intravenosa Humana (IVIg) é uma das medicações utilizadas no processo de dessensibilização de pacientes com altos títulos de anticorpos anti-HLA e no tratamento de rejeição mediada por anticorpo. Sobre a administração da IVIg, é correto afirmar:

- (A) Meningite asséptica é um efeito colateral comum e está associado à condição de hiperosmolaridade.
- (B) A meia-vida da IVIg é de 7 a 10 dias.
- (C) A infusão de IVIg pode causar nefrotoxicidade, especialmente nas formulações que utilizam aminoácidos como diluente.
- (D) Preparações de IVIg que utilizam açúcar como diluente, especialmente a maltose e sacarose, podem causar falsa hiperglicemia durante sua infusão.

11

Paciente de 20 anos de idade, do sexo masculino, com hipertensão arterial, proteinúria de 5 g/dia, hematúria com 50 hemácias por campo, albumina sérica baixa, complemento consumido e creatinina de 1,6 mg/dL, cuja biópsia renal tem como diagnóstico uma glomerulonefrite membranoproliferativa com imunofluorescência predominando depósitos de imunoglobulinas. Assinale a alternativa que apresenta os exames de investigação etiológica que não podem faltar.

- (A) Pesquisa de anti-PLA2R.
- (B) Imunofixação sérica e urinária.
- (C) Pesquisa de imunoglobulina A sérica.
- (D) Sorologias de hepatites, HIV e autoanticorpos.

12

A nefropatia pelo poliomavírus é uma complicação infecciosa que pode acometer o rim transplantado e levar à perda do enxerto. É correto afirmar:

- (A) O acompanhamento da viremia do poliomavírus não contribui para o diagnóstico precoce e seguimento dos pacientes transplantados sob risco de desenvolver nefropatia pelo poliomavírus. O que deve ser utilizado como ferramenta para monitoramento é a virúria, já que o vírus está dentro do epitélio tubular.
- (B) A infecção primária pelo poliomavírus (BK e JC) ocorre principalmente em pacientes transplantados devido à imunossupressão. A soroprevalência na população geral adulta é baixa, em torno de 10%.
- (C) A dose da imunossupressão como um todo é um fator importante para aumentar a replicação do poliomavírus no epitélio tubular. A redução da imunossupressão e a utilização de inibidores da mTOR podem modular e reduzir a replicação viral, principalmente nas fases iniciais da nefropatia pelo poliomavírus.
- (D) A classificação de Banff para diagnóstico da nefropatia pelo poliomavírus utiliza basicamente a presença e a carga viral intrarrenal, o número de macrófagos infiltrados a nível tubular e o escore de fibrose intersticial.

13

Paciente de 46 anos de idade, do sexo feminino, foi convocada para realização de seu primeiro transplante renal com doador falecido. A causa de sua doença renal foi nefropatia da IgA e a paciente estava em hemodiálise há 60 meses. Recebeu duas transfusões no ano inicial de diálise e no passado teve duas gestações. Seu painel era 0% em Classe I e 30% em Classe II, sendo detectados anticorpos no soro da paciente contra os antígenos DR3 e DR7. A tipagem HLA da receptora era A30,68 B51,82 e DR 4,13. O doador falecido era do sexo masculino, 57 anos de idade e a causa de morte foi AVC hemorrágico. Tinha antecedente de hipertensão arterial e sua creatinina de entrada era 0,8 e de saída de 2,1. A tipagem HLA do doador era A03,02 B35,51 DR 4,15. Sobre a escolha da imunossupressão neste caso, pode-se afirmar:

- (A) A imunossupressão com drogas que atuem depletando a população de linfócitos T não vão interferir na apresentação de antígenos HLA do doador e aumentarão significativamente o risco de infecções virais como o citomegalovírus.
- (B) O uso da timoglobulina oferece uma imunossupressão inicial potente, reduzindo o risco de rejeição aguda e permitindo a utilização de doses reduzidas de inibidores de calcineurina nos momentos iniciais do transplante.
- (C) A utilização de antagonista do receptor de interleucina-2 (anti-IL-2R) pode ser uma opção como terapia imunossupressora de indução mas, em razão da presença de anticorpos anti-HLA contra classe II, a paciente deverá receber também imunoglobulina humana (IVIg).
- (D) Em razão da presença de anticorpos específicos contra o doador, a imunossupressão inicial deverá ser com imunoglobulina humana (IVIg).

14

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, portador de insuficiência renal crônica secundária à glomeruloesclerose segmentar e focal, realizou primeiro transplante renal com doador vivo, parente-tio. O paciente nunca havia recebido transfusão sanguínea prévia, tinha seis disparidades HLA com o tio em locus A,B e DR e tinha reatividade contra painel (PRA) por Luminex negativo (0%). A cirurgia transcorreu bem, sem intercorrências e o paciente apresentou diurese imediata e queda da creatinina satisfatória até o 3º PO. O esquema imunossupressor utilizado foi basiliximabe, como indução, e manutenção com tacrolimus (0,2 mg/kg/dia), micofenolato sódico (1.440 mg/dia) e prednisona (40 mg/dia). No 4º dia de pós-operatório, o paciente apresentou diminuição da diurese, ganho de peso e aumento de creatinina. Neste dia, o nível sérico de tacrolimus era 3,5 ng/mL. A relação proteína/creatinina (g/g) em amostra isolada de urina foi 12 no momento pré- transplante e 3 no 3º dia de pós-operatório. O USG do rim transplantado mostrou boa perfusão renal, velocidade de artéria renal discretamente aumentada, sem coleção aparente. A evolução clínica e da função renal após o transplante, conforme tabela a seguir:

Dia de Transplante	Creatinina sérica (mg/dL)	Diurese ml/24 horas	Peso diário (kg)
Pré Transplante	11,7	300	64,2
1º PO	5,7	5.200	66,7
2º PO	3,0	3.300	66,2
3º PO	1,7	2.200	66,0
4º PO	2,0	1.000	67,8

Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Tratar o paciente com timoglobulina pode ser necessário, mesmo que o paciente apresente um infiltrado linfocitário leve (Banff IA) em razão da precocidade da rejeição.
- (B) O achado histológico de infiltrado linfocitário em túbulos não seria possível, tendo em vista a precocidade do transplante.
- (C) A conduta mais adequada neste caso é reabordar cirurgicamente o paciente para tratamento de fístula urinária.
- (D) O tratamento adequado para este caso seria a realização de plasmaférese precoce, já que o diagnóstico mais provável seria a recidiva da doença de base (glomeruloesclerose segmentar e focal).

15

Sobre o diagnóstico e monitorização do CMV após o transplante, é correto afirmar:

- (A) Na doença invasiva, a identificação de alterações citopáticas ou detecção de antígenos do CMV por imunohistoquímica são considerados padrão-ouro para o diagnóstico do CMV.
- (B) A identificação de partículas virais, proteína ou ácido nucleico, em qualquer fluido corporal ou tecido, mesmo na ausência de sintomas, define o termo “doença por CMV”.
- (C) Os pacientes soronegativos para CMV que recebem um enxerto de doador CMV positivo devem receber tratamento profilático com ganciclovir endovenoso ou valganciclovir por 6 meses. Após este período, o risco de infecção é muito baixa e não justifica a monitorização de viremia periodicamente.
- (D) A doença invasiva em trato gastrointestinal está sempre associada a elevada viremia no sangue.

16

Sobre potenciais doadores falecidos de rim, é correto afirmar:

- (A) Na morte encefálica com elevação da pressão intracraniana, ocorre elevação da velocidade nas artérias intracerebrais e o aparecimento de padrões de ondas característicos de parada circulatória cerebral ou colapso cerebral.
- (B) A presença de tumores como o astrocitoma anaplásico (grau III) e o glioblastoma multiforme não contraindicam a doação de órgãos.
- (C) O protocolo de morte encefálica se encerra após a realização de dois testes clínicos e um exame complementar.
- (D) Exames de hepatite B com HBsAg negativo, anti-HBs positivo e anti-HBc total positivo devem contraindicar a doação.

17

Quanto aos mecanismos de ação e metabolismo das drogas imunossupressoras, é correto afirmar:

- (A) A ciclosporina reduz a recirculação enterohepática do micofenolato, diminuindo a área sob a curva do ácido micofenólico em até 40%, quando comparada ao tacrolimo.
- (B) Assim como o tacrolimus, o everolimo se liga à FKBP12 e inibe a calcineurina, mas age, preferencialmente, interferindo na via de sinalização desencadeada pelo sinal 3 de ativação através da inibição da mTOR.
- (C) A ciclosporina e o tacrolimus interferem tanto na via de sinalização desencadeada pelo sinal 1 de ativação através da inibição da calcineurina, quanto na via de sinalização desencadeada pelo sinal 2 de ativação, através da inibição da produção de interleucina 2.
- (D) O micofenolato age através do bloqueio da síntese *de novo* das purinas de todas as células nucleadas.

18

Paciente, 35 anos de idade, sensibilizada anti-HLA com painel de 45% classe I e 63% classe II, foi submetida a transplante renal com doador falecido. Tinha três incompatibilidades HLA: A24, A29 e DQ4, sendo este, doador-específico com mediana de intensidade de fluorescência (MIF) de 3270. A prova-cruzada por citotoxicidade dependente de complemento de alocação foi negativa. Paciente recebeu indução com timoglobulina, manutenção com micofenolato mofetil, tacrolimus e prednisona. Teve alta hospitalar no 13º dia pós-transplante, com diurese de 1.200 mL e creatinina de 2,5 mg/dL. Manteve creatinina em torno de 1,9 mg/dL, sendo submetida à biópsia renal e coleta de soro para avaliar os anticorpos anti-HLA no 1º mês pós-transplante. A biópsia evidenciou glomérulos com presença de linfócitos e de neutrófilos (g2), túbulos sem alterações, interstício com edema, capilares peritubulares com pericapilarite linfocítica (ptc 1); C4d negativo. No teste de painel com a pesquisa de anticorpo doador-específico foi detectada a presença de anti-A24 com MIF de 2.570 e anti-DR04 com MIF de 5.430. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de um caso de rejeição ativa mediada por células, visto que o C4d é negativo e tem infiltrado de linfócitos em glomérulos.
- (B) Trata-se de rejeição mista, pois tem componente de infiltrado celular túbulo-intersticial e edema.
- (C) Infiltrado inflamatório na microcirculação renal e pesquisa de anticorpo doador-específico positiva, mesmo com C4d negativo, são critérios diagnósticos de rejeição mediada por anticorpos.
- (D) Para diferenciar se a rejeição é mediada por células ou por anticorpos é necessário que se repita a prova-cruzada por citotoxicidade dependente de completo.

19

Em relação à avaliação clínica do paciente candidato ao transplante renal, é correto afirmar:

- (A) Pacientes com mais de 50 anos de idade, diabéticos e histórico prévio de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral podem encerrar sua investigação cardiológica após a realização de testes não invasivos, como a cintilografia miocárdica, o teste ergométrico ou o ecocardiograma com estresse farmacológico.
- (B) Pacientes com neoplasia maligna em atividade, incluindo todos os tumores de pele e neoplasia maligna de próstata (escore de Gleason >1), devem ser excluídos da lista para transplante.
- (C) O *screening* para pesquisa de aneurisma intracraniano deve ser feito em todos os pacientes com doença renal policística autossômica dominante.
- (D) Pacientes com mieloma múltiplo ou amiloidose AL podem ser listados para transplante renal se tiverem recebido tratamento potencialmente curativo e em estado de remissão da doença.

20

Paciente do sexo masculino, 76 anos de idade, tabagista prévio e hipertenso, em uso crônico de hidroclorotiazida 25 mg e enalapril 20 mg 1x/dia. Há 3 semanas, evoluindo com sonolência e, segundo os familiares, alguma lentificação do pensamento. Ao exame físico, a pressão arterial é de 134x88 mmHg, FC de 70 bpm, sem febre, eupneico, hidratado e pulmões livres, sem edemas. Exame neurológico: paciente sonolento, mas sem outros achados positivos.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10 g/dL
 Leucócitos: 9.000/mm³
 Plaquetas: 145.000/mm³
 Ureia: 40 mg/dL
 Creatinina: 1,0 mg/dL
 TSH: normal
 Na⁺: 122 mEq/L
 K⁺: 4,8 mEq/L
 Ácido úrico: 2 mg/dL
 Cálcio total: 11,2 mg/dL
 Fósforo: 4,2 mg/dL
 pH: 7,35
 HCO₃⁻: 30 mEq/L
 Albumina: 3,3 g/dL
 Na⁺ urinário: 40 mEq/L
 Osmolalidade urinária: 480 mOsm/L

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e o manejo clínico corretos.

- (A) Paciente com hiponatremia sintomática decorrente de provável uso crônico de tiazídicos, está indicada à expansão salina com salina fisiológica 0,9%.
- (B) Paciente com provável síndrome da antidiurese inapropriada, está indicada restrição hídrica e oferta de dieta rica em sal.
- (C) Paciente com provável hipercalemia da malignidade, está indicada expansão com salina fisiológica 0,9% associada à furosemida.
- (D) Paciente com provável síndrome da antidiurese inapropriada, está indicada expansão salina fisiológica 0,9%.

21

Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, com história de etilismo e diarreia crônica, tem apresentado crises de cólica renal por cálculo nos últimos anos. Recentemente, observada disfunção renal progressiva nos últimos 18 meses (creatinina atual 2,5 mg/dL). Ao exame de urina: leucócitos 20/campo, hemácias 3/campo, proteína 0,5 g/L e presença de cristais de oxalato. Em relação ao caso apresentado, quais exames devem esclarecer o diagnóstico da nefropatia progressiva?

- (A) Eletroforese de proteína e imunofixação.
- (B) Dosagem de IgA e complemento.
- (C) Urocultura geral e PCR para micobactéria na urina.
- (D) Dosagem de oxalato em urina de 24 horas e pesquisa de gordura nas fezes.

22

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, comparece no pronto-socorro com quadro clínico de astenia e fraqueza muscular. Quadro se iniciou há 2 semanas com queda do estado geral. Descorada, hidratada, PA de 122x65 mmHg, FC de 52 bpm, FR de 28 ipm, com SatO₂ 92% em ar ambiente, temperatura de 36,5°C. Ao exame físico, apresentou abdome distendido e indolor, com adenomegalias inguinais e axilares proeminentes. Consciente e orientada.

• Exames laboratoriais:

Hb: 6,8 g/dL
 Leucócitos: 23.000/mm³
 Plaquetas: 38.000/mm³
 Ureia: 80 mg/dL
 Creatinina: 1,7 mg/dL
 Na⁺: 132 mEq/L
 K⁺: 7,2 mEq/L
 Ca²⁺ ionizado: 4,2 mg/dL
 Fósforo: 9,2 mg/dL
 DHL: 2.400
 pH: 7,28
 pCO₂: 32
 Bicarbonato: 18 mEq/L
 Lactato: 42 mg/dL

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e manejo clínico corretos.

- (A) Paciente com sepse e disfunção de múltiplos órgãos, secundária doença neoplásica, está indicada a abertura do protocolo sepse imediatamente.
- (B) Paciente com provável síndrome de lise tumoral espontânea, iniciar medidas para hipercalemia, confirmar hiperuricemia e administrar alopurinol; hidratação EV generosa está indicada.
- (C) Paciente com provável intoxicação exógena, indicada a diálise imediatamente.
- (D) Paciente com provável IRA obstrutiva por câncer disseminado, passar sonda vesical, dose alta de bicarbonato EV e chamar urologista para duplo J com urgência.

23

Quando comparada ao transplante renal com doador falecido, é correto afirmar sobre o transplante com doador vivo:

- (A) Não tem impacto na ocorrência de função retardada do enxerto, já que nas duas situações o rim doado fica em condições semelhantes de isquemia.
- (B) Oferece taxas de sobrevividas do enxerto e do paciente semelhantes, fornecendo apenas a vantagem de reduzir o tempo de espera em lista.
- (C) Rins tanto de doadores vivos parentes como não-parentes oferecem uma melhor qualidade que pode impactar na sobrevida do enxerto a longo prazo.
- (D) No Brasil, o número de transplantes renais com doador vivo supera o número de transplantes com doador falecido.

24

Com relação ao sistema de histocompatibilidade humana (HLA), é correto afirmar:

- (A) Os antígenos HLA de classe I estão expressos nas superfícies de todas as células nucleadas, das plaquetas e das hemácias e os antígenos de classe II estão expressos apenas na superfície dos linfócitos B e das células endoteliais do órgão doado.
- (B) Os antígenos HLA são as proteínas humanas codificadas por genes no braço curto do cromossomo 6, por este motivo são pouco polimórficas com apenas 1 alelo por *loci*.
- (C) Antígenos de classe I e II são codificados pelo mesmo gene, e tem como principal função a apresentação de antígenos, o que ocorre na fenda da molécula.
- (D) Os antígenos HLA de classe II estão expressos na superfície das células apresentadoras de antígenos (APCs), linfócitos B e macrófagos e nas células imunes ativadas (ex. célula endotelial do órgão transplantado).

25

Paciente do sexo masculino, 62 anos de idade, hipertenso e diabético há 4 anos, desenvolveu proptose olho esquerdo e ressonância magnética do SNC sugere meningioma extenso retrorbitário. Foi internado para ressecção, mas nos exames pré-operatórios observa-se:

Ureia: 88 mg/dL
 Creatinina: 1,9 mg/dL
 Na⁺: 132 mEq/L
 K⁺: 3,8 mEq/L
 Urina com relação proteína/creatinina: 4,8 g/g
 Urina tipo I: leucócitos 3/c e hemoglobina 4/c
 Proteína total: 7,2
 Albumina: 3,9 g/dL
 Ácido úrico: 7 mg/dL
 Ca²⁺ total: 11,9 mg/dL
 HbA1c: 6,2 %

Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Paciente tem proteinúria nefrótica que deve estar relacionada ao quadro do processo expansivo cerebral, provável glomerulonefrite membranosa, solicitar pesquisa de anticorpo anti-PLA2R.
- (B) Paciente com nefropatia crônica provavelmente associada ao diabetes, proceder ao tratamento cirúrgico e reavaliado posteriormente com nefrologista no ambulatório.
- (C) Paciente com provável gamopatia monoclonal, suspender neurocirurgia, solicitar imunofixação plasmática, imunoeletroforese urinária e considerar dose alta de dexametasona.
- (D) Provável glomerulonefrite crescêntica rapidamente progressiva, cancelar a neurocirurgia, administrar pulso de metilprednisolona e proceder à biópsia renal nesta internação.

26

O tratamento preemptivo para infecção por citomegalovírus consiste em monitoração do CMV no sangue do paciente transplantado em intervalos regulares para detecção precoce da replicação viral. Pode-se afirmar:

- (A) Com a terapia preemptiva é possível reduzir a taxa de CMV tardio, permitindo o uso de medicação de forma mais seletiva, diminuindo o custo e a toxicidade das medicações.
- (B) A coordenação com relação à logística de coleta e a checagem dos resultados, assim como o início precoce da terapia após a positividade, são questões pouco relevantes que não influenciam o sucesso desta estratégia.
- (C) A terapia preemptiva com coletas de sangue 1 vez/semana por um período de 3-4 meses não deve ser utilizada em receptor CMV IgG+ que tenha recebido rim de doador CMV IgG+.
- (D) Os níveis de viremia com a terapia preemptiva devem ser interpretados da mesma maneira em receptores CMV IgG+/doador IgG- e receptores CMV IgG-/doador IgG+.

27

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, em regime de hemodiálise ambulatorial por acesso *permcath* há 3 anos, três vezes por semana. Etiologia da DRC não conhecida. Comparece no hospital após intensa cefaleia no dia seguinte à sessão de hemodiálise. Ao exame clínico, sem sinais neurológicos focais evidentes, escala de coma Glasgow 14, mas PA de 180x102 mmHg, FC de 52 bpm.

• Exames laboratoriais:

K⁺: 6,8 mEq/L
 HCO₃⁻: 18 mEq/L
 Ureia 198 mg/dL

TC evidenciou hematoma subdural parietal D extenso. Como havia urgência dialítica, foi prescrita hemodiálise por 3 horas e meia. Após 3 horas de diálise, a paciente teve rebaixamento de nível de consciência, foi intubada e nova TC revelou intenso edema peri-hematoma subdural, desvio da linha média e herniação uncal. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a medida correta que poderia ter evitado este desfecho.

- (A) Hemodiálise convencional precedida de intubação orotraqueal.
- (B) Hemodiálise lenta, de baixa eficiência, em ambiente de UTI.
- (C) Manitol 1 g/kg EV e providenciar passagem de cateter de *tenckhoff* para diálise peritoneal.
- (D) Correção de bicarbonato antes do procedimento dialítico.

28

Paciente do sexo feminino, 75 anos de idade, em regime de hemodiálise ambulatorial por FAV há 4 anos. Há 3 semanas, apresenta episódios de enterorragia, mesmo sem heparina nas sessões de diálise. Endoscopia digestiva alta não revelou lesões. A colonoscopia não evidenciou lesões tumorais. Ao exame, PA 178x60 mmHg, descorada ++, sopro sistólico em borda esternal esquerda com irradiação para o pescoço. Em relação ao caso apresentado, qual lesão mais provavelmente explica os sintomas e qual exame deve ser solicitado para complementar investigação?

- (A) Neoplasia de intestino delgado; CEA (Antígeno Carcinoembrionário).
- (B) Hemobilia; CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica).
- (C) Angiodisplasia intestinal; ecocardiograma transtorácico.
- (D) Plaquetopenia autoimune; avaliação do Coombs direto.

29

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, transplantado de coração há 12 anos por miocardite de causa indeterminada que evoluiu para miocardiopatia dilatada. Medicação regular: prednisona 5 mg; ciclosporina 100 mg duas vezes/dia e MMF 360 mg duas vezes/dia. Nos últimos anos, evoluiu com elevação gradual da creatinina, atualmente 4,2 mg/dL, urina tipo I com sedimento normal e proteinúria de 0,5 g/L. PA de 150x88 mmHg, com atenolol 50 mg/dia, losartana 50 mg/dia e furosemida 40 mg/dia, além de atorvastatina 40 mg/dia.

• Exames laboratoriais:

FE: 0,60
 Hb: 11 g/dL
 K⁺: 5,6 mEq/L
 Albumina: 4,2 d/dL
 Plaquetas: 178.000/mm³
 Ca²⁺: 8,8 mg/dL
 Fósforo: 6 mg/dL
 Ácido úrico: 8,2 mg/dL
 HCO₃⁻: 19 mEq/L
 PTH: 250

Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) Paciente evoluiu com síndrome cardiorrenal pós-transplante cardíaco.
- (B) O hiperparatireoidismo primário que se seguiu ao transplante contribuiu para a perda de função renal.
- (C) Paciente tem provável GESF (glomeruloesclerose segmentar e focal) secundário ao transplante cardíaco.
- (D) Paciente tem provável fibrose intersticial secundária à nefrotoxicidade associada à imunossupressão do transplante.

30

Paciente do sexo masculino, 76 anos de idade, apresenta quadros de tonturas, dispneia e edema generalizado. Comparece no hospital para investigação. Ao exame físico, apresentou lesões equimóticas/purpúricas periorbitárias, exame neurológico normal, PA de 88x55 mmHg; FC de 64 bpm, sinus, descorado 2+; edema 3+/4+ dos membros inferiores e aumento do volume abdominal compatível com ascite. Aos exames laboratoriais: albumina 1,6 g/dL; UI com proteinúria 3+++; leucócitos 2/campo; hemácias 3/campo; ureia 60 mg/dL e creatinina 1,3 mg/dL. Ecocardiograma com fração de ejeção 0,6, septo 16 mm, raio X de tórax com derrame pleural bilateral. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) Solicitar imunofixação e considerar biópsia de gordura pré-peritoneal.
- (B) Fazer tomografia para descartar TCE após uma provável síncope.
- (C) Tratar o quadro de insuficiência cardíaca descompensada com inotrópico e diuréticos.
- (D) Paracentese para drenagem de grande volume da ascite e iniciar espironolactona.

31

Paciente cirrótica *child C* decorrente de doença hepática com disfunção metabólica é internada com piora da função renal e dor abdominal. Foi identificada peritonite bacteriana, prontamente tratada. Ao exame parece desidratada, temperatura de 38 °C; PA de 92x54 mmHg, FC 100, pulmões livres; abdome ascítico (tenso e doloroso). Medicamentos de uso regular: propranolol, espironolactona, furosemida e insulina.

• Exames laboratoriais:

Creatinina: 1,8 mg/dL (basal 0,9 mg/dL)
 Ureia: 78 mg/dL
 K⁺: 3,3 mEq/L
 Albumina: 3,1 g/dL
 Urina tipo I: normal

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente tem indicação da correção da hipoalbuminemia com albumina humana 20% (1 g/kg EV diariamente até correção da albumina).
- (B) Suspende diuréticos e betabloqueador e considerar 24-48 horas de ressuscitação volêmica, com albumina EV (1 g/kg).
- (C) Coletar Na⁺ urinário e fração de excreção de Na⁺ (FeNa) para excluir IRA pré-renal. Se valores estiverem baixos, ressuscitar o paciente com cristaloides e albumina.
- (D) Paciente com síndrome hepatorenal instalada. Indicar o vasoconstritor esplâncnico terlipressina com albumina humana, por 14 dias.

32

Paciente do sexo masculino, 69 anos de idade, diabético e hipertenso há mais de 15 anos, doença coronariana já revascularizada há 5 anos. Após internação na UTI por sepse de foco pulmonar (pneumonia comunitária grave com SDRA), evoluiu com IRA e necessidade de diálise (método lento contínuo). Atualmente no 15ª dia de internação, está extubado sem vasopressores, melhora do *delirium*, mas ainda anúrico e necessitando suporte renal artificial. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) IRA instalada, transicionar método dialítico para HD intermitente e esperar recuperação em até 4-6 semanas, mas paciente tem fator de risco para doença renal crônica.
- (B) Cerca de 80% das IRAs dialíticas em UTI são reversíveis, desde que dialisadas com métodos dialíticos contínuos para evitar hipofluxo renal, o que impede a recuperação.
- (C) IRA decorrente da sepse é reversível na maioria dos casos, excetos naqueles em que há SDRA com ventilação mecânica.
- (D) Com duas semanas de IRA e melhora clínica geral, considerar diagnóstico diferencial da IRA, pois ainda está anúrico. Biópsia renal está indicada.

33

Homem de 37 anos de idade, natural do nordeste do Brasil, em São Paulo há mais de 10 anos. Como única queixa, refere edema de membros inferiores progressivo e ascendente há 1 mês. Nega antecedentes familiares relevantes. Nega tabagismo. Etilismo aos finais de semana. Pressão arterial em duas consultas distintas de 140x100 mmHg, em uso somente de diurético. Edema 3 +/4 simétrico com cacifo positivo. Abdome com hepatoesplenomegalia e macicez móvel dos flancos positiva. Hemograma normal, creatinina sérica de 1,50 mg/dL, urina 1 com 96 hemácias/campo (corte até 3 hemácias/campo), proteinúria de 7 g/dia, albumina sérica de 3,1 g/dL, C3 sérico de 63 mg/dL e C4 sérico de 8,5 mg/dL (ambos baixos). Sorologias de hepatite virais, HIV e VDRL negativos, FAN e anti-DNA negativos. Fator reumatoide 252 UI/mL (valor de referência < 11). Qual o melhor diagnóstico de doença glomerular para o paciente?

- (A) Nefropatia da IgA.
- (B) Crioglobulinemia mista.
- (C) Endocardite bacteriana.
- (D) Vasculite ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilo).

34

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, diabética tipo 2 há 15 anos, AVC prévio sem sequelas, atualmente com DRC estágio 3A/A2, creatinina basal 1,5 mg/dL. No ambulatório, além da losartana 50 mg/dia, amlodipina 10 mg/dia e tiazídico 25 mg/dia, vitamina D 7.000 UI/semana, AAS 100 mg/dia e atorvastatina 20 mg/dia, foi iniciada dapagliflozina (dapa) 10 mg/dia. Após 2 semanas de tratamento com dapa, o exame de creatinina apresenta resultado de 1,8 mg/dL. Não há intercorrências clínicas identificáveis pela história. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Observar sem nenhuma alteração na medicação e repetir creatinina em 4 semanas.
- (B) Coletar CPK, pois associação com atorvastatina pode ter determinado rabdomiólise e piora da função renal.
- (C) Suspender dapagliflozina, pois não há benefício da droga neste tipo de paciente.
- (D) Suspender losartana antes de uma nova tentativa de administrar inibidor se SGLT2.

35

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, HAS de longa data (usa hidroclorotiazida 25 mg e losartana 25 mg/dia de maneira irregular), obesa (peso usual 80 kg), creatinina basal 0,8 mg/dL. É admitida com dispneia aos esforços, ortopneia e edema de MMII. Ao exame físico, apresentou BEG, corada, PA de 180x98 mmHg, FC de 78 bpm, SatO₂ 92% com cateter de O₂ nasal 2L/min, estase jugular, crepitação nas bases pulmonares, edema MMII 2+, extremidades aquecidas e bom enchimento capilar. Ecocardiograma com FE 0,5; septo de 12 mm. Recebeu diurético e vasodilatação como tratamento, além de dieta pobre em sal, restrição hídrica, oxigenioterapia e prevenção de TEV. Após cerca de 48 horas, a creatinina subiu de 1,1 mg/dL para 1,5 mg/dL; K⁺ foi de 4,8 para 3,7 mEq/L; o peso foi de 88 kg para 84,5 kg. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) IRA KDIGO 2. Suspender diuréticos e expandir com solução salina.
- (B) IRA KDIGO 2. Suspender bloqueadores de angiotensina se estiver recebendo esse tipo de vasodilatador.
- (C) Paciente com elevação da creatinina decorrente de descongestão. Manter terapia diurética e vasodilatadora.
- (D) Paciente com elevação da creatinina decorrente de descongestão. Trocar furosemda por espironolactona e associar inotrópico.

36

Paciente, do sexo masculino, 74 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial, tabagismo ativo e doença coronariana tratada com angioplastia + *stent* há 02 anos. Comparece à consulta médica com PA de consultório de 160x80 mmHg (médias de 03 medidas). Refere que medidas realizadas em casa com aparelho automático de braço mostram valores semelhantes. Esquema anti-hipertensivo atual consiste em atenolol 100 mg/dia, losartana 100 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg. Em relação ao diagnóstico e manejo do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Estenose de artéria renal como causa da resistência do tratamento anti-hipertensivo, solicitar USG com Doppler de artérias renais.
- (B) Hipertensão arterial resistente, triagem de hiperaldosteronismo primário, visto esta ser a causa mais comum de hipertensão resistente.
- (C) Hipertensão arterial sistólica no idoso dentro da meta terapêutica para faixa etária, manter esquema anti-hipertensivo atual.
- (D) Efeito do avental-branco, solicitação de MAPA, uma vez que automedidas feitas em domicílio não são confiáveis.

37

Na avaliação da filtração glomerular do doador vivo, é correto afirmar:

- (A) A taxa de filtração glomerular maior ou igual a 90 mL/min/1,73m² deve ser utilizada em indivíduos jovens com idade menor que 50 anos.
- (B) A taxa de filtração glomerular calculada estimada deve ser utilizada preferencialmente. A utilização de marcadores de filtração exógena como inulina, lothalamato, ⁵¹Cr-EDTA, lohexol, ⁹⁹Tc-DTPA oferecem maior chance de erro e imprecisão e pouco contribuem na avaliação.
- (C) A taxa de filtração glomerular maior ou igual a 80 mL/min/1,73m² deve ser exigida para todos os doadores vivos, independentemente da idade.
- (D) Como não há redução na filtração renal após a doação, podem ser aceitos indivíduos com taxa de filtração glomerular menor do que 80 mL/min/1,73m².

38

Sobre as complicações vasculares após o transplante, é correto afirmar:

- (A) Existe uma maior incidência de estenose de artéria renal nos primeiros seis meses de transplante decorrente da agressão traumática da íntima arterial durante a manipulação do vaso e do enxerto.
- (B) A estenose de artéria renal é sempre causada por acotovelamento da artéria decorrente da desproporção entre o tamanho da artéria e da veia renal.
- (C) A trombose de artéria renal cursa, na maior parte dos casos, com dor no enxerto renal e hematúria macroscópica.
- (D) A ligadura ou trombose de uma artéria polar inferior está associada a maior incidência de linfocele.

39

Sobre rejeição aguda ativa mediada por anticorpo, é correto afirmar:

- (A) A ativação da via alternada do complemento é o mecanismo principal na patogênese da lesão endotelial na rejeição mediada por anticorpo.
- (B) Para o diagnóstico é preciso haver evidência de interação de anticorpo com o endotélio vascular, evidenciado pelo depósito linear de C4d em capilar peritubular e ou presença de inflamação microvascular moderada.
- (C) O achado histológico de necrose tubular aguda exclui o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpo, mesmo na presença de depósito de C4d. É preciso haver a presença de inflamação microvascular com arterite intimal ou transmural e/ou microangiopatia trombótica.
- (D) Inflamação da microcirculação com depósito de C4d em capilar peritubular, mas com a presença de microangiopatia trombótica aguda exclui rejeição aguda mediada por anticorpo e sugere o diagnóstico de síndrome hemolítico-urêmica atípica.

40

A fisiopatologia da função retardada do enxerto envolve uma cascata de eventos isquêmicos e inflamatórios ocorridos durante os períodos de isquemia e reperfusão. Pode-se afirmar:

- (A) Assim como na rejeição celular aguda, são os linfócitos as células que primeiramente infiltram o rim após o período de isquemia e reperfusão.
- (B) Em doadores falecidos, a preservação do rim com as soluções de Euro-Collins e Belzer tem efeito semelhante sobre a ocorrência de função retardada do enxerto.
- (C) A morte encefálica não tem nenhuma influência sistêmica sobre os eventos inflamatórios que venham a ocorrer no rim doado. Trata-se apenas de um evento neurológico.
- (D) Nos períodos de isquemia quente e fria, predominam os eventos isquêmicos resultantes da diminuição de aporte de oxigênio e ATP. Após a reperfusão, existe uma liberação acentuada de mediadores inflamatórios, aumentando a adesão e infiltração de leucócitos e ativação de complemento.

