

**CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 105
PROVA TÉORICO/PRÁTICA
MEDICO/NEFROLOGISTA
CAMPUS SÃO PAULO/ REITORIA/ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CASO CLÍNICO

Mulher, 31 anos de idade, negra, natural e procedente de São Paulo-SP, assistente de produção. Foi internada na enfermaria de nefrologia com quadro de edema de membros inferiores e fraqueza generalizada que dificultava a realização de atividades simples do cotidiano. O quadro iniciou-se há um mês aproximadamente e piorou na última semana. Refere cansaço, inapetência e emagrecimento de 2-3 kg. Relata ardência e irritação nos olhos. Tem dores articulares, especialmente nas mãos. Nega dor torácica ou falta de ar. Hábito intestinal normal, nega dor abdominal. Refere que a urina parece estar mais escura. Mora em casa de alvenaria com água e esgoto tratados. Nega gestação e abortamento. Não fuma, não bebe, não pratica exercícios, nega alergias e cirurgias. Nega outros antecedentes patológicos. Não faz uso de medicações.

Exame físico

Regular estado geral, descorada ++/4+, acianótica, hidratada e anictérica.

Peso = 64 Kg. Altura = 1,72 cm. T = 37,4°C, FR = 22 ipm, FC = 97 bpm (rítmico), PA = 138 x 90 mmHg.

Pulsos periféricos presentes e simétricos. Boa perfusão periférica. Edema + a ++/4+ de membros inferiores, sem sinais flogísticos. Não há sinais de trombose venosa profunda.

Fundo de olho normal.

Fraqueza muscular generalizada (grau 2 – 3).

Discreto edema, calor e dor nas articulações metacarpo falangeanas e falangeanas proximais.

Presença de adenomegalia cervical, gânglios 1–1,5 cm, de características inflamatórias. Tireoide normal.

Sem estase jugular a 30-45°.

Bulhas rítmicas e normofonéticas. Discreto sopro sistólico em foco aórtico, sem irradiação.

Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome normodistendido, sem massas ou visceromegalias. Ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Leve incômodo a punho percussão de região lombar bilateralmente.

CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 105

Exames complementares

Hemograma: Glóbulos Vermelhos: $2,8 \times 10^6 / \mu\text{l}$ (4,3-5,7); Hemoglobina: 8,9 g/dl (13,5-17,5); Hematócrito: 26% (39-50); VCM: 87,8 (81-95); Glóbulos Brancos: 3.250 (4-10 mil/mm³) – segmentação normal; Plaquetas: 92.000 (150-400 mil/mm³);

Albumina plasmática: 4,1 g/dl (> 3,5);

Na = 138 mEq/l (135-145); K = 2,0 mEq/l (3,5-5,0);

C = 1,32 mg/dl (0,6-1,2); Cistatina C = 1,45 mg/dl (0,6-1,0); TFG estimada (CKD-EPI Creat + Cist C) = 54 ml/min/1,73m²; U = 42 mg/dl (21-53);

Glicemia = 92 mg/dl (70-99);

Ca iônico = 1,27 mmol/l (1,14-1,31); P = 3,6 mg/dl (2,5-4,5); Mg = 1,9 mg/dl (1,3-2,1); Cloro = 123 mEq/l (98-107); pH = 7,18 (7,32-7,43) gasometria venosa; HCO₃ = 10,6 mEq/L (22-29) gasometria venosa.

Amostra isolada de urina: Na = 75 mEq/l; K = 50 mEq/l; Cl = 74 mEq/l

Urina I: cor amarela, densidade 1004 (1015-1025), aspecto límpido, pH: 6,0 (4,6 – 8,0), proteína: ++, açúcar: ausente, hemoglobina: ausente, pigmentos biliares ausentes, urobilinogênio normal, nitrito negativo, esterase positivo, leucócitos 78.000 (<= 10.000), hemácias 762.000 (<= 10.000), dismorfismo eritrocitário +++, alguns cilindros hialinos e hemáticos, cristais ausentes, leveduras e bactérias ausentes.

Urocultura: estéril.

Proteinúria 24 horas: 2,2 g.

Sorologias para hepatite B, C, HIV, Sífilis, Toxoplasmose e Mononucleose: NEGATIVAS. Citomegalovírus IgG+ e IgM-.

CH50: 28 U/ml (170-330). C3: 22 mg/dl (88-201). C4: 3 mg/dl (16-47). FAN: + 1/1280 (normal: não reagente). Anti-DNA: + 1/160 (normal: não reagente).

Anti-SSA: 22 U/ml (<7).

Frente a esses resultados, sob a sua supervisão, realizou-se biópsia renal percutânea guiada por ultrassonografia renal à beira leito:

Ultrassonografia renal: rins de tamanhos normais e discreto aumento da ecogenicidade parenquimatosa e medular.

Imagens da lâmina da biópsia renal percutânea (coloração com hematoxilina e eosina – H&E) encontram-se no diapositivo apresentado (powerpoint).

CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 105

QUESTÃO 1

Considerando-se a doença glomerular e todo o contexto clínico, que tratamento você indicaria como manejo inicial desse caso?

- (a) Metilprednisolona 500 – 1.000 mg por três dias + Micofenolato sódico 720 mg 2-3 x dia + prednisona 60 mg/dia.
 - (b) Metilprednisona 500 – 1.000 mg por três dias + rituximabe 1g no D1 e D15 + micofenolato sódico 720 mg 2-3 x dia + prednisona 60 mg/dia.
 - (c) Metilprednisolona 500 – 1.000 mg por três dias + ciclofosfamida 1,0 g/m² mensalmente por 6 meses + prednisona 60 mg/dia.
 - (d) Prednisona 1 mg/Kg dia.
 - (e) Metilprednisolona 500 – 1.000 mg por três dias + tacrolimus 0,1-0,2 mg/Kg/dia.
-

QUESTÃO 2

Em relação aos distúrbios hidroeletrolítico e ácido-base presentes nesse caso, é correto afirmar que:

- (a) Apresenta aumento da excreção de amônio na urina.
- (b) Tem acidose com ânion desconhecido.
- (c) A hipocalcemia pode contribuir para o déficit de concentração urinária.
- (d) Caracteriza-se pela acidose tubular renal tipo IV.
- (e) Deve cursar com hipocalciúria e hipercitratúria.

CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 105

QUESTÃO 3

Na enfermaria, a paciente apresentou quadro de febre (37,8°C) e foi prescrito esquema de antibióticos com Piperacilina/Tazobactan + Vancomicina devido à suspeita de quadro infeccioso respiratório. Na evolução, houve redução do volume urinário e observou-se aumento das escórias nitrogenadas.

O exame de Urina I no sétimo dia mostrava: Proteínas +, Hemácias 7.000 e Leucócitos 9.500.

O quadro abaixo demonstra a evolução dos níveis de creatinina e diurese dos dias 1 (D1) a 7 (D7) de tratamento.

Dias de Tratamento antibiótico	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Creatinina (mg/dL)	1,30	1,41	1,29	1,46	1,63	2,49	4,15
Diurese (ml)	1600	1540	2010	1280	1050	800	840

Quanto ao novo quadro apresentado pela paciente, qual a conduta mais adequada?

- (a) Manter o esquema de antibióticos e aumentar a hidratação com solução salina fisiológica 0,9%.
- (b) Com base nos estudos mais recentes, iniciar diálise precocemente uma vez que a paciente tem lesão renal aguda (LRA) estágio 3.
- (c) Indicar diálise somente após a realização do teste de estresse com furosemida (2,5 mg/Kg).
- (d) Ciclo de rituximabe 1,0 g (duas doses com intervalo de 15 dias).
- (e) Suspender ou trocar esquema de antibióticos e observar a evolução por mais 24-72 horas.

CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 105

QUESTÃO 4

Depois de cinco anos e após alguns episódios de atividade renal da doença, a paciente progrediu para doença renal crônica terminal. Foi implantado um cateter de curta permanência em veia jugular interna direita e a paciente vinha em programa de hemodiálise convencional há cinco semanas. Foi internada para investigação de quadro febril. Ao exame: temperatura 38,2°C, PA 126 x 78 mmHg e apresentava boa perfusão periférica. Foram coletadas hemoculturas pareadas (cateter e periférica), a paciente foi medicada com dipirona 1g e permaneceu em observação. No dia seguinte, a enfermeira da unidade comunica que está “crescendo” bacilo gram negativo nas hemoculturas. A bactéria não foi identificada ainda, porém “cresceu” em 10,5 horas na hemocultura periférica e 11 horas na hemocultura coletada do cateter. Qual a conduta mais adequada?

- (a) Retirar cateter, iniciar cobertura para bactéria multirresistente: meropenem.
- (b) Retirar cateter, iniciar cobertura para bactéria multirresistente: meropenem + polimixina.
- (c) Retirar cateter, iniciar cobertura para bactéria multirresistente: meropenem + polimixina + amicacina.
- (d) Iniciar antibioticoterapia, manter o cateter e investigar outro foco infeccioso.
- (e) Retirar cateter, iniciar cobertura para bactéria multirresistente: ertapenem seguido de meropenem.

QUESTÃO 5

Após alguns meses, a paciente comparece ao ambulatório para discutir a possibilidade da realização de transplante renal. A tipagem ABO/Rh da paciente é O⁺. Com ela, está uma irmã de 47 anos, tipagem ABO/Rh A⁺, que se mostra desejosa de ser a doadora. A paciente parece estar fora de atividade da doença. Dentre os familiares e amigos próximos, não há outros possíveis doadores. A irmã nega transfusões. O PRA (painel de reatividade contra antígenos linfocitários) é negativo. Possui sorologia para citomegalovírus IgG + (>250 U/ml) e IgM negativo. Após conversar com a paciente sobre os tipos de transplante (doador falecido e vivo), o sobre o protocolo de dessensibilização e os riscos, marque a alternativa adequada:

- (a) O transplante renal não é recomendado, pois a taxa de recidiva da doença de base no rim transplantado é alta.
- (b) Apesar do maior risco de rejeição mediada por anticorpos, a sobrevida do enxerto renal, no longo prazo, no transplante ABO-incompatível é semelhante ao ABO-compatível.
- (c) O uso de globulina anti-timócito na indução do transplante renal associado ao esquema tríplice de imunossupressão (prednisona + micofenolato + tacrolimo) diminuiu a taxa de rejeição aguda, no primeiro ano, para 40-45%.
- (d) O doador com antígeno sanguíneo do subgrupo A2 determina maior risco imunogênico no transplante ABO-incompatível.
- (e) A infecção por citomegalovírus é o maior fator preditivo de fibrose intersticial/atrofia tubular.