

01. Sobre os marcadores da taxa filtração glomerular (TFG), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Solutos com peso molecular menor que 20.000 daltons e ligados a proteínas são candidatos ideais a marcadores da TFG.
 - B) Mudanças agudas na TFG tornam imprecisas as suas estimativas, utilizando marcadores endógenos.
 - C) A Cistatina C é menos afetada pela massa muscular que a creatinina.
 - D) O uso isolado da dosagem da creatinina sérica não é recomendado e pode levar a atraso na detecção da doença renal crônica.
 - E) A Cistatina C é produzida em todas as células nucleadas.
-

02. A análise da urina é um dos principais testes diagnósticos em nefrologia.

Sobre o tema, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Cloroquina e nitrofurantoína podem alterar a coloração da urina.
 - B) Proteinúria de Bence Jones é detectada através da eletroforese de proteínas urinárias.
 - C) A detecção de nitrito pode indicar infecção por bactérias, como *Pseudomonas*.
 - D) A amostra de urina deve ser analisada em até 3h desde a coleta.
 - E) Os cilindros leucocitários podem ser detectados em doenças glomerulares e túbulo-intersticiais.
-

03. Sobre os métodos de diagnóstico por imagem em nefrologia, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Tc-MAG3 é uma boa opção de radiotraçador em cintilografias de pacientes com comprometimento da função renal.
 - B) Tc-DMSA é um radiotraçador de retenção tubular, indicado para avaliar cicatrizes renais.
 - C) Tc-DTPA é utilizado para estimar a taxa de filtração glomerular.
 - D) Tc-DMSA é utilizado no renograma com diurético de alça para avaliar obstrução do trato urinário.
 - E) Tc-DMSA é utilizado para esclarecer pseudotumores renais.
-

04. Assinale a alternativa que indica o único doador falecido de rim dentre os listados abaixo que NÃO pode ser classificado como de critério expandido.

- A) 50 anos, portador de HAS, causa da morte: AVC isquêmico, creatinina final: 1,7mg/dL.
 - B) 61 anos, sem comorbidades, causa da morte: TCE, creatinina final: 1,3 mg/dL.
 - C) 55 anos, sem comorbidades, causa da morte: AVC isquêmico, creatinina final: 1,6 mg/dL.
 - D) 52 anos, portador de HAS, causa da morte: TCE, creatinina final: 1,4 mg/dL.
 - E) 62 anos, sem comorbidades, causa da morte: AVC isquêmico, creatinina final: 1,2 mg/dL.
-

05. Qual dos resultados de imunofluorescência de fragmento de biópsia renal dentre os listados abaixo é compatível com o diagnóstico de glomerulonefrite membrano-proliferativa mediada por complemento?

- A) C1q: 0; C3: +1; IgG: +2; IgM: traços; IgA: +2; Fibrinogênio: 0; kappa: traços; lambda: traços
 - B) C1q: +2; C3: +2; IgG: +2; IgM: +1; IgA: +1; Fibrinogênio: +1; kappa: +1; lambda: +1
 - C) C1q: 0; C3: +3; IgG: traços; IgM: traços; IgA: 0; Fibrinogênio: 0; kappa: 0; lambda: 0
 - D) C1q: 0; C3: +2; IgG: +1; IgM: traços; IgA: 0; Fibrinogênio: 0; kappa: 0; lambda: 0
 - E) C1q: 0; C3: +3; IgG: +1; IgM: +1; IgA: +3; Fibrinogênio: 0; kappa: 0; lambda: 0
-

06. Diante do resultado de biópsia renal com padrão de glomerulonefrite membrano-proliferativa com imunofluorescência negativa para todos os reagentes, qual a hipótese diagnóstica mais provável dentre as listadas abaixo?

- A) Nefrite Lúpica classe IV
 - B) Doença de Depósito Denso
 - C) Crioglobulinemia
 - D) Síndrome hemolítico-urêmica em fase de cicatrização
 - E) Glomerulonefrite imunotactoide
-

07. São fatores histopatológicos associados a pior prognóstico para Nefropatia por IgA e presentes no escore de OXFORD todos os citados abaixo, EXCETO

- A) Proliferação mesangial.
- B) Proliferação endocapilar.
- C) Glomeruloesclerose.
- D) Crescentes.
- E) Intensidade dos depósitos de IgA.

08. São características clínicas ou histológicas sugestivas de glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) secundária todas as citadas abaixo, EXCETO

- A) Apagamento difuso dos processos podocitários.
- B) Proteinúria < 3,5g/24h.
- C) Glomeruloesclerose peri-hilar.
- D) Depósitos eletro-densos no mesângio.
- E) Acometimento da maioria dos glomérulos

09. Sobre a glomerulopatia membranosa (GM), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os títulos de anti-PLA2R têm associação com o prognóstico.
- B) Na GM primária, o subtipo de IgG predominante na imunofluorescência é o IgG1.
- C) Proliferação endocapilar pode ser encontrada em casos secundários ao Lúpus eritematoso sistêmico ou neoplasias.
- D) Pode ser secundária à malária, esquistossomose e sífilis.
- E) Na GM primária, os depósitos eletro-densos são subepiteliais.

10. Qual dos fármacos abaixo aumenta o risco de toxicidade medular, se utilizado associado à Azatioprina?

- A) Varfarina
- B) Espironolactona
- C) Alopurinol
- D) Alendronato
- E) Hidroxicloroquina

11. Assinale a alternativa na qual o segmento indicado do néfron NÃO tem associação direta com a fisiopatologia da doença.

- A) Ducto coletor - síndrome de Gitelman
- B) Túbulo contorcido proximal - cistinúria
- C) Alça de Henle - síndrome de Bartter
- D) Ducto coletor - diabetes insipidus nefrogênico
- E) Túbulo contorcido proximal - síndrome de Fanconi

12. Qual das medidas abaixo é a menos efetiva em reduzir a concentração sérica de potássio?

- A) Gluconato de cálcio a 10% via endovenosa
- B) Beta-2 agonista via inalatória
- C) Poliestirenosulfonato de cálcio via oral
- D) Insulina mais glicose hipertônica via endovenosa
- E) Furosemida via endovenosa

13. O que melhor explica a hipofosfatemia em paciente transplantado renal com função satisfatória do enxerto, segundo as melhores evidências?

- A) Deficiência de 1,25-dihidroxitamina D
- B) Uso de Tacrolimo
- C) Alcalose metabólica
- D) Níveis elevados de FGF-23
- E) Diabetes mellitus pós-transplante

14. Sobre Nefrolitíase e Nefrocalcinose, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Doença renal crônica pode causar hipocitratúria, sobretudo em estágios mais avançados.
- B) Urina com baixo pH aumenta o risco de formação de cálculos de ácido úrico.
- C) Acidose tubular renal tipo 2 aumenta o risco de precipitação de fosfato de cálcio.
- D) Nefrocalcinose cortical geralmente é o resultado de calcificação distrófica e não está relacionada à precipitação de componentes da urina.
- E) Nefrocalcinose medular pode estar presente em qualquer condição que cause hipercalcemia ou hipercalcúria.

15. Sobre a Nefrite Intersticial Aguda (NIA), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) NIA causada por anti-inflamatórios não hormonais pode vir associada à síndrome nefrótica.
- B) A presença de granulomas na biópsia afasta a possibilidade de NIA induzida por fármacos.
- C) No transplante renal, pode ser provocada pelo Poliomavírus.
- D) Eosinofílica tem baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo para o diagnóstico.
- E) Em geral, sintomas extrarrenais estão presentes em menos da metade dos casos.

16. Segundo a classificação de BANFF 2017 para biópsia de rim transplantado, as seguintes lesões histológicas podem ser critério para o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpos, EXCETO

- A) Glomerulite.
- B) Necrose tubular aguda.
- C) Capilarite peritubular.
- D) Tubulite.
- E) Arterite intimal.

17. A fisiopatologia da lesão renal aguda pela rabdomiólise pode ser explicada pelos fatores abaixo, EXCETO:

- A) sequestro de fluidos nos compartimentos musculares, causando depleção do volume intravascular.
- B) vasoconstrição renal.
- C) toxicidade tubular direta mediada pela globina.
- D) formação intraluminal de cilindros pela precipitação da mioglobina.
- E) ativação do sistema nervoso simpático e sistema renina-angiotensina.

18. Recentemente, o modelo tradicional de hipotensão e vasoconstrição para explicar a Lesão Renal Aguda (LRA) da sepse vem sendo questionado.

Sobre a LRA da sepse, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O prognóstico é excelente e não evolui para doença renal crônica.
- B) Estudos de autópsias mostram necrose tubular aguda na maioria dos casos.
- C) Sua ocorrência não tem impacto na mortalidade dos pacientes sépticos em geral.
- D) Há disrupção da microcirculação com áreas corticais de isquemia a despeito de manutenção do fluxo sanguíneo.
- E) Provavelmente o que explica a queda abrupta da taxa de filtração glomerular é a vasoconstrição da arteríola eferente.

19. Ao analisar o sedimento urinário, podemos encontrar cilindros leucocitários nos seguintes cenários de lesão renal, EXCETO:

- A) Rejeição de enxerto renal.
- B) Nefropatia por Contraste.
- C) Pielonefrite.
- D) Glomerulonefrite.
- E) Infiltração por neoplasia.

20. São causas de Lesão Renal Aguda por obstrução intratubular todas as citadas abaixo, EXCETO:

- A) Sulfadiazina.
- B) Metotrexato.
- C) Vancomicina.
- D) Aciclovir.
- E) Indinavir.

21. São medidas para aumentar a dose oferecida de diálise todas as citadas abaixo, EXCETO:

- A) Sessões mais frequentes.
 - B) Otimizar a anticoagulação.
 - C) Utilizar dialisador com maior área.
 - D) Preferir cateter em veia jugular interna direita ao invés de veia jugular interna esquerda.
 - E) Utilizar solução de reposição pré-filtro na hemodiafiltração.
-

22. Sobre as equações que medem a dose de diálise, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Uma taxa de redução da ureia (URR) de 63% é considerada adequada.
 - B) $spKt/V$ subestima a dose oferecida de diálise.
 - C) $spKt/V$ não leva em consideração a ultrafiltração.
 - D) eKt/V leva em consideração o rebote da concentração de ureia.
 - E) URR leva em consideração a geração de ureia intradialítica.
-

23. Sobre a Diálise Peritoneal (DP) e suas complicações, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A ausência de febre afasta o diagnóstico de peritonite associada à DP.
 - B) O fator de risco mais importante para peritonite fibrosante encapsulante é o tempo em DP.
 - C) Hidrotórax por fístula peritônio-pleural é mais comum à esquerda.
 - D) Peritonites por *Staphylococcus aureus* devem ser idealmente tratadas por 14 dias.
 - E) A contagem de leucócitos no líquido peritoneal não é afetada pelo tempo de permanência na cavidade.
-

24. Sobre as complicações cirúrgicas no transplante renal, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Fístula urinária pode se manifestar como peritonite.
 - B) Hematúria é mais comum na ureteroneocistotomia (Leadbetter-Politano) que na abordagem extravesical (Lich-Gregoir).
 - C) Estenose de artéria renal pode se manifestar com retenção hídrica, hipertensão arterial sistêmica e piora da creatinina sérica.
 - D) Fatores de risco para trombose de veia renal incluem: hipotensão peri-operatória, receptor de rim esquerdo e tempo de isquemia prolongado.
 - E) Após a retirada da sonda vesical de demora, a causa mais comum de retenção urinária é a disfunção da bexiga.
-

25. Sobre a patologia no pós-transplante renal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A microscopia eletrônica pouco contribui para o diagnóstico e prognóstico no pós-transplante renal.
 - B) A imunofluorescência nos casos de glomerulopatia do transplante geralmente é pauci-imune.
 - C) A ausência de C4d afasta o diagnóstico de rejeição mediada por anticorpos.
 - D) A recidiva de glomerulonefrite no pós-transplante renal não influencia os critérios diagnósticos de rejeição mediada por anticorpos.
 - E) Microangiopatia trombótica aguda é uma das lesões que preenchem critério para o diagnóstico de rejeição aguda mediada por células.
-

26. Sobre a Nefrite Lúpica (NL), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Em geral, o tratamento imunossupressor para as manifestações extrarrenais é suficiente para a NL classe I e II.
 - B) A taxa de recorrência da NL após transplante renal é em torno de 30%.
 - C) A biópsia renal pode ser dispensada, sendo o tratamento e prognóstico determinado por provas de atividade de doença, sumário de urina, proteinúria de 24h e função renal.
 - D) Inclusões túbulo-reticulares encontradas nas células mesangiais, através da microscopia eletrônica, são específicas da NL.
 - E) Corticosteroides em dose altas (0,5 a 1 mg/kg/dia) devem ser usados no tratamento de indução, com desmame iniciando após o terceiro mês.
-

27. Nas gamopatias monoclonais, o rim pode ser acometido de diversas formas.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tipo de lesão renal é determinado pelo grau de expansão do clone plasmocitário na medula óssea.
- B) Amiloidose geralmente é causada pela cadeia leve *kappa*.
- C) Doença de deposição de cadeia leve no glomérulo é a forma de manifestação mais comum.
- D) A pesquisa de proteína monoclonal é recomendada em pacientes com glomerulopatia por C3, especialmente em idosos.
- E) O rim do mieloma geralmente apresenta-se com síndrome nefrótica.

28. De acordo com as recomendações do KDIGO 2017 sobre o manejo da doença mineral e óssea da doença renal crônica (DRC), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os níveis de PTH devem ser mantidos entre 2 e 9 vezes o limite superior da referência do teste utilizado em pacientes DRC estágio 3 a 5.
- B) Em pacientes em hemodiálise, recomenda-se usar concentração de 3,5 mEq/L de cálcio na solução de diálise.
- C) Recomenda-se restringir a dose de quelantes de fósforo à base de cálcio.
- D) O produto das concentrações séricas de cálcio e fósforo deve ser usado para guiar o tratamento.
- E) Há evidências que reforçam a segurança e eficácia de prevenir ao invés de tratar a hiperfosfatemia em pacientes DRC estágio 3 a 5D.

29. Caso Clínico: Paciente masculino, 54 anos, hipertenso e diabético, portador de doença renal crônica em hemodiálise há 01 mês, apresentou febre e calafrios durante sessão de hemodiálise, sem outros sintomas. Ao ser examinado o cateter tunelizado de longa permanência em veia jugular interna direita, foi evidenciado hiperemia que se estende por 5 cm em torno do orifício de saída e acompanha o trajeto do cateter, além de saída de secreção purulenta. Sem relato de dificuldade de acesso vascular. Foram coletadas hemoculturas. Qual a melhor conduta inicial?

- A) Antibiótico sistêmico com cobertura de bactérias gram positivas e negativas e retirada do cateter.
- B) Antibiótico sistêmico com cobertura de bactérias gram positivas e negativas, além de “lock” terapia com os mesmos antibióticos.
- C) Antibiótico sistêmico com cobertura de bactérias gram positivas e negativas associado a curativo tópico com mupirocina.
- D) Antibiótico sistêmico com cobertura de bactérias gram positivas e retirada do cateter.
- E) Antibiótico sistêmico com cobertura de bactérias gram positivas e negativas com troca do cateter por fio guia pelo mesmo túnel.

30. Caso clínico: Paciente sexo feminino, 33 anos, transplantada renal há 2 meses, doador falecido padrão, alto risco imunológico por presença de anticorpo específico contra o doador, vem em uso de tacrolimo 5 mg 12/12h, micofenolato de sódio 720 mg 12/12h, prednisona 5 mg/dia e ganciclovir oral profilático 500mg de 08/08h (doador CMV IgG+, receptor CMV IgG+). Vem à consulta com taxa de filtração glomerular de 62ml/min/1,73m² e leucócitos de 2.000/mm³, mantido em relação à consulta anterior. Qual a melhor conduta frente à leucopenia persistente?

- A) Reduzir dose do micofenolato de sódio.
- B) Reduzir dose do ganciclovir para 500 mg 12/12h.
- C) Suspender ganciclovir e modificar para estratégia preemptiva.
- D) Manter doses e vigiar sinais de infecção.
- E) Converter de micofenolato de sódio para sirolimo.

31. Caso clínico: Paciente transplantado renal em uso de tacrolimo, prednisona e sirolimo foi diagnosticado com tuberculose pulmonar e iniciou esquema com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirimetamina. Já fazia uso de nifedipina para hipertensão arterial sistêmica e carbamazepina para epilepsia. Qual das medicações abaixo pode elevar os níveis séricos de tacrolimo por interação via citocromo P450?

- A) Carbamazepina
- B) Nifedipina
- C) Rifampicina
- D) Etambutol
- E) Pirazinamida

32. São efeitos colaterais do tacrolimo todos os citados abaixo, EXCETO

- A) Hipomagnesemia.
 - B) Microangiopatia trombótica.
 - C) Hipocalemia.
 - D) Encefalopatia.
 - E) Diabetes mellitus pós-transplante.
-

33. Sobre a Doença Renal Diabética (DRD), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Apesar de atípico, hematúria microscópica pode estar presente.
 - B) Ausência de retinopatia exclui o diagnóstico de DRD em pacientes diabéticos tipo 2.
 - C) A fisiopatologia da DRD é puramente hemodinâmica, sem processos inflamatórios envolvidos.
 - D) Uma das manifestações mais precoces da DRD é a queda na taxa de filtração glomerular.
 - E) Não há correlação entre a albuminúria e o risco de aterosclerose.
-

34. Sobre as recomendações do KDIGO 2021 para manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na doença renal crônica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A pressão arterial alvo para transplantados renais é abaixo de 140x80mmHg.
 - B) Atividade física e restrição de sódio da dieta não foram contemplados nas recomendações.
 - C) O uso combinado de bloqueadores do receptor da angiotensina II e inibidores da enzima conversora de angiotensina é recomendado.
 - D) Ênfase foi dada à padronização e preparação do paciente para correta aferição da pressão arterial no consultório.
 - E) Durante a aferição da pressão arterial, é recomendado que o médico e o paciente conversem.
-

35. Sobre o manejo da anemia em pacientes com doença renal crônica (DRC), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Recomenda-se o início de eritropoetina na maioria dos pacientes com estoque de ferro normal e hemoglobina menor que 11 g/dL.
 - B) Não é recomendado o uso rotineiro de adjuvantes à eritropoetina como ácido fólico, vitamina C e vitamina E.
 - C) A investigação inicial da anemia na DRC deve incluir hemograma completo, contagem de reticulócitos, dosagem de ferritina, saturação de transferrina, ácido fólico e vitamina B12.
 - D) Em geral, recomenda-se evitar ferro intravenoso em pacientes com infecção sistêmica ativa.
 - E) Antes de iniciar eritropoetina, recomenda-se tratar todas as causas reversíveis de anemia.
-

36. Sobre o manejo do Diabetes Mellitus tipo 2 na Doença Renal Crônica (DRC), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Há perda da acurácia das medidas de hemoglobina glicada nos estágios mais avançados da DRC, especialmente em diálise.
 - B) A dose da Metformina deve ser reduzida em pacientes com taxa de filtração glomerular abaixo de 45 ml/min/1,73m² e suspensa abaixo de 30 ml/min/1,73m².
 - C) Os inibidores da SGLT-2 não devem ser iniciados em pacientes com taxa de filtração glomerular abaixo de 45 ml/min/1,73m².
 - D) Metformina e inibidores da SGLT-2 são os fármacos de primeira linha para o tratamento.
 - E) Os alvos de hemoglobina glicada devem ser individualizados entre abaixo de 6,5% e abaixo de 8% em pacientes DRC conservador.
-

37. Durante a gestação normal, ocorrem mudanças na fisiologia renal. Acerca do tema, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Apesar do aumento do fluxo plasmático renal, não há mudança na pressão glomerular, devido à dilatação equivalente dos vasos de resistência pré e pós-glomerulares.
 - B) Há progressiva dilatação da pelve renal, cálices e ureter, principalmente à direita.
 - C) Ocorre aumento precoce da taxa de filtração glomerular, em torno de 04 semanas de gestação.
 - D) Normalmente há um aumento na fração de filtração do plasma.
 - E) O fluxo sanguíneo plasmático renal aumenta cerca de 80% acima do aumento da taxa de filtração glomerular.
-

38. Sobre a Síndrome Hepatorrenal (SHR), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A SHR tipo II é insidiosa e geralmente se associa à ascite refratária e hiponatremia.
 - B) A fisiopatologia envolve vasoconstrição esplâncnica e vasodilatação renal.
 - C) A SHR tipo I cursa com rápida piora de função renal, em geral menos de 2 semanas.
 - D) O diagnóstico é baseado em critérios, como a presença de cirrose com ascite e ausência de resposta à expansão volêmica com albumina.
 - E) É potencialmente reversível com o transplante hepático.
-

39. Sobre acidose metabólica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A causa mais comum de acidose metabólica extrarrenal com ânion gap normal é diarreia crônica.
 - B) Normalmente, o ânion gap urinário é positivo.
 - C) Na cetoacidose diabética, o resultado do ânion gap urinário pode ser falseado.
 - D) Acidose urêmica geralmente ocorre com taxa de filtração glomerular abaixo de 15 a 20 ml/min/1,73m².
 - E) Todos os tipos de acidose tubular renal apresentam ânion gap urinário negativo.
-

40. São características do receptor associadas a maior risco de função tardia do enxerto renal (DGF), todas as citadas abaixo, EXCETO:

- A) Glomerulopatia como doença renal de base.
 - B) Tempo em diálise.
 - C) Fragilidade.
 - D) Diabetes mellitus.
 - E) Obesidade.
-

41. Sobre a Síndrome de Lise Tumoral (SLT), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Geralmente se apresenta com hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.
 - B) É causada por precipitação de ácido úrico e fosfato de cálcio nos túbulos renais.
 - C) A alcalinização da urina é a medida mais importante para prevenção e tratamento.
 - D) Linfomas agressivos e leucemia linfoblástica aguda são as neoplasias hematológicas mais comumente associadas à SLT.
 - E) Apesar de incomum, a SLT pode ocorrer de forma espontânea e em tumores sólidos.
-

42. Caso clínico: Paciente de 38 anos, transplantado renal de doador falecido há 03 meses (doador CMV IgG positivo/receptor CMV IgG positivo), esquema imunossupressor inicial com tacrolimo, prednisona e sirolimo vem para a consulta. Com 1 mês de transplante, foi diagnosticada rejeição celular aguda IIA, recebeu pulso com metilprednisolona 1g/dia por 03 dias e converteu de sirolimo para micofenolato de mofetila. Atualmente, queixa-se de há 15 dias apresentar diarreia aquosa, 5 episódios por dia, sem febre ou outros sintomas. Vem utilizando a estratégia preemptiva para rastreamento de CMV (citomegalovírus).

Sobre as complicações do trato gastrointestinal após transplante renal, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Sirolimo causa úlceras orais que se assemelham à infecção por herpes simples.
 - B) No paciente em questão, pesquisa de viremia negativa para CMV exclui esse agente como causador da diarreia.
 - C) Recentemente, Norovírus vem sendo reconhecido como etiologia relevante de diarreia em transplantados renais.
 - D) O nível sérico de tacrolimo pode estar elevado devido à diarreia.
 - E) Os efeitos gastrointestinais do micofenolato de mofetila podem ser atenuados com redução da dose, interrupção temporária ou administração em 3 doses diárias.
-

43. Sobre a Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Redução da capacidade de concentrar a urina e hiperfiltração glomerular são alterações funcionais precoces na DRPAD.
 - B) A hemorragia dos cistos, na maioria dos casos, é autolimitada e se resolve em até 7 dias.
 - C) Cálculos de ácido úrico são mais comuns na DRPAD que em pacientes com litíase sem DRPAD.
 - D) Os volumes dos rins e dos cistos são os maiores preditores para o declínio da função renal.
 - E) Pacientes com DRPAD estão sob maior risco de desenvolver carcinoma de células renais.
-

44. Caso clínico: Paciente de 50 anos, sexo masculino, com os seguintes exames séricos: cálcio total de 13,2 mg/dL, PTH: 20 pg/mL, creatinina 1,3 mg/dL.

Qual dos diagnósticos abaixo é improvável?

- A) Hiperparatireoidismo secundário
 - B) Tuberculose
 - C) Linfoma
 - D) Intoxicação por Vitamina D
 - E) Sarcoidose
-

45. São causas de hipomagnesemia todas as citadas abaixo, EXCETO

- A) Ciclosporina.
 - B) Cisplatina.
 - C) Pancreatite aguda.
 - D) Doença renal crônica.
 - E) Furosemida.
-

46. Caso clínico: Paciente de 52 anos, sexo feminino apresenta quadro clínico compatível com glomerulonefrite rapidamente progressiva. Resultado de exames séricos realizados até o momento revela: fator reumatoide negativo, complemento (C3, C4 e CH50) normal, sorologias para hepatites B e C, HIV e VDRL negativas. Biópsia renal confirmou a presença de crescentes celulares e fibrocelulares em cerca de 60% dos glomérulos, com áreas de necrose fibrinoide em alças capilares glomerulares. A imunofluorescência foi positiva para traços de IgM e C3 em áreas de esclerose segmentar.

Com as informações até o momento, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Nefrite Lúpica
 - B) Crioglobulinemia
 - C) Vasculite de pequenos vasos ANCA relacionada
 - D) Doença antimembrana basal glomerular
 - E) Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)
-

47. Sobre a imunologia aplicada ao transplante renal e o complexo de histocompatibilidade principal (MHC), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os antígenos de histocompatibilidade menor podem explicar a ocorrência de rejeição em transplante renal HLA idêntico.
 - B) A herança dos genes HLA é mendeliana codominante.
 - C) O polimorfismo dos genes do MHC da classe I e II predispõe à rejeição do enxerto renal.
 - D) As proteínas do complexo de MHC da classe II estão presentes virtualmente em todas as células nucleadas.
 - E) Interferon gama, em sinergia com outras citocinas, pode induzir à expressão de antígenos MHC da classe I e II em vários tipos celulares durante episódios de rejeição.
-

48. Sobre o maior risco de sangramento no paciente com Doença Renal Crônica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) É explicado, principalmente, pela plaquetopenia.
 - B) É totalmente revertido pela diálise.
 - C) Anemia é um fator associado a maior risco de sangramento.
 - D) É detectado pelos exames de medição do tempo de protrombina e de tromboplastina parcial ativada.
 - E) A ureia exerce efeito direto sobre a função plaquetária.
-

49. São fatores que explicam a fisiopatologia da síndrome Cardiorrenal todos os citados abaixo, EXCETO

- A) Redução do débito cardíaco.
 - B) Hipoadosteronismo secundário.
 - C) Aumento da pressão venosa central.
 - D) Citocinas inflamatórias.
 - E) Anemia.
-

50. Sobre a Fibrose Sistêmica Nefrogênica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O risco é maior com o gadolínio macrocíclico que com o linear.
 - B) Há alto risco em pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 30 ml/min/1,73m².
 - C) Atualmente a prevenção é melhor que qualquer tratamento.
 - D) Faz diagnóstico diferencial com esclerose sistêmica e fasciíte eosinofílica.
 - E) A incidência vem declinando nos últimos anos.
-

GRUPO 12
(TRANSPLANTE DE RINS)